



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Desarrollo de un Tratamiento Online Basado en la Web para  
Niños/as y Adolescentes

**D. Jose Luis Vicente Escudero**

**2024**





# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

### **TESIS DOCTORAL**

Desarrollo de un Tratamiento Online Basado en la Web para  
Niños/as y Adolescentes

Autor: D. Jose Luis Vicente Escudero

Directoras: D.<sup>a</sup> Concepción López Soler

D.<sup>a</sup> Antonia María Martínez Pérez





**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD  
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022*

D./Dña. Jose Luis Vicente Escudero

doctorando del Programa de Doctorado en

Psicología

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Desarrollo de un Tratamiento Online Basado en la Web para Niños/as y Adolescentes

y dirigida por,

D./Dña. Concepción López Soler

D./Dña. Antonia María Martínez Pérez

D./Dña.

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

*Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:*

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 29 de julio de 2024

Fdo.: Jose Luis Vicente Escudero

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.*

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia



# Dedicatoria

*A mi madre,*

por su inquebrantable fortaleza

*A mi padre*

Por su espíritu humano y altruista

Ambos sin saberlo me enseñaron el

significado de la palabra resiliencia

# Agradecimientos

Han pasado ya cuatro años desde que comencé a realizar este trabajo, y como era de esperar, el tiempo no se ha quedado congelado, sino que ha habido numerosos cambios en mi vida, tanto en lo laboral como en lo personal, tanto en lo público como en lo privado. Comencé esta tesis con mascarilla, en el año 2020, en plena época de confinamiento provocado por la pandemia y la estoy acabando en un punto de mi ciclo vital totalmente distinto de cuando la empecé. Es curioso cómo puede cambiar la vida si sabes hacia donde ir y especialmente si tienes a personas a tu lado que te apoyan y te guían, y por eso, este apartado es para esas personas que han estado ahí durante todo este proceso, de muy distintas formas, pero ayudándome a crecer y seguir.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora Concha López Soler su guía y apoyo cercano y sincero, ya no solo en el proceso de redacción de esta tesis, sino en muchos otros proyectos tanto personales como laborales. Desde que contacté con ella por primera vez en el 2016, para realizar mi trabajo de fin de grado, nunca imaginé que aquella pequeña acción iba a ser el comienzo de una larga relación, en la que, gracias a su apoyo, buen juicio clínico, conocimientos y experiencia, se ha convertido en una referente para mí, que ha despertado mi interés por la investigación, y me ha permitido convertirme en un investigador, yo creo que competente, y con muchos años por delante para seguir creciendo.

También me gustaría agradecer a Antonia María Martínez Pérez, codirectora de este trabajo, que me haya acompañado durante todo este tiempo, y haya sido capaz de enseñarme una profesión tan complicada como la del psicólogo sanitario. Gracias a su supervisión clínica, desde que comencé mi vida laboral como psicólogo, y muy especialmente este último año, con su supervisión en terapias familiares, a través de sus preguntas reflexivas y en ocasiones de algunos desafíos, aunque siempre con mucho cuidado y cercanía, ha conseguido hacerme reflexionar sobre muchas cuestiones que me han ayudado a avanzar como psicólogo y a crecer en lo personal. Ha sido sin duda una referente para seguir formándome y trabajando como psicólogo.



Agradecer también, y no solo por su colaboración en esta tesis, a quienes han sido mis compañeros y compañeras de trabajo en la Asociación Quiero Crecer (Pedro, Ana, Benja, Bea, Celia e Isa), algunas llegaron antes a mi vida que otras, y me han acompañado de muy diversas formas, tanto en la vida personal, como en la carrera investigadora, como en el ejercicio de la psicología, y aunque ya no esté formando parte de este proyecto, para mí fue una época estupenda y que viví con mucha cercanía por parte de todos y todas, en la que aprendí mucho de cada uno de ellos y de la que me llevo unas experiencias a nivel profesional y humano muy enriquecedoras.

Agradecer a mis compañeros/as del grupo PEDIMET que colaboraron en este trabajo (Sonia, Alfonso y Kaveri). Sus esfuerzos y dedicación han conseguido que esta tesis sea posible.

A mis amigos y familiares, que han estado presentes desde mucho antes de que comenzase este proyecto, por estar ahí en la mayoría de los acontecimientos importantes de mi vida, y porque, aunque la vida cambie, la lejanía siempre ha sido en la distancia, pero nunca en el corazón.

A mi madre y a mi padre, por su apoyo incondicional ante cualquier proyecto, por sus enseñanzas, valores y consejos, por sus capacidades para salir fortalecidos de la adversidad, por su capacidad de escucha infinita, por su paciencia, comprensión y cariño y por otras muchas razones, gracias.

A Belén, por ser un apoyo fundamental en mi vida durante tanto tiempo, por compartir conmigo un proyecto de vida conjunto y ser mi compañera de viaje. Sin ti todo esto no hubiera sido posible. Muchas gracias por todo, especialmente por estar, por estar siempre ahí.

A todas las personas que me quieren, y a las que quiero, gracias.

*La felicidad no es la ausencia de problemas,  
sino la capacidad de tratar con ellos*

Anónimo



Esta investigación fue financiada por las Ayudas a Grupos de Investigación para la Comercialización y Explotación Industrial de Resultados bajo el modelo Prueba de Concepto integradas en el programa Séneca 2021 (nº expdte: 21674/PDC/21), por la que se concedió una ayuda al grupo GUIIA-PC que permitió el desarrollo del programa MAM@.



# Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 Factores de riesgo y de protección: salud mental y problemas psicológicos más comunes en la adolescencia</b> .....	<b>19</b>
1.1. Factores de riesgo y de protección para la salud mental en adolescentes .....	20
1.1.1. <i>Factores de riesgo y de protección generales</i> .....	20
1.1.2. <i>Factores de riesgo y de protección relacionados con el uso de internet</i> .....	22
1.2. Trastornos internalizantes .....	26
1.2.1. <i>Ansiedad</i> .....	26
1.2.2. <i>Depresión</i> .....	29
1.2.3. <i>Trastorno de Estrés Postraumático y Trauma Complejo</i> .....	31
1.2.4. <i>Evaluación de los trastornos internalizantes</i> .....	38
1.3. Trastornos externalizantes .....	39
1.3.1. <i>Algunos tipos de trastornos externalizantes</i> .....	40
1.3.2. <i>Evaluación de los trastornos externalizantes</i> .....	43
1.4. Tratamientos tradicionales en problemas internalizantes y externalizantes .....	45
<b>CAPÍTULO 2 Programas de Tratamiento Online</b> .....	<b>46</b>
2.1. Programas de Tratamiento Online .....	47
2.2. Programas de tratamiento online para trastornos internalizantes ....	49
2.2.1. <i>Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas</i> .....	49
2.2.2. <i>Algunos programas de intervención relevantes</i> .....	55

2.2.3. <i>Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes</i> .....	70
2.3. Programas de tratamiento online para trastornos externalizantes ...	71
2.3.1. <i>Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas</i> .....	71
2.3.2. <i>Algunos programas de intervención relevantes</i> .....	74
2.3.3. <i>Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes</i> .....	87
2.4. Programas de tratamiento online para el TEPT .....	89
2.4.1. <i>Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas</i> .....	89
2.4.2. <i>Algunos programas de intervención relevantes</i> .....	90
2.4.3. <i>Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes</i> .....	97
2.5. Otros tipos de tratamientos que emplean las TICs .....	98
2.5.1. <i>Programas de tratamiento online de tipo preventivo</i> .....	98
2.5.2. <i>Tratamiento telepsicológico</i> .....	103
2.6. Programas de tratamiento online en España .....	106
2.6.1. <i>Programas de tratamiento online para menores desarrollados por el grupo Labpsitec</i> .....	108
2.6.2. <i>Otros programas de tratamiento online desarrollados por el grupo Labpsitec</i> .....	109
2.6.3. <i>Desarrollo de programas de tratamiento online por otros grupos</i>	111
<b>SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO</b> .....	<b>113</b>
<b>CAPÍTULO 3 Objetivos e hipótesis</b> .....	<b>115</b>
3.1. Objetivos e hipótesis .....	116
3.1.1. <i>Objetivo general</i> .....	116
3.1.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	116
3.2. Hipótesis .....	117

<b>CAPÍTULO 4 Desarrollo del programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@)</b> .....	<b>120</b>
4.1. Justificación para el desarrollo del MAM@ .....	121
4.2. Herramientas empleadas para el desarrollo del programa MAM@	124
4.3. Desarrollo y elaboración del programa MAM@ .....	125
4.3.1. <i>Guion para el desarrollo de los componentes del programa MAM@</i> .....	129
4.3.2. <i>Guion del componente de introducción a las emociones</i> .....	131
4.3.3. <i>Guion del componente alegría</i> .....	135
4.3.4. <i>Guion del componente tristeza</i> .....	138
4.3.5. <i>Guion del componente enfado</i> .....	144
4.3.6. <i>Guion del componente miedo</i> .....	155
4.3.7. <i>Guion del componente culpa</i> .....	165
4.3.8. <i>Guion del componente afecto</i> .....	177
4.3.9. <i>Guion del componente empatía</i> .....	186
<b>CAPÍTULO 5 Prueba piloto del programa de tratamiento MAM@</b> .....	<b>195</b>
5.1. Método .....	196
5.1.1. <i>Participantes</i> .....	196
5.1.2. <i>Instrumentos</i> .....	196
5.1.3. <i>Procedimiento</i> .....	201
5.1.4. <i>Análisis de datos</i> .....	203
5.2. Resultados .....	204
5.2.1. <i>Valoración general de los sujetos</i> .....	204
5.2.2. <i>Valoración del módulo alegría</i> .....	205
5.2.3. <i>Valoración del módulo tristeza</i> .....	206
5.2.4. <i>Valoración del módulo enfado</i> .....	208
5.2.5. <i>Valoración del módulo miedo</i> .....	209
5.2.6. <i>Valoración del módulo culpa</i> .....	210



5.2.7.	<i>Valoración del módulo afecto</i> .....	212
5.2.8.	<i>Valoración del módulo empatía</i> .....	213
5.2.9.	<i>Cambio en el afecto positivo-negativo después de cada módulo</i> 214	
5.2.10.	<i>Valoración media de cada módulo</i> .....	217
5.2.11.	<i>Análisis del cuestionario DERS en la prueba piloto</i> .....	220
5.2.12.	<i>Análisis del cuestionario CFA en la prueba piloto</i> .....	223
5.2.13.	<i>Análisis de la usabilidad general de la web</i> .....	225
5.2.14.	<i>Análisis de las barreras de uso</i> .....	226
<b>CAPÍTULO 6 Aplicación y prueba de uso del programa MAM@</b> .....		<b>227</b>
6.1.	Método .....	228
6.1.1.	<i>Participantes</i> .....	228
6.1.2.	<i>Instrumentos</i> .....	229
6.1.3.	<i>Procedimiento</i> .....	230
6.1.4.	<i>Análisis de datos</i> .....	237
6.2.	Resultados .....	240
6.2.1.	<i>Análisis descriptivo de las características de la muestra</i> .....	240
6.2.2.	<i>Pruebas de normalidad de las principales variables dependientes</i> .....	241
6.2.3.	<i>Análisis de Completers vs dropouts</i> .....	243
6.2.4.	<i>Análisis de fiabilidad de los cuestionarios administrados de forma online</i> .....	244
6.2.5.	<i>Valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido del programa MAM@</i> .....	245
6.2.6.	<i>Análisis de Factibilidad y Aceptabilidad</i> .....	250
6.2.7.	<i>Análisis de la usabilidad de la web y barreras de uso</i> .....	253
6.2.8.	<i>Análisis de los Eventos Vitales Estresantes Autoinformados</i> .....	255
6.2.9.	<i>Análisis de los Eventos Vitales Estresantes Heteroinformados</i> ..	262

6.2.10. Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados.....	270
6.2.11. Análisis intergrupos del cuestionario DERS en el Pre-test .....	273
6.2.12. Análisis intergrupos del cuestionario DERS en el Post-test ....	284
6.2.13. Análisis intragrupos del cuestionario DERS. Eficacia de la intervención MAM@.....	293
6.2.14. Análisis de regresión para los resultados del cuestionario DERS en el Post-test.....	308
6.2.15. Análisis de clúster jerárquico entre el pre-test y el post-test para las escalas del cuestionario DERS .....	309
6.2.16. Análisis de regresión logístico-binario. Variables de riesgo/protección.....	312
<b>CAPÍTULO 7 Discusión.....</b>	<b>316</b>
7.1. Discusión del capítulo 4: Desarrollo del Programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@) .....	317
7.1.1. Discusión .....	317
7.1.2. Limitaciones.....	318
7.1.3. Implicaciones y líneas futuras.....	318
7.2. Discusión del capítulo 6: Aplicación y prueba de uso del programa MAM@.....	319
7.2.1. Discusión .....	319
7.2.2. Limitaciones.....	329
7.2.3. Implicaciones y líneas futuras.....	331
<b>CAPÍTULO 8 Conclusiones .....</b>	<b>334</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>338</b>
<b>Anexo I .....</b>	<b>405</b>
<b>Anexo II .....</b>	<b>406</b>
<b>Anexo III .....</b>	<b>408</b>
<b>Anexo IV.....</b>	<b>416</b>
<b>Anexo V .....</b>	<b>423</b>

# Índice de tablas

<b>Tabla 1.2.1.</b> Trastornos de ansiedad (TA) y características clínicas según el DSM-5 .....	28
<b>Tabla 1.2.2.</b> Criterios diagnósticos depresión mayor DSM-5 .....	29
<b>Tabla 1.2.3-A.</b> Criterios diagnósticos DSM-5 para TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.....	33
<b>Tabla 1.2.3-B.</b> Criterios diagnósticos del Trastorno Traumático del Desarrollo	35
<b>Tabla 1.2.3-C.</b> Criterios diagnósticos para el TEPT Complejo según la CIE-1138	
<b>Tabla 1.3.1-A.</b> Criterios diagnósticos del Trastorno de Conducta DSM-5 .....	40
<b>Tabla 1.3.1-B.</b> Criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante DSM-5 .....	41
<b>Tabla 2.2.3.</b> Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para los trastornos internalizantes .....	70
<b>Tabla 2.3.3.</b> Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para los trastornos externalizantes .....	88
<b>Tabla 2.4.3.</b> Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para el TEPT.....	97
<b>Tabla 5.2.1.</b> Resultados de las puntuaciones medias de los sujetos combinando todos los módulos .....	205
<b>Tabla 5.2.2.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo alegría .....	206
<b>Tabla 5.2.3.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo tristeza .....	207
<b>Tabla 5.2.4.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo enfado .....	209
<b>Tabla 5.2.5.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo miedo .....	210
<b>Tabla 5.2.6.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo culpa .....	211
<b>Tabla 5.2.7.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo afecto .....	213
<b>Tabla 5.2.8.</b> Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo empatía .....	214
<b>Tabla 5.2.9.</b> Cambio en el afecto positivo-negativo percibido por los sujetos tras los módulos .....	215
<b>Tabla 5.2.10.</b> Valoración media de cada módulo.....	219
<b>Tabla 5.2.11-A.</b> Análisis de los ítems del cuestionario DERS .....	220
<b>Tabla 5.2.11-B.</b> Análisis de las escalas del cuestionario DERS.....	222
<b>Tabla 5.2.12.</b> Análisis de ítems y escalas del cuestionario CFA .....	224

<b>Tabla 5.2.13.</b> Usabilidad general de la web .....	225
<b>Tabla 5.2.14.</b> Barreras de uso .....	226
<b>Tabla 6.2.1.</b> Resultados descriptivos de los sujetos que completaron el programa MAM@ .....	241
<b>Tabla 6.2.3-A.</b> Análisis completers vs dropouts. Características sociodemográficas .....	244
<b>Tabla 6.2.3-B.</b> Análisis completers vs dropouts. Escalas DERS en el pre-test .....	244
<b>Tabla 6.2.4.</b> Consistencia interna del cuestionario DERS en formato online .	245
<b>Tabla 6.2.5-A.</b> Número de sujetos que completaron los módulos de intervención .....	246
<b>Tabla 6.2.5-B.</b> Medias (DT) de la valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute de los módulos .....	247
<b>Tabla 6.2.6.</b> Medias (DT) de la Factibilidad y Aceptabilidad de la intervención MAM@ por servicios de procedencia y sexos.....	251
<b>Tabla 6.2.7.</b> Medias (DT) de la usabilidad y barreras de uso por servicio de procedencia y sexos.....	254
<b>Tabla 6.2.8.</b> Eventos Vitales Estresantes Autoinformado, frecuencia de los ítems, M y DT por servicio de procedencia y por sexos.....	258
<b>Tabla 6.2.9.</b> Eventos Vitales Estresantes Heteroinformado, frecuencia de los ítems, M y DT por servicio de procedencia y por sexos .....	265
<b>Tabla 6.2.10.</b> Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados.....	271
<b>Tabla 6.2.10.</b> Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados (continuación) .....	272
<b>Tabla 6.2.11-A.</b> Puntos de corte (puntuaciones directas) para las escalas del cuestionario DERS .....	273
<b>Tabla 6.2.11-B.</b> Prevalencias de rango normal, clínico y sub-clínico en el Pre-test del cuestionario DERS, diferencias entre sexos y servicio de procedencia ...	275
<b>Tabla 6.2.11-C.</b> Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Pre-test para el cuestionario DERS .....	278
<b>Tabla 6.2.11-C.</b> Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Pre-test para el cuestionario DERS (continuación) .....	280

<b>Tabla 6.2.12-A.</b> Prevalencias de rango normal, clínico y sub-clínico en el Post-test del cuestionario DERS, diferencias entre sexos y servicio de procedencia .....	285
<b>Tabla 6.2.12-B.</b> Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Post-test para el cuestionario DERS.....	287
<b>Tabla 6.2.12-B.</b> Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Post-test para el cuestionario DERS (continuación) .....	289
<b>Tabla 6.2.13-A.</b> Análisis intragrupos de las escalas DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia.....	294
<b>Tabla 6.2.13-A.</b> Análisis intragrupos de las escalas DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia (continuación) .....	295
<b>Tabla 6.2.13-B.</b> Análisis intragrupos de los ítems DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia.....	297
<b>Tabla 6.2.13-B.</b> Análisis intragrupos de los ítems DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia (continuación) .....	302
<b>Tabla 6.2.14.</b> Modelo de regresión lineal múltiple para el cuestionario DERS	309
<b>Tabla 6.2.15-A.</b> Análisis de clúster jerárquico para las escalas DERS entre el pre y el post.....	311
<b>Tabla 6.2.15-B.</b> Grupos que aumentaron y disminuyeron su sintomatología del pre al post.....	312
<b>Tabla 6.2.16-A.</b> Análisis de regresión logístico binario para las escalas DERS. Modelo 1.....	314
<b>Tabla 6.2.16-B.</b> Análisis de regresión logístico binario para las escalas DERS. Modelo 2.....	315

# Índice de figuras

<b>Figura 2.2.2-A.</b> El programa CATCH-IT .....	68
<b>Figura 2.2.2-B.</b> El programa SPARX .....	69
<b>Figura 2.2.2-C.</b> El programa Brave-Online .....	69
<b>Figura 2.3.2-A.</b> El programa Triple-P Online.....	86
<b>Figura 2.3.2-B.</b> El programaTalk, Listen, Connect (TLC).....	87
<b>Figura 2.4.2-A.</b> El programa Coping Coach.....	96
<b>Figura 2.4.2-B.</b> El programa Bounce Back Now (BBN) .....	96
<b>Figura 2.5.1-A.</b> El programa The Hero .....	102
<b>Figura 2.5.1-B.</b> El programa MoodGym.....	103
<b>Figura 4.3.</b> Personajes virtuales del programa MAM@ .....	127
<b>Figura 4.3-A.</b> Contenido resumido de los módulos del programa MAM@.....	128
<b>Figura 4.3.2.</b> Reconocimiento e identificación emocional MAM@.....	134
<b>Figura 4.3.3.</b> Identificación de alegría MAM@.....	138
<b>Figura 4.3.4.</b> Psicoeducación tristeza MAM@.....	144
<b>Figura 4.3.5.</b> Termómetro para medir el enfado.....	149
<b>Figura 4.3.5-A.</b> Técnica del semáforo .....	153
<b>Figura 4.3.5-B.</b> Termómetro enfado MAM@.....	155
<b>Figura 4.3.6.</b> Situaciones que provocan miedo/ayudan a salir del miedo.....	160
<b>Figura 4.3.6-A.</b> Lugar seguro MAM@.....	165
<b>Figura 4.3.7.</b> La cueva de la culpa MAM@.....	176
<b>Figura 4.3.8.</b> Registro sobre situaciones, personas y el amor .....	183
<b>Figura 4.3.8-A.</b> Sugerencias para mejorar la relación con otros.....	183
<b>Figura 4.3.8-B.</b> Reconocimiento y expresión del afecto .....	185
<b>Figura 4.3.9.</b> Ponerse en el lugar del otro .....	190
<b>Figura 4.3.9-A.</b> Trabajando tomar conciencia sobre la empatía .....	191
<b>Figura 4.3.9-B.</b> Reconociendo nuestras emociones.....	192
<b>Figura 4.3.9-C.</b> Claves para potenciar la empatía .....	194
<b>Figura 6.1.1.</b> Diagrama de flujo del proceso de inclusión de sujetos en la intervención.....	229
<b>Figura 6.1.3.</b> Diseño del estudio del ensayo MAM@.....	236
<b>Figura 6.2.5.</b> Puntuación media de la valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido para el programa MAM@ completo. ....	250



# Resumen

En los últimos años, la salud mental infanto-juvenil se ha visto afectada negativamente por diversos factores, como la lejanía entre el hogar y los centros especializados que prestan atención psicológica a menores, la falta de recursos asistenciales, entre otros. En el trabajo clínico habitual se ha detectado una necesidad de disponer de recursos terapéuticos en la atención psicológica a menores, debido a la alta demanda social que ya existe, que dé respuesta a la escasez de servicios especializados. Por ello, los tratamientos psicológicos online dirigidos a población infanto-juvenil son cada vez más comunes y han demostrado su eficacia ante diversos problemas de salud mental. Estos programas, en su mayoría, han sido diseñados con el propósito de ser implementados en población general, y, en menor medida, se han destinado a menores con problemas emocionales o en situaciones psicosociales especiales. Con este fin se desarrolló el programa de Mejora de la Autorregulación Emocional Online (MAM@), basado en el reconocimiento y expresión emocional a través de diferentes módulos como introducción a las emociones, alegría, tristeza, miedo, enfado, culpa, afecto y empatía. Este programa está dirigido a menores con edades comprendidas entre 12 y 15 años, que se encuentren en situación de riesgo psicosocial y presenten diversas alteraciones psicológicas, emocionales y/o comportamentales, relacionadas con diversas situaciones de estrés. El desarrollo del programa fue financiado en la convocatoria competitiva bajo el modelo de Prueba de Concepto de la Fundación Séneca 2021 (número de expediente: 21674/PDC/21). Los objetivos de la presente tesis se concretaron en desarrollar el programa MAM@, adaptarlo a formato online y realizar una prueba piloto, así como una prueba de uso para valorar la aceptabilidad y eficacia preliminar del mismo. La muestra de participantes la conformaron menores expuestos a violencia de género ejercida contra sus madres por parte de su pareja o expareja, que se encontraban en tratamiento; menores tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en tratamiento psicológico; y menores que estaban asistiendo a un servicio de interconsulta hospitalario. Se llevó a cabo una prueba piloto, previa a la prueba de uso, con un reducido grupo de menores para que aportasen su visión sobre el programa MAM@ con la



intención de poder adaptar y mejorar el programa con vistas a la prueba de uso. Se evaluó la factibilidad y aceptabilidad de la intervención, la valoración general, utilidad, usabilidad, disfrute percibido, barreras de uso y efectos beneficiosos en la regulación emocional. Los resultados, confirmaron una valoración positiva del programa MAM@ por parte de todos los participantes, hallando puntuaciones elevadas, así como por encima de la media en cuanto a valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido; no se constataron diferencias entre sexos ni entre servicios de procedencia en la muestra. En términos generales, los chicos se encontraron más satisfechos con el programa MAM@ que las chicas, y éstas, por lo general, hallaron significativamente más barreras de uso para emplear el programa que los chicos. Tras la intervención, se evidenciaron mejoras en las escalas relativas a la falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional, y, por su parte, los chicos obtuvieron mayores beneficios en la regulación emocional que las chicas, superando éstas a los chicos en escalas relativas al acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado y puntuación de desregulación emocional total. La edad moderó los resultados de desregulación emocional, mostrándose como un factor directo de la misma. Se puede concluir que el programa MAM@ es un programa viable para ser implementado en población infanto-juvenil expuesta a situaciones de riesgo psicosocial, como lo demuestran las elevadas puntuaciones obtenidas en la valoración de la usabilidad, utilidad y disfrute del mismo, además consigue optimizar la regulación emocional de quienes lo emplean. De cara a futuras mejoras del programa, sería necesario incorporar actividades dentro de la web que inciten a los menores a practicar o realizar tareas fuera del programa de tratamiento online, con la finalidad de que puedan generalizar y consolidar lo aprendido; del mismo modo, sería preciso reducir la extensión y duración del programa, planteando un formato más breve. Los principales beneficiarios de este programa serán los menores y sus familias, los propios psicólogos sanitarios/clínicos y la sociedad en general, ya que se podría disminuir el impacto de ciertos factores de riesgo, como la imposibilidad de acceso a servicios de atención psicológica debido a la distancia, la falta de recursos económicos y tiempo, entre otros.

# Abstract

In recent years, child and adolescent mental health has been negatively affected by various factors, such as the distance between the home and specialized centers that provide psychological care to minors, the lack of care resources, among others. In the usual clinical work, a need for therapeutic resources in psychological care for minors has been detected, due to the high social demand that already exists, which responds to the shortage of specialized services. For this reason, online psychological treatments aimed at children and adolescents are becoming increasingly common and have proven to be effective for various mental health problems. These programs, for the most part, have been designed with the purpose of being implemented in the general population, and, to a lesser extent, have been aimed at children with emotional problems or in special psychosocial situations. To this end, the Online Emotional Self-Regulation Improvement (MAM@) program was developed, based on emotional recognition and expression through different modules such as introduction to emotions, happiness, sadness, fear, anger, guilt, affection and empathy. This program is aimed at minors between 12 and 15 years of age, who are at psychosocial risk and present various psychological, emotional and/or behavioral alterations, related to various stressful situations. The development of the program was funded in the competitive call under the Proof of Concept model of the Seneca Foundation 2021 (file number: 21674/PDC/21). The objectives of this thesis were to develop the MAM@ program, adapt it to online format and carry out a pilot test, as well as a use test to assess its acceptability and preliminary effectiveness. The sample of participants consisted of minors exposed to gender violence against their mothers by their partner or ex-partner, who were undergoing treatment; minors under the guardianship of the Autonomous Community of the Region of Murcia undergoing psychological treatment; and minors attending a hospital interconsultation service. A pilot test, prior to the use test, was carried out with a small group of children so that they could provide their views on the MAM@ program with the intention of adapting and improving the program for the use test. The feasibility and acceptability of the intervention, general assessment, usefulness, usability, perceived enjoyment, barriers to use and beneficial effects on emotional regulation were evaluated. The results confirmed a positive

assessment of the MAM@ program by all participants, with high and above-average scores in terms of overall assessment, usefulness, usability and perceived enjoyment; no differences were found between sexes or between services of origin in the sample. Overall, boys were more satisfied with the MAM@ program than girls, and girls generally found significantly more barriers to using the program than boys. Following the intervention, improvements were evident on scales related to lack of emotional awareness and lack of emotional clarity, and boys made greater gains in emotional regulation than girls, with girls outperforming boys on scales related to limited access to perceived effective emotional regulation strategies, difficulties in goal-directed behaviors when upset, and total emotional dysregulation scores. Age moderated the emotional dysregulation scores, showing itself to be a direct factor in emotional dysregulation. It can be concluded that the MAM@ program is a viable program to be implemented in a child and adolescent population exposed to psychosocial risk situations, as shown by the high scores obtained in the assessment of usability, usefulness and enjoyment of the program, and that it also manages to optimize the emotional regulation of those who use it. With a view to future improvements of the program, it would be necessary to incorporate activities within the website that encourage children to practice or perform tasks outside the online treatment program, so that they can generalize and consolidate what they have learned; likewise, it would be necessary to reduce the length and duration of the program, proposing a shorter format. The main beneficiaries of this program will be the children and their families, the health/clinical psychologists themselves and society in general, since the impact of certain risk factors, such as the impossibility of accessing psychological care services due to distance, lack of economic resources and time, among others, could be reduced.



# INTRODUCCIÓN

El acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) es prácticamente universal en todos los hogares de España, siendo la población adolescente una de las principales usuarias de las TICs, tal como reflejan los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022), de modo que el 96% de los hogares españoles tiene conexión a internet y el 92.9% de las personas con acceso son usuarias frecuentes de la misma (al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses).

Atendiendo a las diferencias por sexo, se informó que la proporción de menores que emplean las nuevas tecnologías es muy elevado. El uso de ordenadores e internet es algo prácticamente universal para los adolescentes de entre 10-15 años. Un 93.1% de ellos han usado el ordenador en los últimos tres meses (92.9% chicos; 93.2% chicas); el 94.9% ha entrado en internet en los últimos tres meses (95.4% chicos; 94.5% chicas) y el 69.5% de los adolescentes tiene un móvil en propiedad (68.4% chicos; 70.7% chicas).

En base a las diferencias según la edad, se observó una clara tendencia al aumento del uso del ordenador, móvil e internet conforme aumenta la edad. El porcentaje de menores usuarios de ordenador/tablet en los últimos tres meses es de 89.7% a los 10 años; 94.5% a los 11 años; 95% a los 12 años; 96.4% a los 13 años; 96.8% a los 14 años y 97.9% a los 15 años. El porcentaje de menores usuarios de internet en los últimos tres meses es de 93.1% a los 10 años; 97.2% a los 11 años; 97.1% a los 12 años; 98.6% a los 13 años; 99% a los 14 años y 99.5% a los 15 años. El porcentaje de menores que dispone de un teléfono móvil es la característica que más aumenta con el paso del tiempo y es de 22.6% a los 10 años; 44.7% a los 11 años; 67.5% a los 12 años; 85.7% a los 13 años; 93.5% a los 14 años y 96.3% a los 15 años.

Además, entre los 16-24 años, el 99.8% de la población española ha utilizado internet al menos una vez en los últimos tres meses (99.7% chicos; 99.1% chicas) y el 97% lo utilizan diariamente. Por otro lado, en este rango de edad, el 99.7% de la población española ha utilizado el teléfono móvil en los últimos tres meses (99.8% chicos; 99.6% chicas).

Estos datos nos hacen suponer que en la etapa adolescente existe un potencial para desarrollar un patrón alterado de conductas adictivas, aunque tal vez una explicación a este fenómeno lo encontramos en la psicología evolutiva, ya que según Berger (2007), en esta etapa de la vida se producen una serie de cambios a nivel fisiológico y cognitivo que la caracterizan.

Entre los cambios más importantes cabe destacar los denominados puberales, que hacen referencia a una serie de transformaciones fisiológicas que pueden tener un impacto en el desarrollo psicológico de los adolescentes, lo cual se traduce en una atención constante e intensa sobre el propio aspecto corporal; y fenómenos vivenciales asociados a la precocidad o lentitud en el desarrollo físico, capaces de generar malestar entre los adolescentes (Berenbaum et al., 2015; Pfeifer y Allen, 2021); así como cambios en su autoconcepto (Forbes y Dahl, 2010; Sisk y Foster, 2004). Además, en esta etapa se producen cambios en la personalidad, que, a veces, originan una verdadera crisis de identidad (Kroger et al., 2010), caracterizada por el aumento de la conciencia de sí mismo, baja autoestima, egocentrismo intelectual, e impulso de dependencia e inestabilidad del autoconcepto (Becht et al., 2016; Berger, 2007; Klimstra et al., 2010; Tanti et al., 2011), experimentando profundos cambios a nivel psicológico (Moya et al., 2014; Westen et al., 2005).

Del mismo modo, ocurren cambios en el pensamiento, comenzando la etapa denominada por Piaget como “pensamiento operacional formal” (Berger, 2007), en la que los adolescentes pueden pensar más allá de los elementos de un problema y concebir situaciones posibles, no restringidas por lo real, siendo capaces de prever todas las situaciones y relaciones causales posibles entre los elementos (Sanghvi, 2020). Dado que los adolescentes no solo se limitan a recibir la información, sino que la elaboran, esto puede tener importantes implicaciones para el desarrollo de psicopatologías, especialmente en los problemas que tengan un fuerte componente rumiativo o de pensamientos automáticos (Castellanos-Ryan et al., 2016; Cicchetti y Rogosch, 2002).

En esta etapa, el grupo de amigos se convierte en el contexto socializador más influyente, constituyendo una experiencia muy gratificante para el adolescente y con numerosos beneficios. Así mismo, las interacciones e

intercambios sociales se expanden de forma extraordinaria y se debilita bastante la referencia a la familia (Marceau et al., 2015); aparece el conflicto de emancipación/dependencia y el peso de la familia disminuye, incrementándose paralelamente el grupo de pares (Branje, 2018).

Debido a que los adolescentes pasan mucho tiempo sumergidos en las nuevas tecnologías, se ha acuñado el término de “nativos digitales” (Salas-Delgado, 2020) para denominar este escenario tan habitual en esta etapa. Es decir, alude a personas que han nacido en la era digital y que han convivido y conviven constantemente con las TICs; incluyen las tecnologías en diversas áreas de su vida, como el tiempo libre, la salud, en el hogar y en la enseñanza; emplean con mayor facilidad las TICs, pasan más tiempo con ellas y les son más atractivas. Sin embargo, el término “inmigrantes digitales”, se refiere a aquellas personas adultas que han aprendido con mayor o menor esfuerzo a utilizar las nuevas tecnologías. Por lo general, disfrutan menos de las TICs, pasan menos tiempo con ellas y las emplean menos en el día a día. Este grupo observa cómo los nativos digitales están viviendo una realidad distinta a aquella que conformó la infancia y juventud de los inmigrantes digitales, donde los estándares para formar parte de la comunidad eran considerablemente distintos (Domínguez, 2011).

La literatura científica se ha centrado principalmente en la búsqueda de afecciones psicopatológicas que el uso y abuso de las TICs producen en los adolescentes. Entre estas afectaciones se hallan un incremento de la depresión, insomnio y ansiedad (Jenaro et al., 2007; Wu et al., 2019); mayor malestar psicológico (Fumero et al., 2020); conductas impulsivas (Cerniglia et al., 2019); afectación de las relaciones sociales e ideación suicida (Arrivillaga et al., 2020); y asociación con sintomatología de tipo externalizante y de déficit de atención principalmente (Vicente-Escudero et al., 2019).

No obstante, no todo el uso de internet incide negativamente e interviene en el desarrollo de psicopatología en los adolescentes. Algunos estudios han constatado que el uso de las TICs influye en ciertas variables positivas, como por ejemplo, aquellas que proporcionan identidad y prestigio al adolescente, o las que favorecen la autonomía y son una fuente de ocio (Chóliz y Villanueva,

2011), como es el caso de las redes sociales que benefician el mantenimiento de las relaciones sociales (Khatcherian y Zdanowicz, 2018; Oliva et al., 2012). Por tanto, las TICs pueden ser usadas como un mecanismo de diferenciación social (Cuesta y Gaspar, 2013). Por otra parte, algunos trabajos apuntan que participar en actividades extraescolares y una relación positiva con los padres, donde se establezcan unos límites claros que promuevan la autonomía del adolescente, protegen frente al abuso de las TICs (Vicente-Escudero et al., 2019).

De modo que, como se ha comentado, las TICs también pueden usarse para la promoción y potenciación de variables psicológicas y otros factores que beneficien el desarrollo de los adolescentes, y, es en este contexto, en el que se inscribe el uso de estas herramientas para la aplicación de tratamientos psicológicos a este segmento poblacional. Por ejemplo, la aplicación de tratamientos mediante Realidad Virtual (RV) permite crear escenarios y ambientes tridimensionales mediante ordenador, simulando la realidad y haciendo que el sujeto experimente una alta sensación de presencia y realismo en el contexto virtual en el que está inmerso (Botella y Bretón-López, 2014). En virtud del alto grado de realismo, este tipo de tratamiento puede suscitar respuestas psicológicas en los pacientes (Freeman et al., 2017).

En este sentido, estos tratamientos se han mostrado eficaces en población infanto-juvenil en varias vertientes, por una parte facilitando la exposición a estímulos fóbicos y reduciendo el miedo a fobias (Farrell et al., 2021; Servera et al., 2020); por otra, para reducir la sintomatología psicopatológica general, el estrés postraumático, la ira, la inadaptación, la depresión y la ansiedad, en menores maltratados tutelados por la Región de Murcia (Alcántara et al., 2017). En esta línea, también se ha mostrado viable para reducir la ansiedad social en adolescentes (Parrish et al., 2016), para reducir la ansiedad en menores y adolescentes con autismo (Maskey et al., 2019), reducir el miedo a la oscuridad en niños (Servera et al., 2020), y para la fobia específica a los perros (Farrell et al., 2021). Además, pueden contribuir a la potenciación de las terapias tradicionales presenciales, ya que éstas, especialmente en las terapias de exposición, tienen la gran desventaja de que es muy difícil conseguir estímulos visuales potentes a través de la imaginación.



En esta dirección, por ejemplo, la RV es capaz de superar claramente estas limitaciones, permitiendo a los pacientes exponerse de forma sistemática a estímulos que podrían tener problemas para imaginar, o que son demasiado temidos como para afrontar en la vida real (Wiederhold et al., 2018). No obstante, otro tipo de terapias que están cobrando gran importancia en los últimos años, son las terapias administradas a través de internet.

Internet, es un medio que permite ampliar el alcance de las intervenciones de salud mental preventivas con poco esfuerzo y con ciertas ventajas sobre los tratamientos tradicionales presenciales. Algunas de estas ventajas se concretan en la flexibilidad de los pacientes para adaptar la terapia a su vida diaria; ritmo y actividad laboral; el anonimato que suponen las intervenciones basadas en la web puede ser un incentivo para aquellas personas que se sientan estigmatizados por acudir a terapia; y la rentabilidad económica al reducir costes de personal e infraestructura (Sander et al., 2016).

En este sentido, las intervenciones psicológicas basadas en internet suponen una buena alternativa de tratamiento para aquellos grupos que no pueden recibir tratamiento convencional (Andersson y Cuijpers, 2009). Algunos meta-análisis han demostrado que los programas online son eficaces para el tratamiento de varios problemas de salud mental (Andrews et al., 2010), para prevenir problemas de salud mental (Heber et al., 2017) y efectivos en población infanto-juvenil (Heber et al., 2017). De modo que, las características de los adolescentes en la actualidad, unido al desarrollo tecnológico, han propiciado que en las últimas décadas se hayan desarrollado programas y protocolos de tratamiento online que resultan más atractivos que los convencionales para chicos y chicas.

Cabe destacar que son numerosos los programas de tratamiento online para adolescentes que se han desarrollado en la última década. Por ejemplo, tratamientos para la depresión (Baldofski et al., 2019; Moeini et al., 2019; Van Der Zanden et al., 2012), ideación suicida (Robinson et al., 2016; Silverstone et al., 2015), ansiedad (Donovan et al., 2017; Leigh y Clark, 2019; March et al., 2018; Stjerneklar et al., 2019), prevención del abuso de drogas (Schwinn et al., 2018), bienestar, ansiedad y depresión (Manicavasagar et al., 2014), conductas

disruptivas (Sanders et al., 2012), y TDAH (DuPaul et al., 2018). Además, las terapias online que se han desarrollado son de probada eficacia, consiguiendo disminuir significativamente la sintomatología clínica objetivo del programa de tratamiento, con tamaños del efecto que oscilan entre moderados y altos (según programa).

A nivel internacional, se observa que los protocolos de tratamiento online que hay publicados se han adaptado a otras culturas en escasas ocasiones, por ejemplo, el programa “Grasping the Opportunity”, que es una adaptación del programa “CATCH-IT” a la población y a la cultura de China, se ha verificado efectivo para reducir los trastornos depresivos en adolescentes chinos (Ip et al., 2016). Otro ejemplo de adaptación ha sido el programa “ChilledOut Online” con enfoque cognitivo conductual, desarrollado en el Centro de Salud Emocional de la Universidad de Macquarie, Australia, para el tratamiento psicológico de niños y adolescentes con problemas de ansiedad; adaptado por la Universidad de Aarhus, Dinamarca, destinado a población adolescente danesa, confirmando una buena eficacia (Stjerneklar et al., 2019).

Sin embargo, prácticamente la totalidad de estos tratamientos no han sido traducidos ni validados para el idioma, la cultura y la sociedad de nuestro país, por lo que su aplicabilidad en España no parece viable.

Por otro lado, dentro de nuestras fronteras, no han proliferado tanto este tipo de tratamientos dirigidos a menores, en comparación con otros países, siendo bastante escaso el número total de tratamientos online disponibles, e igualmente insuficiente el número de grupos de investigación que han desarrollado programas de intervención online. Aunque algunos de estos grupos, como el equipo de Labpsitec de la Universidad de Valencia y Jaume I de Castellón, llevan más de 25 años investigando las utilidades de las TICs en la Psicología Clínica como herramientas de evaluación y tratamiento, aplicando diferentes tecnologías como la Realidad Virtual, la Realidad Aumentada, Internet, los sistemas móviles, etc.

Entre los programas de tratamiento online desarrollados en nuestro país por otros grupos de investigación, encontramos el programa “Super Skills”, con

un enfoque transdiagnóstico, basado en la terapia cognitivo-conductual, que integra la retroalimentación en video con la preparación cognitiva; destinado a reducir la ansiedad y sus problemas comórbidos y a potenciar la capacitación de las habilidades sociales, así como a la activación conductual en los niños/as de población general. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la aplicación de este programa consigue reducciones significativas en el nivel de ansiedad y depresión de los menores de población general y un aumento de sus habilidades sociales y de comunicación tras el tratamiento (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019, 2020).

El otro protocolo de tratamiento online destacado a nivel nacional es el protocolo unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los problemas emocionales en adolescentes aplicado de forma online "iUP-A". En este sentido, una relativamente reciente investigación realizada sobre 12 adolescentes que presentaban ansiedad y depresión elevada informó de disminuciones autoinformadas en ambos casos. Adicionalmente, se encontró una alta viabilidad y aceptabilidad del programa, ya que todos los participantes y los padres responsables informaron de una mejora en la capacidad de los adolescentes para hacer frente a las emociones (Sandín et al., 2020).

Sin embargo, los programas de tratamiento elaborados dentro de nuestro territorio nacional, se han desarrollado, bien dirigidos población general, no específicamente para el tratamiento de los menores expuestos a situaciones de estrés grave (como maltrato, negligencia, confinamientos); o que se encuentren en situación de riesgo psicosocial, situaciones que lamentablemente cada vez son más frecuentes y requieren de una atención especializada e individualizada para su caso particular; o bien se han diseñado para tratar síntomas de ansiedad y depresión con carácter transdiagnóstico. Por ello, podrían no ser la elección de primera línea en población en situación de estrés grave, ya que esta situación requiere de un abordaje mucho más integral, que les ayude a comprender mejor su situación, sensaciones, pensamientos y conductas, donde el tratamiento de los problemas emocionales solo sería una pequeña parte del abordaje terapéutico.

Tras la situación excepcional que generó la pandemia de la COVID-19 en nuestro país y en el mundo, así como las consecuencias psicopatológicas que se han derivado asociadas al confinamiento en España, como, por ejemplo, informó el estudio de Berasategi-Sancho et al. (2020), en el cual el 70.17% los niños y niñas se encontraban más nerviosos/as, un 74.67% más enfadados/as y un 55.83% más tristes de lo habitual, según autoinformaron los padres; se hace necesario desarrollar programas de tratamiento online para niños/as y adolescentes, no solo con el propósito de atender al mayor número posible de sujetos de población adolescente, sino porque supondría disponer de tecnologías aplicables con fines preventivos o de intervención en posibles situaciones asociadas a confinamientos futuros o situaciones especiales.

Además, debido a las características del confinamiento en nuestro país, fue prácticamente imposible mantener un contacto directo o interactuar con los menores que ya recibían terapia psicológica, por no disponer de programas online adecuados, lo cual ha generado numerosos problemas. Algunos autores apuntan que el brote en China originó diversa sintomatología con niveles entre moderados y severos, como por ejemplo: síntomas depresivos en el 16.5% de los menores, ansiedad en el 28.8%, estrés en el 8.1%, y causó un impacto psicológico significativo en el 53.8% de los casos (Wang et al., 2020). Otros autores han puesto de relieve que la pandemia y el confinamiento han generado impactos psicológicos amplios y duraderos (Brooks et al., 2020). Estos problemas han podido verse aumentados especialmente en población vulnerable, como menores confinados en centros de protección o menores víctimas de violencia de género, que, por sus propias circunstancias y características, presentan un mayor riesgo de experimentar situaciones adversas acumulativas que repercuten significativamente en el incremento de sus dificultades psicológicas.

En base a la literatura científica examinada y a la evidencia descrita previamente, la presente tesis está dirigida a la consecución de dos objetivos fundamentales: (1) desarrollar un programa de autorregulación emocional online, destinado a adolescentes que se encuentren en situación de riesgo psicosocial; y (2) aplicar dicho programa a una población diana para valorar su aceptación y eficacia preliminar.

En esta tesis, se abordarán diferentes aspectos relevantes, en lo relativo a los tratamientos psicológicos administrados a través de internet para menores en situación de riesgo psicosocial.

En el primer capítulo se abordarán los factores de riesgo y protección, tanto generales como los relacionados con internet, para la salud mental de los adolescentes. Así mismo, se analizará la sintomatología y trastornos más comunes que pueden desarrollarse en este rango de edad.

En el segundo capítulo, se expondrán los tipos de tratamiento online más relevantes que existen en la actualidad, para tratar los problemas internalizantes, externalizantes y de TEPT en menores que están expuestos a situaciones de riesgo psicosocial. Se presentarán los resultados de eficacia, los principales componentes de los programas, y se analizarán los estudios meta-analíticos para atender dichos problemas mediante programas online.

Estos primeros dos capítulos conformarán el marco teórico de esta tesis. Tienen como finalidad definir el tipo de muestra a la que irá dirigida la intervención que se propone en la presente tesis, así como conseguir elaborar una idea prototípica de los tipos de intervenciones online que existen en la actualidad diseñadas específicamente para este tipo de problemáticas.

El resto de los capítulos corresponden al marco empírico, siendo el capítulo tercero en el que se expondrán los objetivos e hipótesis de esta tesis.

En el capítulo cuarto se describirá el proceso de elaboración y desarrollo del programa “Mejora de la autorregulación en menores online” (MAM@). Un novedoso programa de intervención online desarrollado específicamente en idioma español, destinado a promover y potenciar la autorregulación emocional de los menores en situación de riesgo psicosocial.

En el capítulo quinto se presentarán los resultados de la aplicación de una prueba piloto del programa MAM@, llevada a cabo con un pequeño número de participantes. Se expondrán los resultados relativos a la usabilidad, valoración general y aceptación del programa.

En el capítulo sexto se mostrarán los resultados sobre la aceptación y valoración del programa MAM@.

En el capítulo séptimo se abordará la discusión de los diferentes capítulos del marco empírico. Se expondrán las limitaciones de los resultados de cada capítulo y sus implicaciones en la práctica e investigación, así como las líneas futuras.

En el capítulo octavo se presentarán las principales conclusiones que se derivan de esta tesis.

Por último, el capítulo noveno estará dedicado a las referencias bibliográficas.



# **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**





# **CAPÍTULO 1**

## **Factores de riesgo y de protección: salud mental y problemas psicológicos más comunes en la adolescencia**

A lo largo de este capítulo se describirán los diferentes factores de riesgo y de protección para la salud mental de los adolescentes, y cómo éstos pueden dar lugar a diferentes problemas psicopatológicos en esta etapa, tanto de tipo internalizante como externalizante.

## **1.1. Factores de riesgo y de protección para la salud mental en adolescentes**

El patrón evolutivo normativo de la etapa de la adolescencia, el cual se ha comentado anteriormente, no es, por lo general, un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, pero esto puede cambiar debido a la influencia de factores intrínsecos de los adolescentes y a factores ambientales, los cuales interactúan entre sí para configurar el comportamiento del adolescente (Baita, 2015). A las situaciones ambientales e internas, que pueden generar cambios en el desarrollo del individuo y aumentan el potencial del organismo para desarrollar determinadas psicopatologías, se les denomina situaciones de riesgo psicosocial, y, algunos autores, las definen como:

El conjunto de circunstancias, hechos y factores personales, familiares o sociales, relacionados con una problemática determinada (abandono, maltrato, violencia, baja escolaridad, explotación económica, vínculos familiares precarios, necesidades básicas insatisfechas, entre otros) que aumentan la probabilidad de que un sujeto inicie o se mantenga en situaciones críticas que afectan a su desarrollo integral (deserción escolar, bajo desempeño académico, timidez o agresividad, entre otros), o que sea víctima o autor de la violencia u otras situaciones mencionadas afectando sus derechos esenciales (Mendoza et al., 2012, p. 12).

### **1.1.1. Factores de riesgo y de protección generales**

Las diferentes situaciones de riesgo psicosocial tienen en común que todas ellas son fenómenos complejos, causadas por la interacción de múltiples factores de riesgo, tanto individuales, como relacionales o sociales. Esos factores de riesgo, que inciden en diversas problemáticas, son medibles y pueden ser expresados en términos de probabilidades (Bolívar et al., 2014; McTavish et al., 2020; Zhang et al., 2019).

Las reacciones ante situaciones vitales adversas, como las situaciones de riesgo psicosocial, son variadas y diversas (Cervera et al., 2020) y el impacto psicológico resultante de estas experiencias se modula en función de una serie de variables (Carlson y Balenberg, 2000, pp. 16-20):

- Características del evento sufrido (naturaleza, intensidad, duración y frecuencia).
- Características individuales de la víctima (nivel de desarrollo, personalidad, patologías previas, etc.).
- Características del contexto que rodea a la persona que sufre el evento (red de apoyo social previo al evento, siendo el apoyo social la variable más relevante a la hora de hacer frente a estas adversidades).

Además, la investigación ha observado, que son factores protectores que modulan el desarrollo psicopatológico tras una situación de riesgo psicosocial: ser varón; disponer de varias actividades de ocio; resolver conflictos con orientación hacia los problemas y no hacia la emoción; el apoyo social, el parental y el escolar; la inteligencia emocional; autocontrol y autorregulación; una adecuada relación padres-hijos; sentirse identificado con un grupo de referencia y relacionarse con diferentes grupos (Cadamuro et al., 2021; Crescentini et al., 2020; El-Khodary y Samara, 2019b; Fayyad et al., 2017; Flores et al., 2020; Mostan et al., 2021).

En cuanto a los factores externos al individuo que pueden generar situaciones de riesgo para los adolescentes, encontramos la clasificación de eventos estresantes propuesta por Allen (2008). Estos eventos potencialmente estresantes y generadores de riesgo psicosocial, podrían clasificarse en tres categorías, según su naturaleza e implicación interpersonal del estresor en: estresores impersonales, interpersonales y estresores en el contexto de relaciones de apego; siendo la gravedad de la exposición más elevada conforme más se avanza en la jerarquía (Cervera et al., 2020, p. 219; Huang et al., 2017, p. 233).

- *Estresores impersonales*: Estos eventos estresantes tienen que ver con desastres o catástrofes naturales no relacionados con la acción del ser humano (avalanchas, erupciones volcánicas, terremotos, tsunamis, etc.).
- *Estresores interpersonales*: Aquí se encontrarían los estresores derivados de las conductas intencionales o imprudentes del ser humano

(accidentes, guerras, ataques terroristas, bullying, violencia comunitaria, errores médicos, etc.). Este tipo de eventos tiene un mayor potencial para generar malestar en quienes lo padecen que los eventos del nivel inmediatamente anterior.

- *Estresores en el contexto de las relaciones de apego*: Se encontrarían aquí las situaciones de maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, violencia de género, etc. En general, todas las situaciones que suceden sistemáticamente y de manera crónica dentro de las relaciones interpersonales de cuidado/dependencia. Los cuidadores de los menores deben ser quienes reparen y prevengan el daño ocasionado por el trauma, pero si son los propios cuidadores los que ocasionan dicho trauma, esto sitúa al menor en una paradoja sin solución (Baita, 2015).

Debido a la rápida evolución de la tecnología y a que los actuales adolescentes son considerados “nativos digitales”, esta situación plantea la cuestión acerca de si la utilización de tecnologías como internet, tiene el potencial de ser considerado un factor de riesgo o de protección frente al desarrollo de determinados problemas de salud mental en población adolescente.

### *1.1.2. Factores de riesgo y de protección relacionados con el uso de internet*

No cabe duda de que las TICs actualmente juegan un importante papel en el proceso de socialización de las personas. Esto obedece a numerosos factores, como, por ejemplo, la facilitación del trabajo de las personas; el acceso a la información; nos permiten comunicarnos en tiempo real y conocer entornos alejados; facilitan el entretenimiento y el ocio; nos acompañan a lo largo de todo el día y requieren mucha dedicación (Labrador y Villadongos, 2009).

Son varios los autores que han aportado una definición sobre nuevas tecnologías de la información y la comunicación, algunos las definen como: “las herramientas diseñadas para informar y comunicar, de una manera sencilla y que tienen como característica principal una accesibilidad permanente” (Beranuy

et al., 2009, p. 196), para otros consisten en una variada gama de instrumentos, herramientas, canales y soportes dedicados esencialmente al uso, manejo, presentación, comunicación, almacenamiento y recuperación de información, tanto analógicas como digitales (Castellana et al., 2007; Labrador y Villadongos, 2009). Teniendo en cuenta las anteriores definiciones, las TICs abarcarían herramientas tales como la telefonía móvil, videojuegos, relojes inteligentes, la televisión, el ordenador, etc. Aunque en realidad, esta lista sería mucho más amplia, ya que la industria tecnológica avanza a gran velocidad.

Sin embargo, aunque los adolescentes emplean gran parte de su tiempo en manejar dichas tecnologías, esta práctica no está exenta de riesgos. La adolescencia es una etapa en la que es muy susceptible el desarrollo de patrones de conductas adictivas u otros trastornos psicológicos, como uso abusivo de las nuevas tecnologías, problemas de conducta o abuso de drogas (Castellana et al., 2007); y existe un criterio generalizado entre profesionales de la salud mental sobre el potencial de estas tecnologías para generar adicción, sobre todo en este periodo (Instituto de Adicciones de Madrid, 2009). Otros autores han considerado que la gratificación inmediata y la poca preocupación por el mañana de los adolescentes, trae consigo una mayor influencia por parte de los medios de comunicación y la publicidad (Muñoz-Miralles et al., 2014).

El acceso a internet se ha convertido en una necesidad básica en la vida cotidiana de muchas personas, y las sociedades actuales están realizando esfuerzos para adaptarse a los desafíos derivados del uso y abuso de esta herramienta, que puede tener como consecuencia la adicción a internet (Bakken et al., 2009; Tsumura et al., 2018; Yoon et al., 2021). La distinción entre lo que es considerado adicción a internet y lo que no lo es puede ser complicado, debido en parte a que la adicción a internet no se encuentra actualmente incluida en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, APA, 2013), ni en la edición revisada del mismo (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, APA, 2022), y las diferencias entre un uso normativo y patológico de internet son sutiles (Morahan-Martin, 2001). A raíz de esta imprecisión nosológica, para establecer la definición de adicción a internet se han seguido los criterios para el trastorno de uso de sustancias o el juego patológico (Kuss et al., 2014). En base a los mismos, podría definirse como

un patrón de uso excesivo de internet sumado a una dependencia psicológica excesiva, pérdida de control sobre su uso, síntomas similares a los de otras adicciones como dependencia y tolerancia, y experimentación de consecuencias negativas en diversos contextos personales e interpersonales (Li et al., 2015; Spada, 2014).

Debido al elevado uso de internet en todo el mundo, la adicción a internet se ha convertido en un problema universal, observándose prevalencias mundiales del 6% para la población general, del 25.1% en muestras específicas con problemas de salud mental previos, y tasas más altas de prevalencia en población general de países orientales (10.9%) que occidentales (2.6%) (Cheng y Li, 2014; de Vries et al., 2018). Concretamente, en población adolescente, estudios de meta-análisis han encontrado que las tasas de prevalencia del uso excesivo de internet en adolescentes oscila entre el 0.6% y el 19.9% (Fam, 2018; Lopez-Fernandez, 2015). Además, diversos trabajos han informado de que los síntomas de adicción a internet, a menudo, se presentan de forma comórbida con otros problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, impulsividad, obsesiones, o problemas de sueño (Ahmadi et al., 2014; de Vries et al., 2018; Kuss et al., 2014; Wang et al., 2017; Weinstein y Lejoyeux, 2010).

En general, la investigación ha evidenciado que los síntomas de adicción a internet se asocian con mayores dificultades en las relaciones sociales, conflictos familiares (Schneider et al., 2017), problemas de sueño, fracaso académico (Kim et al., 2018), aislamiento, problemas físicos, ideación suicida (Lee et al., 2016), ansiedad, agresividad, depresión, etc. (Ahmadi et al., 2014; Jenaro et al., 2007; Wu et al., 2019). Sin embargo, otros trabajos han documentado que poseer autonomía personal, ser miembro de una organización, tener una relación positiva con los progenitores, un buen rendimiento en matemáticas (Vicente-Escudero et al., 2019) y una elevada inteligencia emocional (Arrivillaga et al., 2020), son factores protectores frente al uso problemático de internet y de las nuevas tecnologías.

Según los avances aportados por la reciente teoría polivagal, los individuos podrían categorizarse en dos grupos según el uso que hacen de la

tecnología y la interacción con sus pares. Por un lado, se encontrarían las personas en las que la regulación de la conducta se produce por medio de la interacción social cara a cara. El otro grupo, lo conforman individuos en los que se origina mediante el uso de objetos, donde las personas prefieren hablar mediante redes sociales, dejando primero el contenido y mirando a la persona después. En términos generales, los adolescentes se están alejando de las interacciones cara a cara, actualmente casi toda la interacción se desarrolla mediante tablets y soportes digitales, por lo que los niños y niñas ya no se miran entre ellos al interactuar. Por este motivo el sistema nervioso no tiene la oportunidad de ejecutar los circuitos reguladores neuronales asociados a los comportamientos sociales de conexión, y al no ejercitar estos circuitos, los menores ven perjudicada su capacidad de autorregularse y regularse con los demás ante las dificultades (Porges, 2018).

Como se ha explicado anteriormente, no todos los menores expuestos a situaciones de riesgo sufren alteraciones a largo plazo, puesto que existen una serie de variables que pueden modular las consecuencias negativas de dicha exposición. Los diferentes tipos de riesgo psicosocial, dan pie a varias consecuencias sintomáticas en las áreas biopsicosociales del individuo, con diversas secuelas que pueden producirse en múltiples contextos, como el familiar, el escolar o el de relación con los pares (Rodríguez-Muñoz et al., 2015; Sanmartín y Serrano, 2011). Que los menores queden expuestos a situaciones de riesgo, es una condición que les predispone al desarrollo de determinados problemas de salud mental, ya que el cerebro, al ser un órgano con capacidad de plasticidad; es decir, modificable ante las experiencias, si estas experiencias son adversas, tempranas e inciden en menores con un cerebro en desarrollo, provocarán que se desarrolle sobre una base de adversidades y no sobre una base de sintonía o de apego seguro entre cuidadores e hijos. Esto es fundamental para una adecuada regulación emocional, pudiendo conseguir que el cerebro de los menores no alcance una funcionalidad óptima (Baita, 2015), y predisponiendo al desarrollo de determinados problemas psicológicos, en especial problemas de tipo internalizante y externalizante.



## **1.2. Trastornos internalizantes**

Los trastornos internalizantes son aquellos problemas psicológicos que se manifiestan de forma interna en los menores, por lo que los síntomas no son fáciles de observar por un tercero (Compton et al., 2002).

En esta categoría podemos encontrar problemas tales como depresión, retraimiento, ansiedad, problemas somáticos, fobias, inseguridades, preocupaciones, obsesiones, timidez, desmotivación, tristeza, dependencia, estrés postraumático y otras alteraciones del estado de ánimo (Liu, 2004). Aunque los problemas más representativos de esta categoría son la ansiedad y la depresión.

A continuación, se describen las alteraciones más relevantes dentro de los trastornos internalizantes.

### *1.2.1. Ansiedad*

La ansiedad es una compleja respuesta humana, cuya definición y análisis ha cambiado a lo largo de las épocas. Ha sido analizada desde distintos enfoques como el psicodinámico, el psicofisiológico, factorial, experimental y conductual. El enfoque inicial desde una perspectiva de una única dimensión ha cambiado a un enfoque multidimensional, que considera que la ansiedad se manifiesta en relación con una situación concreta que la provoca, su forma de adquisición y sus patrones de respuesta, conectando las variables personales y situacionales, como situaciones que impliquen peligro físico, situaciones interpersonales, situaciones de evaluación social o situaciones novedosas y ambiguas. Se activa en los procesos de evaluación cognitiva para analizar información sobre la situación, recursos, expectativas, etc. Para así actuar en consecuencia y favorecer la conducta adaptativa (Díaz y de la Iglesia, 2019).

Otros autores (Porges, 2018) consideran que la ansiedad es una respuesta del sistema nervioso simpático y una regulación negativa del circuito vago ventral (que tiene relación con la conducta social, comunicación interpersonal, sensación de calma cuando pasa el peligro, regula el tono

cardíaco, las vísceras y los signos faciales cuando hay tranquilidad) y del sistema de conexión social.

La ansiedad puede ser adquirida mediante condicionamiento clásico, aprendizaje vicario o mediante información cognitiva (Olivares et al., 2012) y expresarse mediante un triple sistema de respuesta caracterizado por reacciones fisiológicas, motoras y cognitivas (Lang, 1968).

Sin embargo, aunque la ansiedad sea adaptativa, puede volverse desadaptativa cuando la respuesta es exagerada y desproporcionada al estímulo que la provocó, apareciendo entonces cogniciones disfuncionales, sentimientos de vulnerabilidad e interferencias en el funcionamiento cotidiano, social, escolar o laboral (Clark y Beck, 2012).

Una de las características más llamativas de la ansiedad es su frecuencia de aparición, que se observa a través de una alta presencia de casos subclínicos, definidos como la experimentación de malestar significativo; consecuencia de los síntomas de ansiedad, aunque no se cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad incluido en los manuales de categorías diagnósticas (Mayorga-Lascano y Moreta-Herrera, 2019).

La ansiedad es uno de los problemas más prevalentes en todos los rangos de edad. Concretamente en la adolescencia, estudios de estimación de prevalencia anuales en EEUU con población general sugieren que hasta el 31.9% de los adolescentes entre 13-18 años sufren o han sufrido ansiedad en algún momento con niveles clínicamente significativos (Merikangas et al., 2010).

Recientes estudios meta-analíticos sobre los efectos en la salud mental que ha tenido la pandemia provocada por la COVID-19, empleando estudios con muestra de niños y adolescentes pertenecientes a los países de Turquía y China ( $n = 57927$ ), observaron que la prevalencia de la ansiedad fue en el total de la muestra del 26% (IC del 95%: 16%- 35%). Además, se observó que los adolescentes y las mujeres mostraron una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en comparación con los niños y los hombres, respectivamente (Ma et al., 2021).

Otros estudios más ambiciosos pretendieron estimar la prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y adolescentes de la población general. Polanczyk, et al. (2015) realizaron un estudio meta-analítico incorporando muestra de 27 países de todas las regiones del mundo y observaron que la prevalencia mundial de los trastornos mentales fue del 13.4% (IC 95%: 11.3-15.9) y la prevalencia mundial de cualquier trastorno de ansiedad fue del 6.5% (IC 95% 4.7-9.1).

Seguidamente, en la Tabla 1.2.1, se presentan de forma sintética los trastornos de ansiedad más frecuentes, según el DSM-5 (APA, 2013).

**Tabla 1.2.1**

*Trastornos de ansiedad (TA) y características clínicas según el DSM-5*

<b>Trastorno</b>	<b>Características clínicas principales</b>
<b>Trastorno de pánico</b>	Aparición de ataques de pánico, inesperados, recurrentes e imprevisibles. La persona está constantemente preocupada por la aparición de nuevas crisis, llegando a actuar de forma desadaptativa.
<b>Agorafobia</b>	Temor o ansiedad ante la exposición a situaciones de las que sería difícil o humillante escapar; o donde podrían aparecer ataques de pánico u otros síntomas incapacitantes (p. ej. usar el transporte público, espacios abiertos o lugares cerrados, hacer cola, estar solo/a fuera de casa, etc.). En consecuencia, se acaban evitando, escapando a un lugar seguro o se enfrentan con algún acompañante.
<b>T. Ansiedad Generalizada (TAG)</b>	Presencia persistente y excesiva de ansiedad. La persona se preocupa sobre numerosos aspectos, como puede ser el rendimiento escolar y laboral. Esto le lleva a experimentar síntomas físicos (p. ej., nerviosismo, inquietud, dificultad para concentrarse, etc.).
<b>T. Ansiedad Social</b>	Miedo a las interacciones o situaciones sociales por la posibilidad de que pueda ser juzgado, humillado, rechazado o evaluado negativamente por los demás. Esto le lleva a evitar hablar o comer en público, ir a reuniones sociales, hablar con desconocidos, etc. Pueden presentar síntomas o manifestaciones de ansiedad secundarias a ello.

Fuente: American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5).

## 1.2.2. Depresión

El DSM-5 (APA, 2013) considera que para cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor se requieren una serie de síntomas durante un tiempo determinado (Tabla 1.2.2).

**Tabla 1.2.2**

### *Criterios diagnósticos depresión mayor DSM-5*

Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es <b>(1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</b>
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio <b>no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</b>
Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.
Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o

considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El **episodio de depresión mayor no se explica mejor por** un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. **Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.**

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Especificar gravedad/curso (Leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total, no especificado) y si es de episodio único o recurrente.

Especificar si (Con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto, con patrón estacional)

---

Fuente: American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5).

Desarrollar depresión en la etapa adolescente implica un impacto negativo en diversas áreas del contexto cotidiano del individuo, afectando significativamente y generando un deterioro en las áreas de la escuela, el trabajo y las relaciones interpersonales (Zalsman et al., 2006).

Del mismo modo que los adolescentes pueden padecer episodios depresivos mayores, también presentar episodios depresivos por debajo del umbral, o depresión subclínica. Es decir, experimentar un malestar considerable, consecuencia de los síntomas de depresión, aunque no cumplan los criterios de algún trastorno depresivo incluido en los manuales oficiales al uso sobre categorías diagnósticas (DSM-5, APA, 2013; CIE-11, WHO, 2018).

La depresión es otro de los problemas más prevalentes en todos los rangos de edad. En la adolescencia, estudios de estimación de prevalencia anuales en EEUU con población general sugieren que hasta el 14.3% de los adolescentes entre 13-18 años sufren o han sufrido algún trastorno del estado de ánimo en algún momento con niveles clínicamente significativos (Merikangas et al., 2010).

Algunos estudios de meta-análisis han investigado los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños y adolescentes, y han observado que la prevalencia de la depresión fue en el total de la muestra del 29% (IC del 95%: 17%- 40%), para los trastornos del sueño fue del 44% (IC del 95%: 21%- 68%) y para los síntomas de estrés fue del 48% (IC del 95%: 0.25%- 1.21%) (Ma et al., 2021).

Estudios de meta-análisis que pretendían estimar la prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y adolescentes de la población general de 27 países diferentes (Polanczyk et al., 2015), observaron que la prevalencia mundial de cualquier trastorno depresivo fue del 2.6% (IC 95% 1.7-3.9).

Existe también cierto interés en la investigación de la depresión por debajo del umbral, dado que la depresión es un problema muy prevalente. Algunos estudios sitúan entre un 3% y un 7% (Fergusson et al., 2005; González-Tejera et al., 2005) la depresión por debajo del umbral en adolescentes tempranos y en un 26% en adolescentes de más de 16 años (Lewinsohn et al., 2004). En estos casos, se asocia con un deterioro considerable en el funcionamiento cotidiano de los adolescentes (González-Tejera et al., 2005).

### *1.2.3. Trastorno de Estrés Postraumático y Trauma Complejo*

Como se ha comentado anteriormente, las situaciones de riesgo psicosocial durante la infancia generan disfunciones duraderas en los mecanismos de regulación cerebral, como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, generando consecuencias físicas significativas y alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales (Baita, 2015; Cervera et al., 2020; López-Soler, 2008; van Rooij et al., 2020).

Estas situaciones en la infancia y adolescencia pueden desembocar en el agravamiento de los trastornos de tipo internalizante y externalizante de los adolescentes, y en el desarrollo de dos trastornos que son altamente comórbidos entre sí, así como con los trastornos de tipo internalizante y externalizante. Se trata del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno Traumático del

Desarrollo (TTD), que actualmente se denomina Trauma Complejo (Haselgruber et al., 2020; Matte-Landry y Collin-Vézina, 2020).

Van Der Kolk (2017), ya describió los efectos del trauma sobre las personas de una forma muy clara. Planteó que el trauma interrumpe la narrativa normal de la vida del individuo, éste se queda anclado en el doloroso pasado y vuelve el resto de la vida irrelevante. La gente traumatizada tiende a superponer el trauma a todo lo que le rodea y le cuesta interpretar la realidad de forma adecuada. Muchas personas sufren enormemente por los remordimientos que sienten sobre lo que hicieron o no hicieron bajo ciertas circunstancias y se autodesprecian por lo aterrorizadas o furiosas que se sintieron en aquel momento.

Según Cervera et al. (2020), fue en la década de los 90 cuando los investigadores empezaron a emplear el término de trauma complejo, denominado por van der Kolk debido a la insuficiencia del diagnóstico de TEPT para explicar la amplia gama de síntomas y deterioro funcional resultante de traumas crónicos, interpersonales y de inicio en etapas tempranas del ciclo vital. Por lo que, los traumas ocasionados por dichos estresores habría que diferenciarlos de los traumas ocasionados por eventos impersonales o interpersonales que se originan fuera del contexto de las relaciones de apego (López-Soler, 2008).

Así mismo, la investigación (p. ej., Haselgruber et al., 2020; van Der Kolk et al., 2019) ha demostrado que el TEPT y el TTD son altamente comórbidos y, además, comparten comorbilidades con otros trastornos como el trastorno de desregulación y trastornos internalizantes y externalizantes.

En sintonía con lo anterior, algunas investigaciones previas (Spinazzola et al., 2018; van Der Kolk et al., 2019), al examinar una muestra de menores ( $N = 236$ ) entre 7-18 años, hallaron que el TEPT y el TTD eran comórbidos y, además, el TTD, pero no el TEPT, se asoció con trastorno de pánico comórbido y trastornos de conducta disruptiva, trastorno de ansiedad por separación y trastorno por déficit de atención e hiperactividad; mientras que el TEPT se relacionó con depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada. Al mismo

tiempo, observaron que el 20% de los menores cumplió los criterios de TTD pero no de TEPT, el 13% los criterios de TEPT pero no de TTD y el 16.5% ambos criterios. Además, los menores que cumplieron con los criterios de TTD tenían de 2 a 4 veces más probabilidades de ser diagnosticados de algún trastorno internalizante o externalizante, según criterios DSM-IV (APA, 1994).

Los criterios para establecer un diagnóstico de TEPT, según el DSM-5 (APA, 2013), se reflejan en la Tabla 1.2.3-A.

**Tabla 1.2.3-A**

*Criterios diagnósticos DSM-5 para TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años*

<b>Criterios diagnósticos TEPT DSM-5</b>
<p>A. <b>Exposición.</b> Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <p>A.1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).</p> <p>A.2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.</p> <p>A.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.</p> <p>A.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) (no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo).</p> <p>B. Presencia de uno (o más) de los <b>síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</b></p> <p>B.1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s) (En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s)).</p> <p>B.2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s) (En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible).</p> <p>B.3 Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) (En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego).</p> <p>B.4 Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p> <p>B.5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p>



**C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s)**, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

C.1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

C.2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

**D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s)**, que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

D.1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

D.2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").

D.3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

D.4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

D.5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

D.6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

D.7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

**E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s)**, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

E.1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

E.2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

E.3. Hipervigilancia.

E.4. Respuesta de sobresalto exagerada.

E.5. Problemas de concentración.

E.6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

**F. La duración de la alteración** (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

**G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro** en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia** (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

---

Fuente: American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5).

Por su parte, algunos investigadores (Van der Kolk et al., 2009; van der Kolk, 2005) definieron el concepto de Trastorno Traumático del Desarrollo o Trauma Complejo en la infancia, el cual incluye múltiples síntomas en diferentes áreas, como el apego, la biología, la regulación del afecto y autorregulación, consciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto, como se puede apreciar en la Tabla 1.2.3-B.

**Tabla 1.2.3-B**

*Crterios diagnósticos del Trastorno Traumático del Desarrollo*

---

**Crterios diagnósticos del Trastorno Traumático del Desarrollo**

---

**A. Exposición.** Ha experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos durante al menos un año comenzando en la infancia/adolescencia temprana, incluyendo:

- A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal.
- A.2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

**B. Desregulación afectiva y fisiológica.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con regulación activación (arousal), incluyendo al menos dos de los siguientes ítems:

- B.1. Incapacidad modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas graves y prolongadas o inmovilización.
- B.2. Perturbaciones regulación funciones corporales (por ejemplo, perturbaciones persistentes sueño, alimentación y control esfínteres; hiper/hiporreactividad al tacto y sonidos; desorganización transición entre rutinas).
- B.3. Conciencia/reconocimiento disminuidos o disociación de sensaciones/emociones/estados corporales (despersonalización, desrealización, discontinuidad estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad reconocimiento emociones).
- B.4. Dificultad descripción de emociones/estados corporales (estados internos o comunicar necesidades - hambre o evacuación/eliminación-).

**C. Desregulación atencional y conductual.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con mantenimiento atención, aprendizaje o afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres ítems:

- C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo mala interpretación de señales de seguridad/peligro.
- C.2. Deterioro capacidad de autoprotección, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda emociones intensas (conductas sexuales riesgo, descontrol impulsivo, subestimación riesgo, dificultad comprensión reglas, para planificación conducta y anticipación de consecuencias).
- C.3. Intentos desajustados de auto-calma (balanceos, otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva, consumo sustancias).
- C.4. Autolesión habitual (intencional/automática) o reactiva (cortarse, golpearse cabeza, quemarse, pellizcarse).

C.5 Incapacidad para iniciar/mantener conducta dirigida a un objetivo (dificultades para planificar/completar tareas, abulia).

**D. Desregulación del self (sí mismo) y relacional.** Exhibe deterioro competencias evolutivas normales relacionadas con identidad personal e involucración en relaciones, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

D.1 Preocupación intensa por seguridad del cuidador u otros significativos (incluyendo actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultad en tolerancia al reencuentro con éstos después de una separación.

D.2 Persistente concepto/sentido negativo de sí mismo, incluyendo sentimientos de odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

D.3 Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en relaciones cercanas con adultos/iguales (incluye expectativa de ser victimizado por otros).

D.4 Reactividad física o agresión verbal (impulsiva, no intencionalmente coercitiva/manipuladora) hacia pares/cuidadores/otros adultos.

D.5 Intentos inapropiados (excesivos/promiscuos) de tener contacto íntimo (incluido, pero no limitado a intimidad física/sexual) o excesiva dependencia hacia iguales/adultos en búsqueda de seguridad/reaseguro.

D.6 Deterioro capacidad de regular la activación empática (falta de empatía, intolerancia o excesiva respuesta a las expresiones de estrés/perturbación de otros).

**E. Espectro de Síntomas Postraumáticos.** Exhibe al menos un síntoma en al menos dos de tres clústeres (B, C y D) de síntomas del TEPT.

**F. Duración del trastorno** (Criterios B, C, D y E): al menos 6 meses.

**G. Dificultades o deterioro funcional.** Causa malestar clínicamente significativo o deterioro/incapacidad en al menos dos áreas:

Escolar: bajo rendimiento o abandono escolar, problemas disciplina, inasistencia, conflictos con profesores, problemas aprendizaje (no explicado por trastorno neurológico).

Familiar: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego, búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física/emocionalmente a familiares, incumplimiento de responsabilidades familiares.

Grupo de pares: aislamiento, conflicto físico/emocional persistente, violencia o actos inseguros, estilos de interacción/afiliación inadecuados para la edad.

Legal: arrestos/reincidencia, condenas/cárcel, violación libertad condicional, aumento en gravedad delitos, delitos contra otros, desinterés por ley o convenciones morales.

Salud: enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo sistema digestivo, neurológico (síntomas conversivos, analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo/sensorial, dolores cabeza severos o dolor crónico/fatiga.

Vocacional: (aplicable a jóvenes que buscan trabajo o trabajan): desinterés en trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación a capacidades, incapacidad para avanzar.

---

Fuente: Van der Kolk et al. (2009). Proposal to include a developmental trauma diagnosis for children and adolescent in DSM V. [www.traumacenter.org](http://www.traumacenter.org)

Si bien la anterior propuesta, se consideró para ser incluida como nueva categoría diagnóstica en el DSM-5 (APA, 2013), finalmente fue descartada. Posteriormente, se incluyó dentro de la categoría de *Trastornos específicamente asociados con el estrés*, con la denominación de *Trastorno por Estrés Postraumático Complejo*, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) publicada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018).

La finalidad de esa nueva categoría fue proporcionar un diagnóstico alternativo a aquellas personas que han experimentado un evento traumático, crónico, sistemático, al comienzo de edades tempranas en la vida y que ocurre en el contexto de las relaciones de cuidado/dependencia. Además de los criterios diagnósticos del TEPT mencionados anteriormente, cursa con síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental en menores. Entre estos síntomas encontramos problemas en la atención, la conciencia, la regulación de los impulsos y afectos, la autopercepción, las relaciones con los demás, las somatizaciones y la alteración del sistema de significados (Cervera et al., 2020; López-Soler, 2008; Spinazzola et al., 2018; van Der Kolk, 2017).

Son numerosos los estudios que han analizado las prevalencias del TEPT y del Trauma Complejo en menores tras la exposición a diferentes tipos de trauma. Por ejemplo, DePierro et al. (2019), encuestaron a psicólogos de los EEUU sobre las características de deterioro funcional y exposición a trauma de menores ( $N = 210$ ) a su cargo entre 2-21 años. Encontraron una alta comorbilidad entre TEPT DSM-5 y el Trauma Complejo, siendo la comorbilidad del 52.4% en los casos de pacientes adultos y de 59.9% en los casos de menores de edad. Por su parte, Villalta et al. (2020) reclutaron a chicas ( $N = 99$ ) entre 13-17 años en centros de atención a víctimas de agresiones sexuales en Reino Unido, y, observaron que según los criterios de la CIE-11 (WHO, 2018), el 59% cumplió criterios de TEPT, el 40% criterios de trauma complejo y el 60% informó de, al menos, un síntoma de problemas en la autoorganización (87% desregulación emocional, 75% autoconcepto negativo y 75% problemas interpersonales).

En la Tabla 1.2.3-C, se exponen los criterios diagnósticos para el TEPT Complejo, que propone la CIE-11 (WHO, 2018).

### **Tabla 1.2.3-C**

#### *Criterios diagnósticos para el TEPT Complejo según la CIE-11*

---

<b>Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (CIE-11)</b>
El trastorno de estrés postraumático complejo se trata de un trastorno que puede producirse tras la vivencia de un evento o una serie de los mismos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos prolongados en el tiempo, repetitivos, de los que es imposible escapar (p.ej. maltrato físico o sexual continuado durante la infancia, violencia doméstica prolongada, tortura, esclavitud o genocidio). Es necesario que se cumplan todos los criterios diagnósticos para TEPT. También, el TEPT Complejo se caracteriza por la persistencia y gravedad de:
<b>1. Problemas de regulación del afecto</b>
<b>2. Sentimiento respecto a uno mismo de estar disminuido, derrotado o sin valor, vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el suceso traumático</b>
<b>3. Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás</b>
Estos síntomas provocan deterioro clínicamente significativo en las áreas familiar, personal, social, educativa, laboral u otras importantes para el funcionamiento adaptativo.

---

Fuente: CIE-11 (WHO, 2018).

#### **1.2.4. Evaluación de los trastornos internalizantes**

Dado que este tipo de problemáticas son de carácter interno, difícilmente observables por una tercera persona, se hace necesario administrar técnicas de autoinforme para detectar el estado emocional de los menores y el pensamiento de éstos.

Entre las escalas y pruebas más relevantes para evaluar trastornos internalizantes podemos encontrar:

- El Cuestionario Youth Self-Report (Achenbach y Edelbrock, 1987). Es una prueba de screening, que consta de 112 ítems sobre diferentes tipos de problemas psicopatológicos en adolescentes, entre ellos problemas internalizantes, con una buena consistencia interna ( $\alpha = .90$ ; Achenbach et al., 2008).

- El Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992). Es una de las escalas autoaplicadas más utilizadas para valorar la depresión en adolescentes, y está conformada por 27 ítems. Presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha = .94$ ; del Barrio y Carrasco, 2004).
- El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para niños y adolescentes (CASI; Silverman et al., 1991). Consiste en un instrumento autoaplicado de 18 ítems que evalúa las consecuencias físicas, cognitivas y sociales de la ansiedad en adolescentes, con buena consistencia interna ( $\alpha = .89$ ; Sandín et al., 2002).
- La Escala de Síntomas de TEPT infantil (CPSS; Foa et al., 2001). Es un instrumento de autoinforme, basado en los criterios diagnósticos del DSM-5, en la última versión publicada (Foa et al., 2018). Fue diseñada para evaluar los síntomas, la gravedad del TEPT y la interferencia de estos síntomas en diversos contextos, en menores de 8 a 18 años. La escala consta de dos preguntas abiertas (referentes al tipo de evento estresante y al tiempo que hace que sucedió), así como 24 ítems en una escala tipo Likert, que evalúan los síntomas de TEPT. En la versión original se encontró una buena consistencia interna ( $\alpha = .89$ ), hallándose en algunos estudios con población expuesta a maltrato en la Región de Murcia una consistencia interna todavía más elevada ( $\alpha = .91$ ; Espinosa et al., 2018).

### **1.3. Trastornos externalizantes**

Los trastornos de externalización se caracterizan por comportamientos problemáticos relacionados con un control deficiente de los impulsos, incluido el incumplimiento de reglas, la agresión, la impulsividad, la falta de atención, hiperactividad, irritabilidad, problemas en las relaciones interpersonales, y, en general, problemas relacionados con la dificultad para controlar las emociones (Liu, 2004; Samek y Hicks, 2014). Los específicos de niños y adolescentes incluyen el trastorno de conducta, el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Samek y Hicks, 2014). En esta población son relativamente comunes y con tasas de prevalencia más altas en

los hombres que en las mujeres con estimaciones que oscilan entre el 7% y el 10% (Kessler et al., 2005).

### 1.3.1. Algunos tipos de trastornos externalizantes

De entre los posibles problemas de tipo externalizante, los trastornos de conducta son los más relevantes. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una de las condiciones psicopatológicas más comunes en la etapa escolar y forma parte de una amplia gama de trastornos de inicio en la infancia, junto con los Trastornos de Conducta (véase Tabla 1.3.1-A) y Negativista Desafiante (véase Tabla 1.3.1-B), por lo que algunos autores también consideran al TDAH como un trastorno de tipo externalizante (López-Soler et al., 2009).

#### **Tabla 1.3.1-A**

##### *Crterios diagnósticos del Trastorno de Conducta DSM-5*

---

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

##### **Agresión a personas y animales**

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

##### **Destrucción de la propiedad**

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).

##### **Engaño o robo**

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas).

12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

**Incumplimiento grave de las normas**

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

---

Fuente: American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5).

**Tabla 1.3.1-B**

***Criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante DSM-5***

---

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

**Enfado/irritabilidad**

1. A menudo acosa pierde la calma.

2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.

3. A menudo está enfadado y resentido.

**Discusiones/actitud desafiante**

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.

7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

**Vengativo**

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

---

Fuente: American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5).



Los problemas de tipo externalizante han sido ampliamente investigados. Por ejemplo, en España, en un estudio llevado a cabo con muestra pediátrica de la Región de Murcia, en el Hospital Virgen de la Arrixaca, encontraron que en menores de entre 6-12 años ( $N = 300$ ), empleando las prevalencias propias de la muestra, un 18.1% presentó conducta disocial clínicamente significativa, un 18.8% problemas de oposicionismo-desafiante y un 14.5% TDAH. Sin embargo, al basar la estimación de las prevalencias, no en las propias prevalencias de la muestra, sino en el percentil 98 de las puntuaciones del cuestionario CBCL, las puntuaciones aumentaron a un 44% para las conductas disociales, un 28.3% para los problemas de oposicionismo-desafiante y un 40.6% para el TDAH (López-Soler et al., 2009).

Una investigación realizada con menores maltratados tutelados, de entre 6-16 años ( $N = 42$ ), que estaban siendo atendidos en el Programa de Evaluación, Diagnóstico e Intervención con Menores Maltratados Tutelados (PEDIMET), que se desarrolla en la Región de Murcia; a los que se evaluó a través del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes, STAXI-NA (del Barrio et al., 2005) informó de prevalencias altas en estas áreas. El porcentaje de ira-estado fue del 7.5% (4.17% chicos; 11.11% chicas), frente al de ira-rasgo que fue muy superior, del 20% (8.33% chicos; 33.33% chicas); la prevalencia de la expresión externa de la ira fue del 15% (16.67% chicos; 11.11% chicas), mientras que la expresión interna de la ira alcanzó el 20% (22.73% chicos; 16.67% chicas); y, por último, la prevalencia del control total sobre la ira fue del 15% (12.5% chicos; 16.67% chicas) (López-Soler et al., 2012).

Otro trabajo reveló que, en una muestra de menores de entre 6-17 años ( $N = 91$ ), expuestos a violencia de género, se obtuvieron prevalencias de 22% para conductas disruptivas y 34.1% en conductas agresivas, lo cual es significativamente muy superior a lo esperado en población general (7%) (Alcántara et al., 2013).

Por otro lado, fuera de nuestras fronteras, Merikangas et al. (2010) estimaron la prevalencia anual en EEUU, en población general de entre 13-18 años, de padecer trastornos psicológicos y observaron que la prevalencia para los trastornos del comportamiento fue del 19.1% y para los trastornos por

consumo de sustancias fue del 11.4%. Además, la prevalencia global de los trastornos con deterioro y/o malestar grave fue del 22.2% (11.2% con trastornos del estado de ánimo, 8.3% con trastornos de ansiedad y 9.6% con trastornos del comportamiento).

Finalmente, un meta-análisis que pretendió estimar la prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y adolescentes en población general de 27 países diferentes (Polanczyk et al., 2015), observó que la prevalencia mundial de cualquier trastorno disruptivo fue del 5.7% (IC 95% 4- 8.1) y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue del 3.4% (IC 95% 2.6- 4.5). Así mismo, más recientemente se estima que las tasas de prevalencia mundial de trastorno negativista desafiante y de los desórdenes de conducta son del 3.6% y el 2.1%, respectivamente (Mazzucchelli y Sanders, 2018).

### *1.3.2. Evaluación de los trastornos externalizantes*

Como se ha comentado anteriormente, los trastornos externalizantes, hacen referencia a aquellos comportamientos problemáticos que son fácilmente observables por parte de un tercero; es decir, que se manifiestan de forma externa. Para su evaluación y diagnóstico no solo son necesarios pruebas de autoinforme o entrevista, sino que los cuestionarios de tipo heteroinforme, o informados por un tercero, aportan validez adicional al diagnóstico.

Entre las escalas y pruebas más relevantes para evaluar trastornos externalizantes, cabe destacar:

- El cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983), el cual es una escala de valoración dirigida a los padres o cuidadores principales de niños y adolescentes de entre 6-18 años. Valora, entre otros grupos de síntomas, los síntomas de tipo externalizante como los problemas de oposicionismo/desafiante y problemas de conducta. El cuestionario consta de 118 ítems, con formato de respuesta en una escala tipo Likert. Además obtuvo una alta consistencia interna ( $\alpha = .92$ ; Achenbach et al., 2008).

- El cuestionario Teacher's Report Form (TRF; Achenbach y Rescorla, 2001), al igual que el cuestionario CBCL, es una escala de valoración heteroinformada, dirigida a los profesores de niños y adolescentes de entre 6-18 años para valorar, entre otros grupos de síntomas, los mismos síntomas de tipo externalizante que en el cuestionario CBCL. El cuestionario consta de 113 ítems en una escala tipo Likert con una buena consistencia interna ( $\alpha = .93$ ; Achenbach et al., 2008).
- El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes (STAXI-NA; Del Barrio et al., 2005), es un instrumento en formato autoinforme para menores de entre 8-17 años, de aplicación individual o colectiva, que mide cómo expresan y controlan su ira niños y adolescentes. El cuestionario está constituido por varias escalas: escala ira-estado, ira-rasgo, expresión externa de la ira, expresión interna de la ira, control externo de la ira y control interno de la ira. En su versión original las escalas totales obtuvieron una adecuada consistencia interna (en torno a:  $\alpha = .70$ ).
- Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes en formato heteroinforme para la familia (SENA; Fernández-Pinto et al., 2015), y evalúa a niños de entre 12-18 años. Este cuestionario consta de 154 ítems, en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Está conformado por 19 escalas diferentes, que se agrupan en cinco índices globales: índice de problemas emocionales, índice de problemas conductuales, índice de problemas en las funciones ejecutivas, índice de recursos personales e índice global de problemas. Dentro del índice de problemas conductuales, todas las escalas que lo conforman mostraron una adecuada consistencia interna, tanto en población general como clínica (respectivamente), a saber: problemas de atención ( $\alpha = .86; .85$ ); hiperactividad-impulsividad ( $\alpha = .87; .90$ ); problemas de control de la ira ( $\alpha = .87; .91$ ); agresión ( $\alpha = .78; .88$ ); conducta desafiante ( $\alpha = .82; .87$ ); y conducta antisocial ( $\alpha = .67; .81$ ). Por su parte, el índice de problemas conductuales también mostró una adecuada consistencia interna tanto en población general como clínica ( $\alpha = .93; .95$ , respectivamente).

#### **1.4. Tratamientos tradicionales en problemas internalizantes y externalizantes**

En este apartado se presentan de forma muy concisa, los tratamientos tradicionales más habituales dirigidos a la atención de los problemas internalizantes y externalizantes en niños y adolescentes.

En este sentido, existen diferentes alternativas de tratamiento, como la terapia con enfoque cognitivo conductual (TCC) (Amaya-Jackson et al., 2018; Brown et al., 2020; Dawson et al., 2018; Farina et al., 2018; Goldbeck et al., 2016; Guerra y Barrera, 2017; Hasan et al., 2020; Meiser-Stedman et al., 2017; Sachser et al., 2017; Tutus et al., 2017; Woollett et al., 2020); el asesoramiento escolar a los menores (El-Khodary y Samara, 2019); terapias asistidas con animales combinándolas con terapia cognitivo conductual (Allen et al., 2021); terapias farmacológicas con antidepresivos (Boaden et al., 2020); terapias en las que se incluye en el proceso terapéutico al menor y al menos a un familiar (Arruabarrena et al., 2019; Valentino et al., 2019; Yasinski et al., 2016); o tratamientos de tipo corporal (Porges, 2018), también denominados tratamientos de abajo-arriba (van Der Kolk, 2017), los cuales incluyen técnicas de yoga, meditación, relajación, mindfulness o conciencia corporal (Classen et al., 2021; Culver et al., 2015; Fortuna et al., 2018).

Sin embargo, en los últimos años están adquiriendo gran popularidad los tratamientos administrados en formato online para niños y adolescentes, ya que permiten ampliar el alcance de las intervenciones en salud mental con poco esfuerzo, favorecen una mejor adaptación de las terapias a la vida diaria de los adolescentes, son económicamente rentables y preservan el anonimato de los usuarios (Sander et al., 2016).

## **CAPÍTULO 2**

# **Programas de Tratamiento Online**

En el capítulo anterior se ha podido observar que los factores de riesgo en los menores son una potencial amenaza para su bienestar emocional y salud mental, lo cual tiene repercusión en el deterioro funcional y en la posibilidad de desarrollar psicopatologías de tipo internalizante o externalizante.

Existen numerosos tratamientos en modalidad presencial en los que se intenta buscar la forma más eficaz de atender a los adolescentes con problemas. Sin embargo, la modalidad presencial no es la única tipología de tratamiento que está disponible actualmente.

En el capítulo actual se expondrán los resultados de las investigaciones de revisión sistemática y metaanálisis más relevantes sobre los programas de tratamiento online para reducir los problemas internalizantes y externalizantes en población clínica y sub-clínica infanto-juvenil. También se detallarán las características de los tratamientos online más significativos para cada tipo de trastorno, se analizarán brevemente de los tratamientos online de tipo preventivo y de teleterapia psicológica, y finalmente, se presentarán los tratamientos online más característicos en España.

## 2.1. Programas de Tratamiento Online

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), y concretamente internet, son un medio práctico y prometedor para ofrecer intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, que sean accesibles, disponibles y eficaces para prevenir y tratar problemas emocionales (Andrews et al., 2010; Heber et al., 2017; Loucas et al., 2014), con grandes ventajas sobre la terapia convencional (Sandín et al., 2020). Estas ventajas tienen que ver con la flexibilidad de los pacientes para adaptar la terapia a su vida diaria; ritmo y actividad laboral; el anonimato que suponen las intervenciones basadas en la web puede ser un incentivo para aquellas personas que se sientan estigmatizados por acudir a terapia; y la rentabilidad económica al reducir costes de personal e infraestructura (Sander et al., 2016). Los enfoques basados en Internet podrían ayudar a llegar a los grupos objetivo que, de lo contrario, no pueden recibir tratamiento convencional (Andersson y Cuijpers, 2009).

Los problemas de salud mental, además de su alta comorbilidad, también suponen una elevada carga financiera para el sistema de salud. Tomando como ejemplo la depresión a lo largo del ciclo vital, el coste anual bruto medio para el sistema de salud sería de 706€ para los pacientes que remiten en su depresión y 1108€ para pacientes que no remiten en su depresión (Sicras-Mainar et al., 2010). En este sentido, se hacen necesarios protocolos de actuación eficaces y eficientes para tratar los problemas de salud mental, y las TICs juegan un papel esencial para poder desarrollar e implementar protocolos de terapias psicológicas eficientes basadas en la web.

Algunos meta-análisis que analizan protocolos de tratamiento aplicados por páginas online, observan que éstos son eficaces en una amplia gama de trastornos de salud mental (Andrews et al., 2010), en la prevención de trastornos de salud mental (Heber et al., 2017) y, además, se han mostrado eficaces y aceptables en población infanto-juvenil (Ebert et al., 2015; Loucas et al., 2014).

Existen numerosos estudios que apoyan la efectividad y eficacia de estos protocolos de tratamiento online basados en la web para la prevención y tratamiento de problemas emocionales y conductuales en población infanto-

juvenil (Gladstone et al., 2018; Manicavasagar et al., 2014; March et al., 2018; Perry et al., 2017; Van Der Zanden et al., 2012).

En términos generales, los programas de tratamiento online basados en la web tienen tres componentes principales (Wozney et al., 2017):

- Contenido terapéutico en la web.
- Interacción entre el usuario, su ordenador y el material de tratamiento contenido en la página web.
- Características tecnológicas integradas en el programa (como programas multimedia y componentes de tratamiento interactivos).

Según la Red Canadiense para los Tratamientos del Estado de Ánimo y la Ansiedad, en lo que respecta a los tratamientos de intervención basados en la web, reconoce que los programas de terapia cognitivo-conductual asistida por ordenador, son tratamientos adecuados de segunda línea en los casos en que los tratamientos de primera línea no estén indicados, no puedan utilizarse, o cuando no hayan funcionado (Renton et al., 2014).

Al igual que sucede con el desarrollo de cualquier tratamiento en salud mental, los programas de tratamiento online basados en la web, también se distinguen según su ámbito preventivo o de promoción de la salud. En este sentido, podemos encontrar programas de tratamiento online centrados en la prevención primaria (Calear et al., 2009; O’Kearney et al., 2006), en la prevención secundaria (Kauer et al., 2012; Reid et al., 2011), en la prevención terciaria (Carrasco, 2016; Cox et al., 2010) y en la promoción de la salud y el bienestar (Burckhardt et al., 2015; Manicavasagar et al., 2014).

De acuerdo con Vignolo, et al. (2011), podemos definir la promoción de salud y los tres niveles de prevención como:

- Prevención primaria: identificar los factores de riesgo y orientar los objetivos de la intervención a advertir sobre los trastornos.

- Prevención secundaria: Intervención en los problemas de salud mental de forma más o menos inmediata una vez hayan aparecido.
- Prevención terciaria: Intervención en problemas de salud mental una vez se han cronificado.
- Promoción: proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

A continuación, pasaremos a definir los principales programas de tratamiento online basados en la web para menores de población clínica (con algún trastorno diagnosticado) o sub-clínica (que no cumple los criterios de un trastorno, pero presenta sintomatología clínicamente significativa), que padezcan problemas psicológicos primarios, tanto internalizantes, como externalizantes, como TEPT.

## **2.2. Programas de tratamiento online para trastornos internalizantes**

### *2.2.1. Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas*

Los programas de tratamiento online diseñados para abordar los problemas internalizantes han sido ampliamente estudiados. Algunos meta-análisis dirigidos a valorar la eficacia de las intervenciones online para la ideación suicida en menores, encontraron que estas intervenciones se asociaron con reducciones significativas de la ideación suicida en comparación con las condiciones de control, con una heterogeneidad nula ( $I^2 = 0\%$ ) (Buscher et al., 2020).

Otros trabajos, pretendiendo estudiar las características tecnológicas y de entrega de los programas cognitivo-conductuales y de terapia interpersonal basada en Internet, para la depresión adolescente, y analizar su relación potencial con los resultados del tratamiento; observaron que cuando se



incorporan al tratamiento para los adolescentes elementos de la terapia cognitivo-conductual basada en la depresión, los resultados relacionados con la misma mejoran. Además, detectaron que los programas que incluían los componentes de: (1) credibilidad superficial del programa de tratamiento (aspecto y sensación competentes); (2) apoyo de diálogo (programa en línea y apoyo en persona); (3) agrado y similitud (estética y contenido atractivo para los usuarios adolescentes); (4) reducción y guía del contenido terapéutico (reducción del contenido en línea en tareas simples, guiando a los usuarios) y el uso de autocontrol; fueron los programas de tratamiento online que generaron más compromiso terapéutico, la satisfacción, adherencia y disminución de los síntomas y del deterioro funcional (Wozney et al., 2017).

Algunos estudios realizados en población joven y adulta, vienen a confirmar que a mayor edad, mejor respuesta terapéutica al tratamiento, por ejemplo, Karyotaki et al. (2018) hallaron que la remisión de la depresión en pacientes adultos, con una edad media de 42.4 años, mediante programas de tratamientos online fue superior en el grupo de tratamiento ( $OR = 2.49$ ; IC del 95%: 2.17- 2.85) que en el grupo control ( $OR = 2.41$ ; IC del 95%: 2.07- 2.79). Además, constataron como variables moderadoras de la eficacia del tratamiento, que los participantes tuvieran mayor edad ( $OR = 1.01$ ) y nacidos en el país donde se desarrolla el estudio ( $OR = 1.66$ ), tenía más probabilidades de responder al tratamiento en comparación con los participantes más jóvenes y de minorías étnicas. La edad ( $OR = 1.01$ ) y el origen étnico ( $OR = 1.73$ ) moderaron los efectos del tratamiento sobre la remisión. Además, los adultos con síntomas depresivos más graves al inicio del tratamiento tuvieron más probabilidades de remitir después de recibir el tratamiento basado en Internet ( $OR = 1.19$ ).

Otros meta-análisis que analizaron la eficacia de las terapias online para la ansiedad y la depresión en adolescentes, observaron que el uso de la tecnología de la información y comunicación es beneficioso para los adolescentes con depresión y ansiedad, pero solo cuando estos efectos se dan a corto plazo sobre el bienestar mental de los adolescentes, ya que los efectos a largo plazo siguen siendo cuestionables debido al limitado número de estudios revisados, puesto que de  $k = 22$  estudios localizados en esta revisión,

únicamente  $k = 3$  tuvieron un seguimiento de 6 meses de los efectos del tratamiento (Valimaki et al., 2017).

Uno de los mayores problemas con los que se han encontrado los autores a la hora de realizar meta-análisis sobre el tema ha sido poder hallar estudios de calidad para incluir en sus análisis. En este sentido, Ye et al. (2014) realizaron un meta-análisis para valorar la eficacia de las intervenciones online en niños y adolescentes que tratasen la ansiedad o la depresión, y observaron que las intervenciones basadas en Internet redujeron la gravedad de los síntomas de ansiedad ( $d = -0.52$  [-0.90, -0.14]) y aumentaron la tasa de remisión ( $d = 3.63$  [1.59, 8.27]). Sin embargo, el efecto en la reducción de la gravedad de los síntomas de la depresión no fue estadísticamente significativo, según los autores, debido al escaso número de artículos de buena calidad que fueron capaces de localizar.

En términos generales, algunos autores (Buttazzoni et al., 2021) apuntan que la depresión y la ansiedad son los síntomas más comúnmente tratados en los programas de tratamiento online, y los resultados del meta-análisis mostraron efectos pequeños pero significativos ( $k = 12$ ;  $n = 1370$ ;  $g = 0,20$ ; IC del 95%: 0.02-0.38) para las intervenciones en la reducción de los síntomas de los trastornos internalizantes.

Otros trabajos (Rooksby et al., 2015) que investigaron la eficacia de los programas de tratamiento online para la ansiedad infantil, encontraron que los programas de terapia cognitivo-conductual, con elementos computarizados fueron muy bien recibidos por los niños y sus familias, y su eficacia fue casi tan favorable como la terapia basada en la clínica. Sin embargo, la mezcla de niños y adolescentes incluidos en los estudios, la diversidad de programas y la falta de consistencia entre los diseños de los mismos dificultó la identificación de los elementos clave de estos programas o la obtención de conclusiones sobre la eficacia del tratamiento.

En general, la mayoría de las revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis realizados en la última década sobre los tratamientos basados en la web para tratar problemas de tipo internalizante (Arnberg et al., 2014; Fleming et al.,

2014; Renton et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Rice et al., 2014; Santilhano, 2019; Stasiak et al., 2016), coinciden en que:

- Existe un conjunto creciente de pruebas que apoyan el uso de ordenadores e internet en la realización de intervenciones para la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes.
- Las intervenciones online con un enfoque cognitivo-conductual y componentes de tratamiento interactivos con el usuario son prometedores para reducir la sintomatología de la depresión en población infanto-juvenil.
- Aunque se requiere más investigación en algunos aspectos, como acerca de la eficacia de las intervenciones en línea que ofrecen subcomponentes de otros tipos de terapias o el seguimiento a largo plazo, se han mostrado eficaces.

Para la presente tesis doctoral se revisó sistemáticamente la literatura sobre los programas de tratamiento psicológico online siguiendo el formato de presentación y directrices propuestos por la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Se buscó responder a la pregunta de: “¿Cuál es la efectividad general de los programas de tratamiento online, en comparación con otros programas de tratamiento, para los trastornos internalizantes en población clínica y subclínica de menores en edad infanto-juvenil (6-18 años)?”. Se siguieron diferentes estrategias para localizar artículos científicos y se hallaron un total de  $N = 6184$  artículos científicos, de los cuales, tras los diferentes pasos en el proceso de cribado, se seleccionaron un total de  $n = 34$  estudios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Con el fin de examinar las variables potenciales que pudiesen influir en los resultados de eficacia de los tratamientos online, se extrajeron y codificaron diferentes variables de los estudios seleccionados, relativas a aspectos generales de la muestra, perfil sociodemográfico y perfil clínico de la misma, así como aspectos del tratamiento estudiado. Además, la calidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión se valoró mediante una adaptación de la escala PEDro (Verhagen et al., 1998), la cual evalúa la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorios para la realización de revisiones sistemáticas.

Se realizaron metaanálisis de redes (NMA) por separado, uno para los resultados de depresión y otro para los de ansiedad. Dichos análisis permiten incorporar información procedente de comparaciones directas e indirectas, a partir de una red de estudios que examina los efectos de diversos tratamientos de una forma más completa que el metaanálisis tradicional (Catalá-López et al., 2014). Para explicar la heterogeneidad, se aplicaron modelos de metarregresión de efectos mixtos, tomando los tamaños del efecto como variable dependiente y las características extraídas de los estudios como predictores potenciales, como las características sociodemográficas y clínicas de las muestras de participantes y las técnicas específicas implementadas en los tratamientos cognitivo-conductuales (p. ej., psicoeducación, regulación de emociones, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, activación conductual, relajación, exposición gradual).

Los resultados encontraron pruebas suficientes para afirmar que las intervenciones online para reducir la depresión son eficaces en población infanto-juvenil al comparlas con grupos controles activos e inactivos, con tamaños del efecto moderados. Sin embargo, no se hallaron pruebas suficientes para afirmar que estas intervenciones tuvieran un efecto más beneficioso en la depresión cuando se compararon con otro tipo de intervenciones como el "Entrenamiento en modificación de sesgo atencional", "Terapia híbrida", "Teoría social-cognitiva" o "Terapia cara a cara"; aunque estos resultados podrían estar mediados por el bajo número de trabajos que compararon las intervenciones online con este tipo de tratamientos.

Se obtuvieron resultados similares para la variable ansiedad, observándose un efecto más beneficioso cuando las intervenciones online se compararon con grupos controles activos o inactivos, pero no se hallaron pruebas suficientes para afirmar la superioridad de estas intervenciones frente a otras intervenciones como el "Entrenamiento en modificación del sesgo atencional" o "Terapia cara a cara". Se encontró heterogeneidad residual en los resultados, pero no se localizaron moderadores estadísticamente significativos de los tamaños del efecto para la depresión. Sin embargo, para la ansiedad, el componente de reestructuración cognitiva si se mostró como un moderador significativo de los tamaños del efecto.

La mayoría de los programas contenían un componente de psicoeducación y otro de reconocimiento de emociones, por lo que proporcionar información en línea basada en elementos interactivos, como juegos o ejercicios prácticos, sobre los síntomas, las causas y los mecanismos de la ansiedad y la depresión puede ayudar a los niños y adolescentes a comprender sus experiencias emocionales y cognitivas. Además, enseñar estrategias eficaces para controlar los síntomas de ansiedad y depresión, como las técnicas de reestructuración cognitiva, puede ser fundamental para mejorar el bienestar emocional de los niños y adolescentes.

Se concluye que estos tratamientos son una opción muy recomendable, especialmente cuando los niños y adolescentes no pueden recibir tratamiento convencional por diferentes motivos. No obstante, son necesarios más estudios que aporten evidencias sobre la eficacia los tratamientos online frente a otro tipo de intervenciones, como la terapia presencial, ya que el escaso número de investigaciones que comparan estas intervenciones no es suficiente para establecer conclusiones sólidas.

Dicho estudio se ha publicado con la siguiente referencia: López-Soler, C., Vicente-Escudero, J. L., López-López, J. A., Alcántara, M., Martínez, A., Castro, M., Fernández, V., y Sánchez-Meca, J. (2024). Effectiveness of Internet-Delivered Psychological Treatments for Children and Adolescents with Anxiety and/or Depressive Disorders: Systematic Review and Network Meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(3), 100487. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100487>

### 2.2.2. *Algunos programas de intervención relevantes*

A continuación, se expondrán los programas más notables, sobre los que se ha investigado en la última década, diseñados para tratar problemas internalizantes en menores que presentan problemas clínicos de ansiedad/depresión o sintomatología sub-clínica. Es decir, los programas que se expondrán a continuación tendrán en común que son programas de tipo interventivo sobre población que ya padece un trastorno de ansiedad o del estado del ánimo, o que está en riesgo de padecerlo.

Entre los programas más relevantes encontramos, en primer lugar, los diseñados para tratar trastornos o problemas relacionados con la depresión o síntomas depresivos:

Programa **CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive-Behavioral and Interpersonal Training)**, desarrollado por Van Voorhees et al. (2005), el cual es una intervención online, que consta de 20 módulos (15 para adolescentes y 5 para padres), centrado en prevención primaria de la depresión (véase Figura 2.2.2-A).

14 módulos de este programa fueron diseñados para ayudar a los adolescentes a desarrollar estrategias de afrontamiento, con el fin de disminuir los síntomas relacionados con la depresión y prevenir los episodios depresivos. Además, se compone de un módulo adicional para tratar los síntomas de ansiedad (Gladstone et al., 2020).

Es un programa de tratamiento con un enfoque cognitivo-conductual que ha demostrado su eficacia en la prevención de episodios depresivos entre los adolescentes que reportan síntomas elevados e incluye estrategias de activación conductual, así como técnicas de psicoterapia interpersonal. También se dispone de la opción de que el personal encargado del mantenimiento y aplicación del programa realice con los usuarios llamadas de entrenamiento en el manejo del mismo o entrevistas motivacionales (Gladstone et al., 2018).

Se ha estudiado la viabilidad económica de este programa y se ha encontrado que el desarrollo completo se elevó a 138.683,03 dólares. Del total,

el 54% se destinó al desarrollo del contenido y el 35% a los costes de seguridad del programa. A modo de comparación, el coste de una intervención grupal de terapia cognitivo-conductual de 15 sesiones dirigida a adolescentes en riesgo de depresión es de 1.632 dólares por paciente. Sin embargo, el programa CATCH-IT tiene un coste por paciente de 27.74 dólares, por lo que el desarrollo de programas de tratamiento online para tratar problemas concretos es económicamente viable (Ruby et al., 2013).

Cada módulo está diseñado para ser completado en aproximadamente 15-20 minutos, administrados con una frecuencia semanal y el contenido de los módulos es el siguiente (Gladstone et al., 2015):

- **Módulo 1:** Se introduce el concepto de CATCH-IT e incita a los adolescentes a pensar en los objetivos que quieren conseguir y en cómo el uso del programa puede ayudarles a alcanzarlos. Se proporciona información sobre la estructura de los módulos siguientes, sobre las herramientas especiales del programa para hacer un seguimiento del estado de ánimo, gestionar los sentimientos intensos y resolver los problemas que interfieren en la realización del programa.
- **Módulo 2:** Se presenta el concepto de activación conductual y se les enseña las posibles causas de un estado de ánimo negativo.
- **Módulo 3:** Analiza cómo los hábitos desadaptativos de evitación y postergación pueden prolongar los sentimientos de tristeza y estrés, lo que puede crear un ciclo de mayor evitación y el consiguiente mal humor.
- **Módulo 4:** Se enseña a los adolescentes a elegir conductas de afrontamiento alternativas, como dividir una tarea en pequeñas partes o premiarse a sí mismos.
- **Módulo 5:** Introducción a la teoría de la terapia cognitivo-conductual.
- **Módulo 6:** Instrucción en el esquema Estímulo-Pensamiento-Respuesta-Consecuencia. Se anima a los participantes adolescentes a cuestionar las creencias negativas sobre un acontecimiento activador con pensamientos contrarios que sean más positivos.

- **Módulo 7:** Comienza con un componente de motivación que anima a los participantes a revisar lo que han avanzado en el programa y a recompensarse por sus progresos.
- **Módulo 8:** Ofrece consejos para reducir la baja tolerancia a la frustración, evitar a las personas negativas, detener los pensamientos negativos, cambiar las situaciones difíciles y modificar la respuesta emocional a las situaciones estresantes.
- **Módulo 9:** Se analiza la importancia de las relaciones y el papel de la terapia interpersonal en la mejora de las habilidades sociales y la disminución de los sentimientos negativos asociados a los problemas sociales.
- **Módulo 10:** Analiza los diferentes estilos de comunicación, ofrece un cuestionario para identificar el estilo de comunicación del adolescente y proporciona información sobre cómo pueden reaccionar los demás.
- **Módulo 11:** Se analiza cómo las diferentes expectativas y la mala comunicación pueden causar conflictos. Se anima a los participantes a llevar un diario de las relaciones para observar las pautas de sus interacciones.
- **Módulo 12:** Describe cómo las relaciones pueden cambiar debido a los cambios de la vida, y cómo los cambios de la vida crean una oportunidad para asumir nuevos roles.
- **Módulo 13:** Enseña cuatro habilidades de resiliencia.
- **Módulo 14:** Este módulo describe la depresión clínica, cómo detener el proceso de desarrollo de la depresión e información sobre la identificación y el tratamiento del trastorno depresivo mayor.
- **Módulo 15:** Módulo opcional que enseña psicoeducación sobre la ansiedad y el entrenamiento en técnicas específicas de relajación muscular, visualización y respiración profunda.



Los módulos elaborados para los padres, se basan en desarrollar la conciencia y las habilidades necesarias para ayudar a crear resiliencia en sus hijos y para reducir los factores de riesgo asociados a la depresión adolescente, se componen de 4 módulos y 1 módulo opcional (Gladstone et al., 2015):

- **Módulo 1:** Describe los objetivos de CATCH-IT y los conceptos de la terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal.
- **Módulo 2:** Describe los síntomas de la depresión, las causas y los métodos de tratamiento.
- **Módulo 3:** Se enseña cómo reconocer la depresión en niños y adolescentes, invita a los padres a reflexionar sobre el funcionamiento actual de su hijo.
- **Módulo 4:** Describe las características de la resiliencia en los adolescentes y las estrategias para promover la resiliencia en el adolescente y la familia.
- **Módulo 5:** Opcional, se discute qué hacer si un padre cree que está deprimido, y se analiza cómo la depresión de los padres está asociada con el riesgo de depresión en los hijos.

Numerosos estudios de investigación han comprobado la eficacia de este programa de tratamiento para la reducción de la depresión y de la ansiedad con unos resultados estadísticamente significativos (Gladstone et al., 2014, 2018, 2020; Hernández, 2020; Hoek et al., 2011; Kruger et al., 2017; Richards et al., 2016; Saulsberry et al., 2013; Spear, 2020; Van Voorhees et al., 2020). Otros estudios han encontrado que cuanto mayor es la implicación del terapeuta en el proceso de cumplimentación del programa por parte del paciente, mayor es la adherencia al programa, compromiso con los objetivos, completan más sesiones, los pacientes pasan más tiempo en la web y tienen más confianza con su terapeuta (Van Voorhees et al., 2009).

Además, este programa, desarrollado originalmente en lengua inglesa, ha sido adaptado al idioma y la cultura china para adolescentes chinos en riesgo de depresión. El programa ha sido denominado “Grasping the Opportunity” y esta

intervención se mostró eficaz para reducir los síntomas depresivos en los adolescentes durante un largo período de seguimiento, aunque la tasa de finalización de los participantes fue baja (Ip et al., 2016).

El programa **Master Your Mood (MYM)**, consiste en una intervención online para la depresión basado en una adaptación del programa presencial “Coping with Depression”, desarrollado por el Instituto Holandés de Salud Mental y Adicciones. La adaptación del programa presencial al programa online para menores fue realizada por Gerrits et al.(2007).

Sigue una forma estructurada de terapia cognitivo-conductual para tratar la depresión en adolescentes, siendo su eje principal la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos. A los participantes se les anima a detectar sus propios pensamientos automáticos, para, posteriormente, enseñarles a transformar esos pensamientos en otros más productivos, realistas y útiles; fomentando también la realización de actividades de la vida diaria agradables, y para ayudarles a comprender la relación entre la realización de actividades agradables y el estado de ánimo (Van Der Zanden et al., 2012).

El programa consta de seis módulos de 90 minutos cada uno, administrados de forma semanal; de ejercicios para casa y de una sala de chat donde los usuarios pueden preguntar dudas a las personas encargadas del mantenimiento y administración del programa. Los módulos son los siguientes (Van der Zanden et al., 2014):

- **Módulo 1:** Se ayuda a los adolescentes a comprender la relación entre sentimientos, pensamientos y acciones.
- **Módulo 2:** Se ayuda a los adolescentes a tomar conciencia de cómo influyen las actividades diarias en el estado de ánimo para que empiecen a ser más activos.
- **Módulo 3:** Se ayuda a los adolescentes a tomar conciencia de los pensamientos negativos y cómo estos afectan al estado de ánimo y a la autoestima.

- **Módulo 4:** Se enseña a los adolescentes cómo cambiar esos pensamientos negativos por otros más realistas y funcionales.
- **Módulo 5:** Combina la nueva forma de pensar con ser más activo, y se potencia que presten más atención a las cualidades positivas personales y ajenas.
- **Módulo 6:** Aprenden sobre las señales personales de la depresión, para que sepan cómo afrontar esa amenaza. Se les enseña a elaborar planes personales de futuro que incluyan deseos sobre los estudios, el trabajo, las relaciones, y formas de alcanzar esos objetivos.

Algunas investigaciones han mostrado reducciones estadísticamente significativas en los síntomas de depresión, cuando se comparaba un grupo de tratamiento con un grupo control con tamaños del efecto elevados ( $d = 0.94$ ; IC del 95%: 0.64-1.23) (Van Der Zanden et al., 2012; Van der Zanden et al., 2014).

El programa **Stressbusters**, con un enfoque cognitivo conductual, fue desarrollado por Abeles et al. (2009), específicamente para tratar a adolescentes con depresión leve o moderada, basándose en un protocolo presencial.

Es una intervención diseñada para reducir los síntomas depresivos y mejorar el afrontamiento y el funcionamiento de los niños. La intervención combina la terapia cognitivo-conductual en grupo con la educación familiar. El programa está compuesto por 8 módulos de 45 minutos cada uno, con periodicidad semanal, donde los componentes de la intervención se imparten individualmente por ordenador, mediante medios multimedia, seguros e interactivos. Los componentes del tratamiento incluyen: psicoeducación sobre la depresión y su tratamiento; activación conductual; identificación y cambio de los pensamientos automáticos negativos; mejorar la resolución de problemas; la mejora de las habilidades sociales y la prevención de recaídas (Abeles et al., 2009).

Los niños, durante las sesiones grupales del tratamiento, guiadas por el terapeuta, elaboran un vídeo que se les muestra a los padres durante la última sesión de educación familiar. Al hacer el vídeo, los niños practican las

habilidades introducidas durante cada sesión de terapia cognitivo-conductual. La intervención concluye con la "noche familiar". Esta sesión está diseñada para promover la generalización de las habilidades a contextos clave (como el hogar, escuela o comunidad), animar a los padres a apoyar el aprendizaje logrado a través de las sesiones de grupo, y fomentar actitudes positivas hacia las habilidades practicadas en la intervención (Asarnow et al., 2010).

Algunos estudios han hallado mejoras clínicamente significativas en los síntomas de depresión y ansiedad según informaron los propios adolescentes, con una tendencia a mejorar en depresión y ansiedad según comunicaron los padres. Observaron que las mejoras se mantienen durante el tiempo de seguimiento. Mostraron que los beneficios del tratamiento son similares para los chicos y las chicas en todo el rango de edades. Tras la intervención, los profesores consideraron que los adolescentes redujeron sus problemas emocionales y de conducta (Smith et al., 2015; Wright et al., 2017).

El programa **Think, Feel, Do** para el tratamiento de la depresión en adolescentes fue una adaptación del programa de terapia cognitivo-conductual desarrollado por Stallard (2004).

El programa es facilitado por un profesional de la psicología con el que se discute y elabora su contenido. Proporciona apoyo y aclara los malentendidos con el programa de tratamiento, ayudando al menor a reflexionar sobre los contenidos de la intervención.

Es un programa interactivo y multimedia, con sonidos, fotos, animaciones y música, que emplea narradores para guiar al menor a través de los módulos y utiliza las tareas para casa para promover la adquisición de competencias.

Cada módulo dura aproximadamente 30-45 minutos, que realizan con periodicidad semanal y consta de 6 módulos (Stallard et al., 2011):

- **Módulo 1:** Psicoeducación y relación entre Estímulos-Pensamientos-Respuestas.
- **Módulo 2:** Reconocimiento emocional mediante la identificación de señales corporales.

- **Módulo 3:** Identificación de pensamientos positivos y negativos y comprensión de las diferentes formas de pensar.
- **Módulo 4:** Identificar las trampas del pensamiento, como los sesgos cognitivos y aprender a cambiarlos por pensamientos positivos.
- **Módulo 5:** Control de las emociones mediante diferentes técnicas, como la relajación, juegos mentales, etc.
- **Módulo 6:** Conocer los diferentes enfoques de resolución de problemas.

Algunos estudios observaron reducciones significativas de los síntomas de ansiedad y depresión tras la aplicación de este protocolo online (Stallard et al., 2011).

El programa **SPARX (Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts)**, diseñado por Merry et al. (2012), es un videojuego interactivo de fantasía, que ofrece terapia cognitivo-conductual a adolescentes con depresión clínicamente significativa. El menor elige un avatar y emprende una serie de retos y aventuras para restablecer el equilibrio en un mundo dominado por los Pensamientos Automáticos Negativos Globales (GANT). En su aventura, el jugador debe realizar diferentes acciones, desde ayudar a los personajes a resolver problemas, hasta disparar pensamientos negativos, con un alto nivel de interacción dentro del juego (véase Figura 2.2.2-B).

El juego consta de 7 módulos, cada uno de ellos de aproximadamente 30 minutos de duración, relacionados con la psicoeducación, habilidades de relajación, resolución de problemas, programación de actividades, cambio de pensamientos negativos y habilidades sociales (Fleming et al., 2012).

Al principio y final de cada módulo, el jugador interactúa con un personaje no jugador (NPC) que contextualiza el juego, educa sobre la depresión, evalúa el estado de ánimo del jugador y establece los retos a realizar en la vida real para generalizar el aprendizaje adquirido. Los módulos de tratamiento del juego son los siguientes (Merry et al., 2012):

- **Módulo 1:** Psicoeducación sobre la depresión e introducción a la terapia cognitivo-conductual.
- **Módulo 2:** Activación conductual, relajación muscular progresiva y habilidades básicas de comunicación interpersonal.
- **Módulo 3:** Afrontamiento de emociones de ira y dolor y habilidades interpersonales como asertividad, escucha activa y negociación.
- **Módulo 4:** Resolución de problemas mediante una serie de pasos prefijados e identificación de pensamientos positivos.
- **Módulos 5 y 6:** Reestructuración cognitiva e identificación de pensamientos negativos.
- **Módulo 7:** Síntesis de lo visto durante el programa, mindfulness y prevención de recaídas.

La mayoría de los usuarios del juego lo catalogan como fácil de usar, con buen aspecto, lo identifican como un programa con sentido y utilidad clara, divertido y relevante para tratar la depresión (Kuosmanen et al., 2018).

Algunos estudios concluyen que SPARX es una alternativa potencial a la atención habitual para los adolescentes que presentan síntomas depresivos en los entornos de atención primaria, encontrando reducciones significativas en la depresión entre SPARX y grupo control, pero no así entre SPARX y tratamiento habitual o entre SPARX y otros tratamientos online (Fleming et al., 2012; Merry et al., 2012; Poppelaars et al., 2016). Además, se necesitan más estudios de seguimiento de los resultados de este programa online, ya que pocos de ellos han llevado a cabo seguimiento de los efectos del programa, y los que se han realizado, no han sido significativos (Perry et al., 2017).

Los programas descritos hasta aquí no agotan todo el amplio catálogo de programas de tratamiento online para intervenir sobre población infanto-juvenil en riesgo de depresión. Existen más tratamientos como la terapia psicodinámica basada en internet centrada en el afecto (Lindqvist et al., 2020); programas basados en la teoría social-cognitiva (Moeini et al., 2019); intervenciones de

salud mental centradas en la espiritualidad (Rickhi et al., 2015); o intervenciones centradas en la prevención del suicidio en jóvenes deprimidos (Hetrick et al., 2017).

Por otra parte, se han desarrollado diversos programas de intervención online para abordar los problemas relacionados con la ansiedad, como se expone seguidamente.

El programa **BRAVE-Online**, desarrollado por Spence et al. (2008) es un programa de tratamiento cognitivo-conductual en línea, autocompletado y apoyado mínimamente por un terapeuta para los trastornos de ansiedad de los adolescentes en un entorno de atención clínica habitual (véase Figura 2.2.2-C).

La intervención consta de 10 módulos de 60 minutos cada uno, con periodicidad semanal para los adolescentes; y 6 sesiones de 60 minutos con periodicidad semanal para los padres. Se mandan tareas para casa, tanto para los padres como para los hijos. El programa incorpora ventanas emergentes con ayuda para navegar por la página, así como componentes atractivos e interactivos.

Los módulos incluyen ejercicios relacionados con el reconocimiento de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, estrategias de relajación (relajación muscular progresiva, imaginación guiada y respiración profunda), estrategias cognitivas de autoobservación y reestructuración cognitiva, exposición gradual, técnicas de resolución de problemas y refuerzo del comportamiento "valiente". Por otro lado, las sesiones con los padres se centran en la psicoeducación sobre la ansiedad, el manejo de contingencias, entrenamiento en relajación, información sobre reestructuración cognitiva, exposición gradual y resolución de problemas. Los padres ayudan a sus hijos a adquirir y utilizar las habilidades específicas del programa, así como en situaciones en las que se sientan ansiosos. Antes de comenzar cada módulo, los participantes reciben un correo electrónico a modo de recordatorio para que completen la sesión (March et al., 2009).

Diversos estudios han informado de que este programa de tratamiento online genera una fuerte alianza terapeuta-paciente (adolescentes y padres) tal

como lo haría la terapia presencial, gracias al contacto mínimo que mantienen terapeuta y paciente. Así mismo, se observaron mejoras significativas en la ansiedad de los menores cuando se compara el programa de tratamiento con un grupo de lista de espera; donde, entre el 54.6%- 78% de los participantes, dejó de cumplir los criterios diagnósticos para algún trastorno de ansiedad. El programa online fue equivalente en eficacia cuando se comparó con el mismo programa administrado de forma presencial, con tamaños del efecto elevados (Anderson et al., 2012; Donovan et al., 2017; March et al., 2018; Silfvernagel et al., 2015; Spence et al., 2006, 2011; Stasiak et al., 2018).

El programa BRAVE-Online fue modificado y adaptado por Spence et al. (2017) para el tratamiento específico de la ansiedad social en menores, denominado ahora **BRAVE-S**.

Esta versión del programa es exactamente igual que el programa Brave-Online en cantidad, duración y periodicidad de los módulos; similar en el grado de implicación con respecto de los padres y los hijos; y análoga en cuanto a los componentes interactivos, multimedia y de supervisión por parte de un terapeuta. La única diferencia consiste en que, los módulos, en vez de centrarse en aspectos generales y transversales de la ansiedad, lo hacen específicamente en la ansiedad social. Actualmente se concretan en: (1) focalizarse en los propios síntomas del niño, pensamientos (antes/durante/después de una tarea social), estrategias atencionales y conductas de evitación relacionadas a la ansiedad social; (2) ilustrar los efectos desadaptativos de la atención focalizada en uno mismo, con ejercicios prácticos para reducir la atención focalizada en uno mismo y aumentar la atención externa a la tarea social; y (3) emplea tareas de exposición que enfatizan la atención centrada en el exterior, reduciendo la atención focalizada en sí mismo y el uso de habilidades sociales, además de retos cognitivos y empleo de habilidades de afrontamiento.

Este programa fue efectivo para reducir la ansiedad social, la intolerancia a la incertidumbre, las preocupaciones, la evitación de situaciones sociales y para aumentar las habilidades de resolución de problemas (Hearn et al., 2018). Al comparar el programa BRAVE-Online con el programa BRAVE-S en una muestra de adolescentes diagnosticados de trastorno de ansiedad social, se



observó que el programa desarrollado específicamente para la ansiedad social conseguía aumentar en mayor medida las habilidades sociales de los adolescentes y su funcionamiento adaptativo general (Spence et al., 2017).

El programa **ChilledOut Online** fue desarrollado por Lyneham et al. (2014) en la Unidad de Salud Emocional de la Universidad de Macquaire, Australia.

Es un programa de terapia cognitivo-conductual para adolescentes con ansiedad elevada. Consta de 8 módulos en línea de aproximadamente 30 minutos cada módulo, con actividades a realizar y dando prioridad a la psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición gradual, fijación de objetivos, pensamiento realista, resolución de problemas y la asertividad; mediante un formato multimedia, interactivo, con animación y vídeos. Los adolescentes tienen acceso a todos los módulos desde el principio, pero es recomendable que los realicen en el orden secuencial en el que están diseñados. Tienen la posibilidad de recibir una llamada de su terapeuta de aproximadamente 20 minutos a la semana durante el período en el que están realizando el programa de tratamiento. Consta de los siguientes módulos (Stjerneklar et al., 2018):

- **Módulo 1:** Introducción al programa y psicoeducación sobre la ansiedad.
- **Módulo 2:** Aprender a fijar objetivos mediante recompensas y medir los sentimientos en una escala de preocupación.
- **Módulo 3:** Aprender a identificar pensamientos negativos y desafiarlos.
- **Módulo 4:** Identificar miedos y preocupaciones y comienzo de la exposición gradual mediante el termómetro del miedo.
- **Módulo 5:** Revisión de los niveles creados en el termómetro del miedo, exposición y ayuda para resolver las dificultades encontradas.
- **Módulo 6:** Simplificar el pensamiento realista mediante una lista de pensamientos útiles en el día a día.

- **Módulo 7:** Resolución de problemas mediante retroalimentación constructiva, comunicación asertiva y actividades tranquilizadoras.
- **Módulo 8:** Resumen general de lo visto hasta el final, habilidades de mantenimiento y prevención de recaídas.

La investigación ha observado que tras el tratamiento de este protocolo de intervención, el grupo de tratamiento redujo significativamente la sintomatología ansiosa y su gravedad en comparación con un grupo lista de espera, con tamaños del efecto entre moderados y altos, liberándose el 40% de los adolescentes participantes de su diagnóstico primario de ansiedad (Morgan et al., 2018; Stjerneklar et al., 2019; Wuthrich et al., 2012).

Sin embargo, los programas descritos hasta aquí no agotan todo el abanico de programas de tratamiento online para intervenir sobre población infanto-juvenil en riesgo de sufrir ansiedad. Existen más tratamientos como la terapia cognitivo-conductual online de focalización en los niveles excesivos de pensamiento (Topper et al., 2017); otros programas genéricos para la ansiedad social (Karbasi y Haratian, 2018; Tillfors et al., 2011); terapias de modificación de sesgo atencional (de Lijster et al., 2019); programas dirigidos a los padres (Vigerland et al., 2016, 2017); y otros programas que, aunque han arrojado buenos resultados preliminares en cuanto a la experiencia de los usuarios, todavía falta por investigar los resultados de eficacia de dichos tratamientos, como por ejemplo como los programas Breathe (Being Real, Easing Anxiety: Tools Helping Electronically) o YPF (Young Persons Face-IT) (Radomski et al., 2020; Williamson et al., 2019).

Figura 2.2.2-A

El programa CATCH-IT



Fuente: (Kinderman et al., 2016, p. 3).

## Figura 2.2.2-B

### El programa SPARX



Fuente: (Guest, 2015).

## Figura 2.2.2-C

### El programa Brave-Online

Child Program Examples	Teen Program Examples
<p>Age appropriate graphics, praise and encouragement</p>	<p>Use of characters to present information</p>
<p>Color, animation, cartoons and stories</p>	<p>Downloadable content</p>
<p>Interactive quizzes</p>	<p>Brave ladder tool for fear hierarchy</p>

Fuente: (Spence et al., 2019, p. 34).

### 2.2.3. Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes

A continuación, se presenta una tabla en la que aparecen los principales programas de tratamiento online para trastornos internalizantes expuestos en este apartado, qué tipo de terapia siguen, número de módulos, duración de los módulos, periodicidad de cumplimentación de los módulos, si existe la opción o no de contar con un profesional que guíe el proceso de aplicación del programa de tratamiento y a qué tipo de problemática va dirigida la intervención (véase Tabla 2.2.3).

**Tabla 2.2.3**

*Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para los trastornos internalizantes*

	<b>Modalidad de la terapia</b>	<b>Problema tratado</b>	<b>Número de módulos</b>	<b>Duración módulos</b>	<b>Entrega módulos</b>	<b>Participación profesional</b>
<b>CATCH-IT</b>	TCC y TPI	Depresión y ansiedad (opcional)	20 (15 para menores y 5 para padres)	15-20 minutos	Semanal	Mínima
<b>MasterYourMood (MYM)</b>	TCC	Depresión	6	90 minutos	Semanal	Mínima (por chat)
<b>Stressbusters</b>	TCC	Depresión	8	45 minutos	semanal	Moderada
<b>Think, feel, do</b>	TCC	Depresión	6	30-45 minutos	Semanal	Alto
<b>SPARX</b>	TCC	Depresión	7	30 minutos	Indiferente	Mínima
<b>Brave-Online</b>	TCC	Ansiedad	16 (10 para menores y 6 para padres)	60 minutos	Semanal	Mínima
<b>Brave-S</b>	TCC	Ansiedad social	16 (10 para menores y 6 para padres)	60 minutos	Semanal	Mínima
<b>ChilledOut Online</b>	TCC	Ansiedad	8	30 minutos	Indiferente	Moderada

Nota: TCC = Terapia cognitivo conductual; TPI = Psicoterapia interpersonal.

## **2.3. Programas de tratamiento online para trastornos externalizantes**

### *2.3.1. Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas*

Más escasas han sido las investigaciones meta-analíticas sobre protocolos de tratamiento online para atender problemas externalizantes únicamente. Aunque sí que existen algunas publicaciones relacionadas con los problemas de conducta de los menores y con programas de mejora de crianza para los padres.

Flujas-Contreras et al. (2019) realizaron un meta-análisis de los artículos sobre las habilidades de los padres para la prevención o el tratamiento de las preocupaciones físicas o psicológicas de los niños empleando la tecnología. Analizaron 22 estudios, de los 24 incluidos en la revisión sistemática, para conocer los efectos de la intervención según el tipo de problema, el modelo de intervención, el seguimiento, el tipo de intervención, el tipo de condición de control y el tipo de datos de resultado. Concluyeron que las terapias basadas en la tecnología para las intervenciones de crianza son útiles y con tamaños del efecto entre moderados y altos ( $d = 0.54- 3.55$ ) en los grupos de intervención en comparación con los grupos control.

Otro meta-análisis (Nieuwboer et al., 2013) sobre las intervenciones de crianza en línea, analizaron un total de  $k = 19$  estudios;  $k = 7$  programas fueron adaptaciones en línea de programas tradicionales y se analizó una muestra total de  $N = 740$  hijos y  $N = 1615$  padres. Los resultados mostraron que las intervenciones online para mejorar la crianza pueden suponer una contribución significativa para los padres y los niños, ya que se encontraron tamaños del efecto moderados y estadísticamente significativos entre los resultados de los padres ( $d = 0.67$ ) y los resultados de los hijos ( $d = 0.42$ ).

Distintos estudios más recientes (Thongseiratch et al., 2020) analizaron los efectos de los programas online para padres sobre los problemas de conducta de los niños. Analizaron también las combinaciones de los componentes del programa para producir efectos más fuertes. Incluyeron un total

de  $k = 12$  artículos con un total de  $n = 2025$  participantes. Observaron que los programas para padres online tuvieron efectos significativos sobre los problemas de conducta de los niños ( $g = -0.32$ ; IC del 95%,  $-0.47$  a  $-0.17$ ), los problemas emocionales ( $g = -0.22$ ; IC del 95%,  $-0.31$  a  $-0.13$ ) y los problemas de salud mental de los padres ( $g = -0.30$ ; IC del 95%,  $-0.42$  a  $-0.17$ ). Además, observaron que el único componente suficiente para provocar efectos más fuertes, en los programas de intervención online destinados a padres, con el objetivo de intervenir en los problemas de conducta de los hijos, fue el componente de “envío de recordatorios a los padres para trabajar en el programa”.

Una revisión sistemática con niños que presentaban problemas de conducta tras una lesión pediátrica (Camden et al., 2020) que buscaba describir las características y la efectividad de las intervenciones de rehabilitación en línea, incluyó  $k = 23$  artículos. Evaluaron resultados relacionados con el comportamiento del niño (52.2%) o con los padres (43.5%), como las habilidades parentales o el estrés. Observaron que, en general, el 56.1% de los resultados evaluados mejoraron tras la rehabilitación en línea. Además, evidenciaron que las características que más influían en que las intervenciones fuesen eficaces, se concretaron en: (1) dirigirse a los padres; (2) centrarse en un programa de ejercicios concretos; (3) utilizar un enfoque de entrenamiento; (4) centrarse en mejorar el funcionamiento conductual de los niños; (5) durar más de 8 semanas; y (6) impartirse al menos una vez a la semana.

Para la presente tesis doctoral se revisó sistemáticamente la literatura sobre los programas de tratamiento psicológico online siguiendo el formato de presentación y directrices propuestos por la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Se buscó responder a la pregunta: “¿Cuál es la efectividad general de los programas de tratamiento online, para los trastornos externalizantes en población clínica y/o de riesgo de menores en edad infanto-juvenil (6-18 años)?”. Se siguieron diferentes estrategias para localizar artículos científicos y se localizaron un total de  $N = 6333$  artículos científicos, de los cuales, tras los diferentes pasos en el proceso de cribado, se seleccionaron un total de  $n = 17$  estudios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Con el fin de examinar las variables potenciales que pudiesen influir en los resultados de eficacia de los tratamientos online, se extrajeron y codificaron diferentes variables de los estudios seleccionados, relativas a aspectos generales de la muestra, perfil sociodemográfico de la muestra, perfil clínico de la muestra y aspectos del tratamiento estudiado. Además, la calidad metodológica de los estudios incluidos en esta revisión se valoró mediante una adaptación de la escala PEDro (Verhagen et al., 1998), la cual evalúa la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorios para la realización de revisiones sistemáticas.

Se realizaron metaanálisis clásicos por separado, uno para los estudios que tenían grupo control y otro para los estudios que no tenían grupo control. La variable dependiente fue los problemas de conducta, y el índice de tamaño del efecto utilizado para cuantificar la magnitud del efecto de los programas de tratamiento fue el índice  $d$  de Cohen. Este estadístico está especialmente indicado para estudios que aplican diseños con dos grupos y el resultado se mide de forma continua (Sánchez-Meca, 2010). Para explicar la heterogeneidad, se aplicaron modelos de metarregresión de efectos mixtos, tomando los tamaños del efecto como variable dependiente y las características extraídas de los estudios como predictores potenciales, como las características sociodemográficas y clínicas de las muestras de participantes y las técnicas específicas implementadas en los tratamientos.

Se observaron tamaños del efecto elevados y estadísticamente significativos en la reducción de los problemas de conducta tras aplicar los programas de tratamiento online, lo que sugiere que este tipo de tratamientos para este tipo de muestra concreta son eficaces. Los tratamientos que tuvieron tamaños del efecto más elevados tenían en común que todos fueron de tipo cognitivo conductual, se dirigieron a los padres con la finalidad de actuar sobre los menores, tenían entre 7 y 10 módulos, y contenían módulos que enseñaban a los padres a mejorar las conductas prosociales de sus hijos, a aplicar normas, límites y disciplina, tenían una baja o nula implicación del terapeuta en el proceso de aplicación del programa de tratamiento online, tenían una duración de entre 7 y 10 semanas y se impartían al menos, una vez a la semana. Se encontró elevada heterogeneidad, pero esta fue explicada por las variables de calidad



metodológica de los estudios incluidos en el metaanálisis, y tras controlar la fuente de heterogeneidad, los tamaños del efecto siguieron siendo significativos, pero moderados.

Se concluye que estos tratamientos son eficaces y que futuros desarrollos de programas online para tratar problemas externalizantes en menores, deberían ser de tipo cognitivo conductual, estar dirigidos a los padres con la finalidad de actuar sobre los menores, tener una duración breve, enseñar a los padres a mejorar las conductas prosociales de sus hijos, a aplicar normas, límites y disciplina, a manejar estrés en los padres o menores, a mejorar la comunicación y/o relación parental, y ser impartidos, al menos, una vez a la semana durante una hora cada sesión.

Dicho estudio se encuentra actualmente en prensa: Vicente-Escudero, J. L., López-Soler, C., Alcántara, M., Martínez, A., Castro, M., y Fernández, V. (En prensa). Effectiveness of Internet-Delivered Psychological Treatments for Children and Adolescents with Externalizing Disorders: Systematic Review and Meta-analysis.

### 2.3.2. *Algunos programas de intervención relevantes*

Existen diversos programas de tratamiento online destinados a tratar los problemas de conducta en menores y a mejorar la crianza de los padres.

A continuación, se describirán los programas más relevantes sobre los que se ha investigado en la última década, diseñados para tratar problemas externalizantes en menores que presentan síntomas clínicos o sub-clínicos de problemas de conducta. Es decir, los programas que se expondrán a continuación tendrán en común que son programas de tipo interventivo sobre población que ya padece un trastorno externalizante o que está en riesgo de padecerlo.

Entre los programas más relevantes encontramos:

El programa **Triple-P Online**, fue desarrollado por Sanders et al. (2012). Consta de ocho módulos interactivos y autodirigido, con el fin de fomentar la crianza

positiva en padres con hijos en edad infantil que presentan dificultades conductuales clínicamente significativas. Aunque los menores a los que va dirigida la intervención son de edad infantil, se considera relevante incluir este programa, ya que la intervención temprana en los problemas de conducta de los menores es importante para una transición adecuada hacia la adolescencia (véase Figura 2.3.2-A).

Los módulos son lineales, es decir, la finalización del módulo anterior da paso al módulo siguiente, y se dirigen a los padres. El programa no tiene una distribución semanal, se puede completar cuando los padres quieran, y enfatiza la promoción de la autorregulación de los padres mediante un diseño instructivo, con videos dinámicos y explicativos, que enseñan a los padres habilidades de autogestión. Se centra en aumentar la autoeficacia de los padres (creencias sobre su capacidad de aportar una crianza positiva) y su autosuficiencia; y fomenta la participación de los padres en la crianza, sin la atención constante de un profesional clínico.

El programa consta de una navegación amigable; contenido personalizado que incluye la fijación de objetivos, la revisión y retroalimentación; modelado de habilidades parentales basado en videos y aplicaciones de padres que describen sus experiencias; hojas de trabajo descargables, podcasts para repasar el contenido de las sesiones; ejercicios interactivos para fomentar la resolución de problemas, la toma de decisiones y la autorregulación de los padres; mensajes de correo electrónico a modo de recordatorio para aumentar la probabilidad de completar el programa; y un cuaderno de actividades personalizable. El programa anima a los padres a establecer y revisar objetivos y a identificar situaciones de riesgo y cambiar sus estrategias si la situación así lo requiere (Day y Sanders, 2018; Sanders et al., 2012).

Los módulos de los que consta el programa son (Sanders et al., 2012):

- **Módulo 1:** Psicoeducación sobre la crianza positiva.
- **Módulo 2:** Fomentar el comportamiento deseado.
- **Módulo 3:** Instrucción en nuevas habilidades de crianza.

- **Módulo 4:** Manejo del mal comportamiento.
- **Módulo 5:** Cómo lidiar con la desobediencia.
- **Módulo 6:** Planificación como medio para la prevención de problemas de conducta.
- **Módulo 7:** Hacer de las tareas cotidianas (como compras) tareas divertidas.
- **Módulo 8:** Criar niños seguros de sí mismos y capaces.

Diversas investigaciones con población infantil que presenta problemas de conducta disruptivos han observado que, tras la administración de este programa, los padres consiguieron una disminución de la crianza negativa ( $d = 0.34- 0.89$ ) y disminuyó la frecuencia del mal comportamiento de los menores ( $d = 0.41- 0.61$ ). Además, el programa Triple-P Online, combinado con un apoyo mínimo de un terapeuta, al igual que sucede con la condición Online únicamente, redujo la crianza negativa y disminuyó el mal comportamiento de los menores, pero también aumentó la probabilidad de que los padres completaran todos los módulos y sintieran una mayor satisfacción con el programa. Estos mismos resultados, se hallaron también cuando los padres padecen algún tipo de problema mental, como el trastorno bipolar; se observaron reducciones significativas de las conductas problema de los menores ( $d = 0.73$ ). No se evidenciaron resultados significativos en cuanto a la crianza y los problemas de conducta de los menores, cuando se aplica el programa Triple-P en formato online y cuando se aplica el programa mediante un libro de texto, lo que podría hacernos decantarnos por la administración del programa en formato online, en base a las facilidades y ventajas que tienen los programas online sobre los programas físicos (Baker et al., 2017; Baker y Sanders, 2017; Day y Sanders, 2018; Jones et al., 2014; Morawska et al., 2014; Sanders et al., 2012, 2014).

Aunque existe algún estudio que encuentra resultados contradictorios con lo expuesto hasta aquí. Dittman et al. (2014) hallaron que el número de sesiones de intervención completadas por la familia predice peores resultados de la conducta infantil después de la intervención ( $B = -0.33$  para madres;  $B = -0.34$

para padres). Para las madres, la conducta infantil disruptiva posterior a la intervención se predijo por la calidad de la relación madre-hijo ( $B = -0.24$ ) y para los padres, la predijo el comportamiento disruptivo previo al inicio de la intervención ( $B = 0.33$ ). Por lo que el riesgo socioeconómico y la participación del padre en la intervención no son predictores significativos de los resultados del tratamiento.

Diversos programas, al igual que el programa Triple-P Online, se han centrado en el **Entrenamiento del Manejo de los Padres en Internet (iPMT)**. Existen varios programas en este sentido, y todos tienen en común que se centran en el entrenamiento y manejo de habilidades de los padres para tratar problemas clínicos o sub-clínicos de tipo externalizante en población infantil y adolescente. Según algunos estudios, los programas iPMT consiguen reducir la sintomatología externalizante de los menores, aumentar la competencia de los padres en el manejo de conductas disruptivas y oposicionistas y todo ello sin disminuir la alianza terapéutica, aunque algunos padres siguen calificando la terapia presencial como más adecuada que la modalidad online (Rabbitt et al., 2016).

Algunos de estos programas, no tan conocidos como el programa Triple-P Online son:

El programa **WASH**, dirigido a los cuidadores de niños con síntomas de TDAH o problemas de conducta oposicionista (Döpfner et al., 2020).

En este programa los usuarios son libres de acceder a los módulos que ellos quieran, en el orden que crean conveniente. Consta de 4 módulos interactivos, con videos y textos. Los módulos son: (1) Psicoeducación sobre el TDAH; (2) Relación positiva con los hijos; (3) Autocuidado de los padres; (4) Resolución de problemas de conducta. Los resultados de la aplicación del programa aún se están investigando.

Algunos resultados sobre programas iPMT dirigidos a población con TDAH, aunque en edad preescolar, que seguían otro protocolo diferente, denominado **promoción de compromiso en niños preescolares con TDAH**.

Este programa incluía: (1) Psicoeducación sobre el TDAH; (2) Atención intencional y otras respuestas poderosas por parte del cuidador; (3) Estrategias generales de rutinas y expectativas; (4) Instrucción a los padres en estrategias de prevención, instrucción y respuesta; (5) Habilidades para preparar al hijo para las actividades académicas; (6) Uso de la comunicación efectiva para facilitar la transición al cambio de etapa de educación infantil a primaria. Al comparar la intervención online, con la misma intervención presencial con un grupo control de lista de espera, encontraron que ambos formatos dieron lugar a una alta asistencia (80%) y mejoraron significativamente el conocimiento de los padres sobre las intervenciones ( $d = 1.49$  presencial;  $d = 0.74$  online); la fidelidad de la implementación del tratamiento, es decir, en la asistencia a las sesiones y cumplimiento del programa online ( $d = 1.62$  presencial;  $d = 0.86$  online) y el comportamiento del niño (reducción de la inquietud y la impulsividad, mejora del autocontrol, el afecto y el estado de ánimo) ( $d = 1.04$  presencial;  $d = 0.60$  online), en comparación con la lista de espera. Sin embargo, los padres del grupo presencial informaron de calificaciones de aceptabilidad significativamente más altas que los padres del grupo online (DuPaul et al., 2018).

Otro programa iPMT para niños y adolescentes con problemas de conducta externalizante es el programa **iComet**, una adaptación online del programa Comet, desarrollado por Enebrink et al. (2012), que se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo-conductual.

Este programa pone el foco en las habilidades de crianza, como el apoyo al comportamiento positivo, la comunicación, la resolución de problemas y el manejo de los padres de sus propias reacciones emocionales disfuncionales. La adaptación online pasa a tener 7 módulos de los 10 iniciales que tiene el programa Comet. Deben ser completados en 10 semanas, 7 semanas para la versión online. Las sesiones online están compuestas de material interactivo, imágenes y videos y tras cada sesión los padres deben responder a preguntas de opción múltiple. El tiempo dedicado a cada módulo es de aproximadamente una hora y media y consta de avisos por correo electrónico para mejorar la adherencia al tratamiento (Högström et al., 2013).

Algunos estudios, al comparar la intervención iComet con otro tipo de intervención presencial centrada en la familia, hallaron tamaños del efecto entre moderados y altos para ambos tipos de intervenciones, con una clara superioridad del programa iComet con respecto al grupo de terapia presencial. Se encontraron reducciones significativas en las conductas problemáticas para niños con altas conductas prosociales y bajos problemas de conducta ( $d = -1.12$  iComet;  $d = -0.52$  presencial); niños con altos problemas de conducta y síntomas de TDAH ( $d = -1.10$  iComet;  $d = -1.14$  presencial); niños con alto nivel de prosocialidad, conductas oposicionistas y síntomas de TDAH ( $d = -0.70$  iComet;  $d = -1.21$  presencial); y niños con alto nivel de prosocialidad, síntomas de TDAH y bajos problemas de conducta ( $d = -0.97$  iComet;  $d = -2.56$  presencial) (Bjornsdotter et al., 2020). En general, el resultado de los efectos del tratamiento, en términos de reducción de los problemas de conducta, fue pobre en los grupos con alto nivel de problemas conductuales, en comparación con los grupos con bajo nivel de problemas conductuales, a pesar de que los padres de ambos grupos mejoraron igualmente sus habilidades parentales (Högström et al., 2013).

Otras investigaciones, empleando el programa de tratamiento online iComet y comparando la terapia online con la terapia presencial y con una lista de espera, constataron que los niños y adolescentes cuyos padres habían recibido la intervención, mostraron una reducción mayor de los problemas de conducta, en comparación con los niños de la lista de espera. Los tamaños del efecto del tratamiento entre los grupos, en cuanto a la intensidad de los problemas de conducta, fueron de  $d = 0.62$  para el programa online y  $d = 0.72$  para el programa presencial. Además, los padres del grupo de intervención, online o presencial, informaron de un menor uso de la disciplina dura, autoritaria e inconsistente después del tratamiento, así como de más elogios positivos. Los efectos sobre los problemas de conducta se mantuvieron en el seguimiento de 6 meses (Enebrink et al., 2012).

Sin embargo, los programas descritos hasta aquí no agotan todo el amplio abanico de programas iPMT para intervenir sobre población infanto-juvenil con problemas externalizantes o en riesgo de padecerlo. Existen más tratamientos en esta línea como el programa **Parent-Web**, un nuevo programa de crianza

basado en Internet para padres de adolescentes con conductas externalizantes graves, desarrollado por Wetterborg et al. (2019).

Los módulos de este tratamiento incluyen videos de películas, entrevistas, conferencias o situaciones de conflicto entre padres e hijos. A cada participante se le asigna un terapeuta con el que se puede comunicar a través de la web y guía el proceso de cumplimentación del programa de manera breve y semanal. El acceso a los módulos es lineal y se completa en un plazo de 6-9 semanas. Algunos estudios han encontrado mejoras a corto plazo en las conductas externalizantes de los adolescentes ( $d = -0.435$ ); los conflictos familiares ( $d = 0.05$ ); y la calidez de la familia ( $d = 0.132$ ), en comparación con la condición de control de la lista de espera; además de mejoras en los síntomas emocionales de los adolescentes ( $d = -0.016$ ) y en los problemas con los compañeros ( $d = -0.237$ ), así como en el estrés y la depresión de los padres ( $d = -0.383$ ) (Wetterborg et al., 2019). Los módulos de este programa online son los siguientes:

- **Módulo introductorio:** Se establecen objetivos, se presenta la intervención y se realiza el análisis funcional.
- **Módulo 1:** Fortalecimiento de la relación padre-hijo, centrado en la comunicación de apoyo, pasar tiempo juntos y emplear el refuerzo positivo.
- **Módulo 2:** Validación y comunicación de experiencias emocionales con los adolescentes para mejorar la relación.
- **Módulo 3:** Manejo de conflictos y conocimiento sobre cómo las dificultades de los padres para regular sus propias emociones pueden afectar a la interacción padre-hijo.
- **Módulo 4:** Normas y resolución de problemas sobre cómo ayudar al adolescente a mantener los acuerdos y decir sobre las consecuencias razonables cuando no se cumplen.
- **Módulo 5:** Supervisión y conocimiento de los padres sobre el paradero del adolescente.

- **Módulos 6-7 (opcionales):** Sobre problemas de salud mental de los adolescentes; asumir más responsabilidad en casa; uso excesivo de Internet y juegos; alcohol y drogas; amigos y acoso; y problemas en la escuela.

Existen otro tipo de programas que se pueden categorizar como programas online para tratar problemas externalizantes. Esta categoría también podría enmarcarse dentro de los programas iPMT, sin embargo, estos programas no están desarrollados específicamente para que los padres intervengan sobre los problemas de conducta que ya presentan los hijos, sino que están pensados para mejorar la crianza de los padres cuando existen factores externos o factores intrínsecos a éstos, no factores relacionados con la conducta de los menores, que pueden provocar una situación de riesgo.

Se han desarrollado programas específicos para mejorar la crianza en familias militares, ya que las continuas transacciones de estas familias pueden ser estresantes para todos los miembros, especialmente para los más pequeños, en edad infantil y primaria.

El programa **Talk, Listen, Connect (TLC)** ha sido desarrollado por la empresa Sesame Workshop, según Oades-Sese et al. (2014) (véase Figura 2.3.2-B). Incluye material multimedia interactivo con los personajes de barrio sésamo y materiales impresos. Enseña a los niños a hablar de sus sentimientos, explica estrategias y actividades a las familias para que comuniquen con sus hijos sus sentimientos y el estrés relacionado con diversas situaciones. El programa TLC tiene algunas variantes, aunque todas ellas están dirigidas a mejorar la crianza de los hijos. Así, encontramos los programas:

- **TLC- Transacciones:** para que las familias que están haciendo la transición del ejército a la vida civil mejoren la crianza, la confianza, y las habilidades de los padres para ayudar a sus hijos pequeños con la transición, y mejorar la adaptación de los niños pequeños relacionada con esta transición (Sherman et al., 2018).
- **TLC- Cambios:** para familias en las que el miembro militar sufre una lesión que cambia su vida y pueden experimentar dificultades



emocionales y cambios de comportamiento. El programa incluye materiales de vídeo e impresos, y tiene como objetivo ayudar a los cuidadores (tomándose como referente al cónyuge), y ayudar a los niños pequeños mientras se adaptan a la lesión de su padre (Walker et al., 2014).

- **TLC- Despliegues múltiples:** se centra en los efectos de los despliegues militares en las familias. Fue diseñado para apoyar y equipar a las familias con niños pequeños con habilidades para hacer frente a los desafíos asociados con los despliegues múltiples. El programa hace hincapié en las estrategias de comunicación para los cuidadores de niño y ha sido diseñado para que sea utilizado en el hogar (O'Grady et al., 2016).
- **TLC- Familias afligidas:** Este programa va dirigido a niños y adolescentes en situación de duelo. El programa se centra en las experiencias y los sentimientos asociados al duelo y proporciona actividades para niños y cuidadores. Las actividades están diseñadas para ayudar a la comunicación entre el cuidador y el niño y para apoyar la superación del duelo a través de la educación y la orientación de los padres (Ortiz et al., 2013).

Estos programas han mostrado ser eficaces a la hora de mejorar la crianza con los hijos en diversas investigaciones, así el programa TLC- Transacciones mejoró la autoeficacia a la hora de ayudar a sus hijos a afrontar la transición ( $d = 1.147$ ); informaron de una reducción de los problemas emocionales y de comportamiento de los niños ( $d = 0.22$ ) y de los niveles de hiperactividad/inatención en sus hijos ( $d = 0.42$ ). Además, obtuvo altos niveles de satisfacción, en comparación con los asignados a la condición de control.

El programa TLC- Cambios informó por parte de los cuidadores, de un menor aislamiento social de sí mismos ( $d = 0.42$ ); una menor agresión infantil ( $d = 0.18$ ); y un entorno doméstico significativamente menos perturbador ( $d = 0.27$ ) tras el uso del programa. Los cuidadores también informaron de una reducción significativamente mayor de los síntomas depresivos de sí mismos ( $d = 0.14$ ) y

de un aumento significativo de la competencia social de los niños ( $d = 0.20$ ), en comparación con el grupo de control.

Investigaciones con el programa TLC- Despliegues Múltiples, observaron que los síntomas depresivos de los cuidadores ( $d = 0.26$ ) y los comportamientos agresivos de los niños ( $d = 0.06$ ) disminuyeron significativamente tras la aplicación del tratamiento.

Otras investigaciones con el programa TLC- Familias afligidas, tras el tratamiento encontraron una mejora en la comunicación padres-hijos ( $g = 0.26$ ) y una reducción del duelo de los padres ( $g = -0.13$ ), aunque no se observó ninguna mejora en los menores (O'Grady et al., 2016; Ortiz et al., 2013; Sherman et al., 2018; Walker et al., 2014).

Pedro-Carroll (2005) desarrolló el programa **Children of Divorce-Coping with Divorce (CoD-CoD)**, el cual consta de 5 módulos que ofrecen un contenido altamente interactivo, con la finalidad de mejorar las habilidades de afrontamiento para prevenir problemas de salud mental en niños y adolescentes de familias divorciadas o separadas.

Cada módulo finaliza cuando se completan las preguntas finales del mismo, su secuenciación es lineal y está basado en la terapia cognitivo-conductual. Los módulos son los siguientes (Boring, 2012):

- **Módulo 1:** Introducción a la intervención, normalización de las experiencias de divorcio, reconocimiento emocional.
- **Módulo 2:** Habilidades internas, reestructuración cognitiva y relajación.
- **Módulo 3:** Herramientas para la comunicación, aprender a identificar problemas controlables e incontrolables, resolución de problemas y pasos para una adecuada comunicación.
- **Módulo 4:** Resolución de problemas. Entrenamiento en resolución de problemas y elección de estrategias de afrontamiento.

- **Módulo 5:** Integración de las habilidades del programa. Cómo llevar a la práctica lo aprendido y resumen de las habilidades aprendidas.

Algunas investigaciones revelaron que los jóvenes, en el programa CoD-CoD, mejoraron más en los problemas emocionales autoinformados, en relación con los jóvenes en una condición control de recursos por internet ( $d = 0.37$ ) y tuvieron una menor tasa de problemas de salud mental clínicamente significativos autoinformados ( $OR = 0.58$ ). Este efecto fue mayor para los niños con mayores problemas de salud mental en la línea base ( $d = 0.46$ ) (Boring, 2012; Boring et al., 2015).

También se han desarrollado algunos programas dirigidos a que padres con algún problema psicopatológico mejoren la crianza de sus hijos. En este sentido, se desarrolló el programa **Celebrating Families!** con un enfoque cognitivo-conductual, y diseñado para mejorar las habilidades de los padres y el funcionamiento familiar; en particular, el funcionamiento de los niños.

Está dirigido a padres con problemas de abuso de sustancias y familias negligentes o familias en riesgo de sufrir futuras situaciones de riesgo psicosocial. El programa de intervención dura de 3 a 4 meses e incorpora información sobre el alcohol, las drogas, el trauma infantil y la mejora de la resiliencia. Existen diversas versiones del programa en función de la edad de los menores, de 0-3 años, de 4-7 años y de 8-17 años, y cada versión contiene apartados de desarrollo de la edad de los menores, con una atención mínima de un profesional de la salud mental. La investigación pone en evidencia que los padres que recibieron el tratamiento online experimentaron un aumento significativo de las habilidades de crianza ( $\eta^2 = 0.58$ ), en las fortalezas y resistencias de la familia ( $\eta^2 = 0.58$ ) y en la autoevaluación de las habilidades parentales ( $\eta^2 = 0.72$ ) (Cohen y Tisch, 2021).

Otro programa desarrollado para padres con problemas de salud mental fue el programa **Integrated Bipolar Parenting Intervention (IBPI)**, con el objetivo de apoyar en la crianza a padres diagnosticados de trastorno bipolar, desarrollado por Jones et al.(2014). Igualmente, está basado en un enfoque cognitivo-conductual, multimedia interactivo con videos y ejercicios de autoevaluación.

Consta de 8 módulos lineales que se completan en aproximadamente 30 minutos durante un período de 16 semanas. A módulos se accede en el siguiente orden: (1) ¿Qué es el trastorno bipolar?; (2) Beneficios y desafíos; (3) Manejo de las emociones; (4) Conocerse a sí mismo; (5) Monitoreo del estado de ánimo; (6) Jugar con sus fortalezas; (7) Planificar para sí mismo; (8) Encontrar apoyo y pensamientos finales.

La investigación ha observado que el comportamiento infantil ( $d = -0.48$ ), la sensación de competencia de los padres ( $d = 1.18$ ) y el estrés de los padres ( $d = -1.87$ ) mejoraron significativamente tras la aplicación del tratamiento en comparación con una lista de espera, y los efectos del tratamiento se mantuvieron hasta las 48 semanas. Los impactos del IBPI en el funcionamiento familiar, el estado de ánimo de los padres y el tiempo hasta la recaída del estado de ánimo no fueron significativos (Jones et al., 2014, 2017).

Se han desarrollado también más programas para apoyar en la crianza a madres diagnosticadas de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia o con trastornos del estado de ánimo graves, y que tienen la custodia de un hijo menor de 18 años. Así, el programa titulado **Educación parental online** es una página web que proporciona instrucciones para navegar por el curso en función de la edad del hijo, basado en la terapia cognitivo-conductual y es completado en tres meses, en sesiones semanales de 30 minutos.

Consta de 12 módulos, los cuales son: (1) Introducción; (2) desarrollo infantil; (3) reducción del estrés mediante técnicas de crianza; (4) reducción del estrés mediante bienestar emocional; (5) reducción del estrés mediante la salud física y el bienestar; (6) salud mental y crianza, información sobre cómo afecta la enfermedad del padre al hijo; (7) salud mental y crianza, ayudar al hijo a llevar la situación; (8) salud mental, autocuidado y crianza positiva; (9) crianza positiva, comunicación padre-hijo; (10) crianza positiva, disciplina, límites y responsabilidad; (11) crianza positiva, actividades extraescolar; y (12) conclusiones.

La investigación ha encontrado que la participación en esta intervención de crianza en línea para madres con una enfermedad mental grave mejoró

significativamente las habilidades de crianza y de afrontamiento ( $d = 0.1$ ), mejoró los cuidados personales de los padres ( $d = 0.02$ ) y mejoró la satisfacción de los padres ( $d = 0.04$ ). No se encontraron otros resultados significativos (Kaplan et al., 2014).

### Figura 2.3.2-A

*El programa Triple-P Online*



Fuente: (MindTools, 2017).

Figura 2.3.2-B

El programa *Talk, Listen, Connect* (TLC)



Fuente: (Collins, 2009).

### 2.3.3. Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes

A continuación, se presenta una tabla en la que se presentan los principales programas de tratamiento online para trastornos externalizantes expuestos en este apartado, qué tipo de terapia siguen, número de módulos, duración de los módulos, periodicidad de cumplimentación de los módulos, si existe la opción o no de contar con un profesional que guíe el proceso de aplicación del programa de tratamiento y a qué tipo de problemática va dirigida la intervención (véase Tabla 2.3.3).

**Tabla 2.3.3**

*Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para los trastornos externalizantes*

	<b>Modalidad de la terapia</b>	<b>Problema tratado</b>	<b>Número de módulos</b>	<b>Duración módulos</b>	<b>Entrega módulos</b>	<b>Participación profesional</b>
<b>Triple-P Online</b>	TCC	Problemas de conducta	8	n.c	A criterio del cliente	Mínima
<b>WASH</b>	TCC	TDAH y conductas oposicionista	4	n.c	A criterio del cliente	n.c
<b>Promoción Compromiso</b>	TCC	TDAH	6	n.c	n.c	n.c
<b>iComet</b>	TAS y TCC	Problemas de conducta y TDAH	7	1.5 horas	Semanal	Mínima
<b>Parent-Web</b>	TCC	Problemas de conducta	5 obligatorios y 2 opcionales	n.c	Semanal	Moderada
<b>Talk, Listen, Connect (TLC)</b>	TCC	Crianza	n.c	n.c	n.c	Mínima
<b>CoD-CoD</b>	TCC	Afrontamiento divorcio	5	n.c	n.c	n.c
<b>Celebrating Families!</b>	TCC	Crianza en familias negligentes	n.c	n.c	3-4 meses	Mínima
<b>IBPI</b>	TCC	Crianza para padres bipolares	8	30 minutos	Semanal	Mínima
<b>Educación Parental Online</b>	TCC	Crianza madres con TMG	12	30 minutos	Semanal	Mínima

Nota: TCC = Terapia cognitivo conductual; TAS = Terapia de aprendizaje social; TMG = Trastorno mental grave; n. c = no consta.

## **2.4. Programas de tratamiento online para el TEPT**

### *2.4.1. Aportaciones de los estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas*

En particular, escasas revisiones sistemáticas han estudiado los efectos de los programas de tratamiento online para tratar el TEPT en menores, o que estudien programas que intenten paliar la situación de riesgo psicosocial de los menores, ya sea ese riesgo de exposición a estresores impersonales o interpersonales. Si bien, encontramos dos revisiones que nos aportan la siguiente información.

McGar et al. (2019) realizaron una revisión sistemática para analizar los diferentes programas de salud electrónica disponibles para jóvenes que han sufrido afecciones médicas pediátricas, ya que estos eventos suelen desembocar en sintomatología depresiva, ansiosa, postraumática y en un deterioro de la calidad de vida asociada. En total, incluyeron  $k = 22$  artículos en su revisión, e informaron que las intervenciones de salud electrónica mejoraron significativamente al menos un componente de las secuelas psicológicas en los participantes (con mayor frecuencia sobre la depresión de los niños y los cuidadores, seguidos por el TEPT de los niños y la ansiedad de los cuidadores). Además, observaron que las características más comunes entre las intervenciones online que mostraron un efecto significativo en la reducción de secuelas psicológicas incluyeron contenidos sobre (1) resolución de problemas; (2) educación; (3) comunicación; y (4) manejo de la conducta.

En el extremo contrario, encontramos la revisión sistemática realizada por Ennis et al. (2018), los cuales buscaban analizar las intervenciones online tempranas para prevenir la psicopatología que sigue al evento de exposición traumático. Es decir, buscaban evaluar intervenciones tempranas preventivas de la sintomatología traumática tras la exposición al evento traumático. Encontraron  $k = 7$  estudios que cumplieron sus criterios de inclusión, tanto en población infanto-juvenil como en adultos. Observaron que las intervenciones online no produjeron una mejora significativa de los síntomas en comparación con los grupos de control de tratamiento habitual o sin intervención. Sin embargo, sí que



produjeron mejoras significativas sobre otras condiciones de control activo en los resultados de salud mental.

#### *2.4.2. Algunos programas de intervención relevantes*

Los programas de tratamiento online para tratar la sintomatología postraumática en menores no han tenido un desarrollo tan extenso como en el caso de los problemas internalizantes o externalizantes.

A continuación, se expondrán los programas más relevantes investigados en la última década para tratar sintomatología postraumática en menores que presenten síntomas clínicos o sub-clínicos de TEPT o hayan estado expuestos a un acontecimiento traumático de tipo impersonal o interpersonal que dé lugar a una situación de riesgo psicosocial. Es decir, los programas que se expondrán a continuación tendrán en común que son programas de tipo interventivo sobre población que ya padece sintomatología postraumática o ha estado expuesta a un evento traumático.

Entre los programas más relevantes cabe destacar los siguientes:

El programa **Coping Coach**, desarrollado específicamente para prevenir la sintomatología postraumática en menores en riesgo de padecer TEPT tras la exposición a un evento médico agudo, como un nuevo diagnóstico de lesión o enfermedad, o una exacerbación repentina de una enfermedad crónica (véase Figura 2.4.2-A).

Fue desarrollado para aplicarse en el periodo postraumático temprano por Marsac et al. (2013), como un juego que proporciona información práctica y enseña a los niños estrategias para hacer frente a nuevos problemas. Los niños son los principales usuarios de la intervención, y los padres se encargan de la supervisión. Contiene tres módulos que se administran de forma secuencial, relacionados con (1) identificación emocional (se centra en el reconocimiento y la comunicación de las emociones tras experiencias traumáticas); (2) valoraciones sobre su situación (enseña la tríada cognitiva, incluyendo la relación entre los pensamientos automáticos con los sentimientos y el comportamiento); y (3) evitación (pretende reducir la dependencia de la evitación

como respuesta de afrontamiento). Cada módulo puede completarse en 20-30 minutos y puede repetirse para consolidar las habilidades y el aprendizaje. Cada módulo de Coping Coach requiere que el niño interactúe con el contenido del juego, yendo más allá de la mera provisión de información, con el objetivo de que los niños aprendan a través de la experiencia. Asimismo, se anima a los padres a que supervisen el avance del niño. Esta intervención, en su desarrollo, ha sido aceptada por los padres y por los niños como funcional (Marsac et al., 2015).

La investigación ha mostrado que la intervención Coping Coach, en comparación con un grupo control lista de espera, es capaz de reducir la sintomatología postraumática desde la línea base hasta las 6 semanas de intervención ( $d = 0.68$ ) y desde la línea base hasta las 12 semanas ( $d = 0.55$ ). Se observó también que la intervención funciona mejor en los niños que están en mayor riesgo de desarrollar sintomatología postraumática. En concreto, se evidenció, que con menores en riesgo (definido el riesgo como puntuar en línea base con una puntuación en el cuestionario CPSS mayor o igual que 15), los tamaños del efecto del grupo de intervención fueron de línea base a 6 semanas ( $d = 0.84$ ) y de línea base a 12 semanas ( $d = 0.68$ ). Sin embargo, para los menores que no estaban en riesgo en el grupo de intervención, los tamaños del efecto de línea base a 6 semanas fue ( $d = 0.15$ ) y de línea base a 12 semanas ( $d = 0.24$ ) (Kassam-Adams et al., 2016). Durante el desarrollo de las pruebas piloto de este programa, se observó que existían diferencias tras el tratamiento online en comparación con el grupo de tratamiento habitual (que implicaba servicios integrales por equipos multidisciplinares de un hospital) en el TEPT infantil, informado por los padres, con un tamaño del efecto moderado ( $d = .54$ ) a favor del grupo de tratamiento online. Además, gracias al programa, el conocimiento de los padres sobre las reacciones a las lesiones pediátricas aumentó sustancialmente desde la línea de base hasta la evaluación de seguimiento de 6 semanas ( $d = 0.71$ ) (Marsac et al., 2013).

El programa **Bounce Back Now (BBN)**, desarrollado por Ruggiero et al. (2015) como una intervención modular basada en la web para adolescentes afectados por desastres naturales, como tornados, y para sus padres (véase Figura 2.4.2-B).

El programa, basado en la teoría cognitivo-conductual no tiene una duración determinada y los adolescentes y padres pueden usar el mismo tantas veces como quieran, accediendo a los módulos en el orden que elijan. Tras completar cada módulo, un breve cuestionario recoge información sobre el estado de los adolescentes. Consta de 4 módulos, los cuales son:

- **Módulo de TEPT:** proporciona educación y recomendaciones basadas en la evidencia centradas en la exposición, la reducción de la evitación de las señales traumáticas, las estrategias de afrontamiento y el manejo de la ansiedad.
- **Módulo de depresión:** proporciona estrategias de activación conductual prometedoras y enfoques fácilmente comprensibles, eficaces y rentables en el tratamiento de la depresión.
- **Módulo de consumo de tabaco:** emplea técnicas centradas en la terapia breve estratégica, combinadas con técnicas de mejora de la motivación y técnicas cognitivo-conductuales.
- **Módulo de consumo de alcohol:** similar al módulo de consumo de tabaco.

Por su parte, los padres disponen también un módulo para completar, con cuatro partes principales: (1) comunicación entre padres y adolescentes, (2); psicoeducación relacionada con los problemas de salud mental más comunes después de un desastre; (3) problemas internalizantes de los adolescentes; y (4) comportamiento externalizante de los adolescentes.

La investigación ha informado que este programa de intervención es más efectivo cuando se incluye el módulo para padres que cuando se aplica únicamente a adolescentes. Además, dedicar un mayor tiempo a las sesiones online se asoció con una reducción de los síntomas de TEPT ( $B = -0.24$ ,  $ET = 0.08$ ,  $p < .01$ ) y de los síntomas depresivos ( $B = -0.23$ ,  $ET = 0.09$ ,  $p < .01$ ) (Ruggiero et al., 2015b). Asimismo, según otros estudios (Price et al., 2015) que completan el anterior, el acceso global a la intervención fue del 35.8% y la finalización de los módulos, por parte de los que accedieron, osciló entre el

52.8% y el 85.6%. Igualmente, los adolescentes varones tenían menos probabilidades de completar el tratamiento y los adolescentes, cuyos padres utilizaban activamente internet para buscar información relacionada con la salud, tenían más probabilidades de completar el tratamiento.

Otro programa, desarrollado específicamente para tratar la ansiedad, como el programa **BRAVE-Online**, explicado anteriormente. Ha sido empleado también para tratar la ansiedad en menores tras una catástrofe natural. Se observó que después de 6 meses de intervención, más de la mitad (55%) de los participantes ya no cumplieron los criterios de trastorno de ansiedad primario. El número medio (*M*) de diagnósticos de ansiedad se redujo de  $M = 2.76$  ( $DT = 0.85$ ) al inicio del tratamiento a  $M = 1.06$  ( $DT = 1.25$ ) en el seguimiento ( $Z = -4.51$ ,  $p < .001$ ). Los síntomas de ansiedad y depresión de los participantes se redujeron y la calidad de vida relacionada con la salud mejoró significativamente en el seguimiento. Los índices de satisfacción fueron de moderados a altos (Stasiak et al., 2018).

También se han desarrollado diferentes programas que son menos conocidos y que no han sido etiquetados con un nombre, como sucede con los programas anteriores.

Algunos de estos programas, aplicados a menores son:

Sveen et al. (2017) desarrollaron un programa de tratamiento basado en la información y autoayuda en Internet con contacto con el terapeuta para los padres de niños y adolescentes con quemaduras, pero destinado a reducir la sintomatología postraumática y psicopatológica de los mismos.

El programa consta de 6 módulos aplicados a razón de 1 módulo a la semana y es administrado exclusivamente a los padres, que son asistidos por un terapeuta en el desarrollo de las tareas, no se interviene directamente con los menores. Los módulos fueron los siguientes:

- **Módulo 1:** El papel de los padres en la rehabilitación y técnicas de distracción durante el proceso.

- **Módulo 2:** Trauma y estrés en niños y adultos, teoría del aprendizaje y técnicas de exposición.
- **Módulo 3:** Afrontamiento de las consecuencias de las quemaduras, sobreprotección, rumiaciones, preocupaciones, culpabilidad y reestructuración cognitiva.
- **Módulo 4:** Estrés diario, conducta de evitación e higiene del sueño.
- **Módulo 5:** Cambios en la familia, hermanos y pareja después del evento traumático, habilidades de comunicación y escucha activa.
- **Módulo 6:** Resumen de los módulos anteriores.

Los autores encontraron que el programa tuvo un efecto beneficioso sobre el estrés postraumático de los niños a corto plazo ( $d = 0.161$ ) y en comparación con el grupo control, fue más efectivo el grupo de intervención online ( $d = 0.387$ ), pero no afectó al estrés general ni al estrés de los padres. Los padres calificaron el programa como informativo y significativo, pero algunos de ellos pensaron que consumía mucho tiempo.

Otros autores (Cox et al., 2010) probaron la eficacia de una intervención temprana de provisión de información basada en la web para niños y sus padres, después de una lesión cerebral traumática leve e involuntaria.

Los menores podían acceder a la página web de provisión de información tantas veces como quisieran y los padres recibieron un folleto informativo basado en la teoría cognitiva de resiliencia. La información contenida, tanto en las intervenciones de los padres como en la de los niños, tenía como objetivo normalizar y aliviar las reacciones al trauma. El folleto de cuatro páginas para los padres tenía como objetivo enfatizar su papel en la recuperación de su hijo; contenía información sobre las reacciones comunes de los niños, su probable evolución y la mejor manera de ayudar a su hijo, así como mejorar el afrontamiento positivo. La intervención de los niños era similar a la de los padres, fomentaba el aprendizaje de estrategias de relajación, afrontamiento, resolución de problemas, eventos agradables, identificación de identificar las fortalezas personales, y reflexión sobre el evento.

Los investigadores observaron que los niños del grupo de intervención informaron de una mejora significativa de la ansiedad ( $d = -0.33$ ) y de reducciones en el TEPT ( $d = -0.19$ ), depresión ( $d = -0.14$ ), agresividad ( $d = -0.30$ ) y disociación ( $d = -0.14$ ), en comparación con un empeoramiento de los síntomas de los niños del grupo de control. Los padres informaron de reducciones en la reexperimentación ( $d = -0.33$ ), evitación ( $d = -0.08$ ) e hiperarousal ( $d = -0.10$ ). Además, los niños que tenían puntuaciones iniciales más altas de trauma informaron de que la intervención era útil.

Otros estudios que pretendían evaluar la eficacia de un programa online, sin nombre concreto, para el tratamiento de víctimas de abusos sexuales, basado en la adaptación de un protocolo terapia cognitivo-conductual para TEPT en poblaciones adultas, incluía 4 módulos: (1) exposición; (2) reevaluación cognitiva; (3) participación social; y (4) módulo de escritura de los participantes sobre el impacto del abuso sexual en su funcionamiento físico, en su imagen corporal y en sus relaciones íntimas y su sexualidad.

Los módulos se administraron a razón de un módulo cada dos semanas, durante un período de 8 semanas. Los autores encontraron una elevada tasa de abandono del tratamiento del 81.13%, aunque entre los que sí que completaron el tratamiento encontraron tamaños del efecto entre ( $d = 0.5- 1.6$ ), por lo que concluyen que en el tratamiento de poblaciones jóvenes vulnerables, los cuidadores y los investigadores tendrán que aceptar y asumir las elevadas tasas de abandono del pre-tratamiento (Lange y Ruwaard, 2010).

**Figura 2.4.2-A**

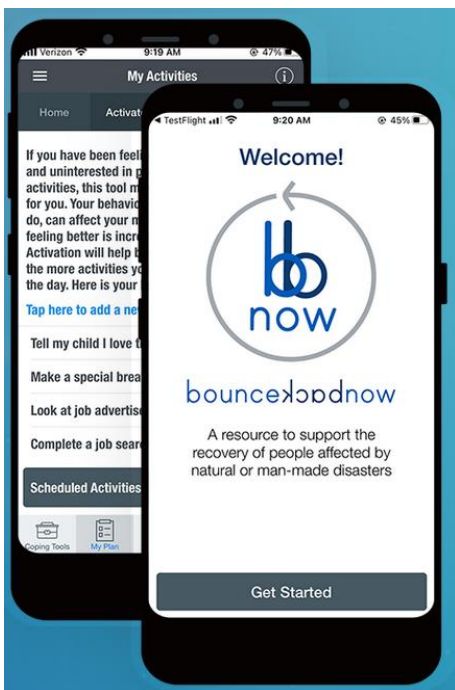
*El programa Coping Coach*



Fuente (Marsac et al., 2015, p. 4)

**Figura 2.4.2-B**

*El programa Bounce Back Now (BBN)*



Fuente: (Bounce Back Now, 2021).

### 2.4.3. Resumen de los principales componentes de los programas de intervención relevantes

A continuación, se presenta una tabla en la que se reflejan los principales programas de tratamiento online para el abordaje del TEPT en menores o programas que intentan paliar la situación de riesgo psicosocial de éstos, ya sea de exposición a estresores impersonales o interpersonales, que se han expuesto en este apartado. Se incluye, qué tipo de terapia siguen, número de módulos, duración de los módulos, periodicidad de cumplimentación de los módulos, si existe la opción o no de contar con un profesional que guíe el proceso de aplicación del programa de tratamiento y a qué tipo de problemática va dirigida la intervención (véase Tabla 2.4.3).

**Tabla 2.4.3**

*Resumen de los principales componentes de los programas de intervención expuestos para el TEPT*

	Modalidad de la terapia	Problema tratado	Número de módulos	Duración módulos	Entrega módulos	Participación profesional
<b>Coping Coach</b>	TCC	TEPT	3 módulos	20-30 minutos	A criterio del cliente	Mínima
<b>Bounce Back Now (BBN)</b>	TCC y TBE	TEPT, depresión y abuso de sustancias	4 para menores y 1 para padres	n.c	A criterio del cliente	Mínima
<b>BRAVE-Online</b>	TCC	Ansiedad	16 (10 para menores y 6 para padres)	60 minutos	Semanal	Mínima
<b>Sveen, et al. (2017)</b>	TCC	TEPT	6 módulos para padres	n.c	Semanal	Elevada
<b>Cox, et al. (2010)</b>	TCC	TEPT	No tiene	No tiene	A criterio del cliente	Mínima
<b>Lange y Ruwaard (2010)</b>	TCC	TEPT	4 módulos	n.c	Bimensual	Moderada

Nota: TCC = terapia cognitivo conductual; TBE = terapia breve estratégica; n. c = no consta.



## 2.5. Otros tipos de tratamientos que emplean las TICs

### 2.5.1. *Programas de tratamiento online de tipo preventivo*

Hasta ahora se han descrito programas de intervención online aplicados mediante la web a menores pertenecientes a población clínica o sub-clínica. Sin embargo, los programas diseñados para población en riesgo no abarcan todo el amplio espectro de intervención online existente.

Existe un amplio desarrollo de programas de intervención online con carácter preventivo destinado a menores pertenecientes a la población general. Sin embargo, y debido a la amplia extensión que conllevaría recoger en este apartado todos estos programas de intervención, solo se mencionarán algunos de los más destacados para la prevención de problemas internalizantes y externalizantes dirigidos a dicha población.

El programa **The Hero** (véase Figura 2.5.1-A), fue desarrollado por Mesurado, et al. (2019), como un programa de intervención online, estructurado y autoadministrado a través de la web, para promover la prosocialidad en adolescentes a través de cinco variables socioemocionales.

Al acceder al programa, los adolescentes generan un nombre de usuario y un avatar y se les presentan actividades a realizar a través de instrucciones de texto y audio. El programa consta de cinco módulos secuenciales para promover la empatía, la gratitud, las emociones positivas, el perdón, y la prosocialidad. Se presenta como una aventura que consiste en un viaje a cinco islas, que se corresponden con los cinco módulos. Cada módulo se corresponde con una sesión de intervención y tiene una duración aproximada de 30-40 minutos. Los módulos versan sobre los siguientes aspectos:

- **Isla de la empatía:** Psicoeducación sobre la empatía, actividades para mejorar la empatía y el reconocimiento emocional.
- **Isla de la gratitud:** Psicoeducación sobre la gratitud y sus beneficios, estrategias para promover la gratitud.

- **Isla de las emociones positivas:** Psicoeducación sobre el bienestar, relajación y relaciones sociales y personales.
- **Isla del perdón:** Psicoeducación sobre el perdón, identificar situaciones de perdón y ofensa.
- **Isla de la prosocialidad:** Psicoeducación sobre la importancia de la solidaridad, compromiso con acción social continuada.

La investigación ha observado que este programa de promoción de la prosocialidad es eficaz para aumentar las variables objetivo de la intervención con tamaños del efecto significativos, aunque pequeños para el comportamiento prosocial ( $\eta^2 = 0.13$ ), empatía ( $\eta^2 = 0.11$ ), emociones positivas ( $\eta^2 = 0.04$ ), y perdón ( $\eta^2 = 0.06$ ) (Mesurado et al., 2020).

El programa **MoodGym** (véase Figura 2.5.1-B), fue desarrollado por Groves, et al. (2003) como un programa interactivo basado en la terapia cognitivo-conductual que consta de cinco módulos y un cuaderno de trabajo destinado a prevenir y reducir los síntomas depresivos en los jóvenes. Cada módulo se completa en 30-45 minutos. Los módulos son los siguientes:

- **Primer módulo:** Introducción de los personajes, identificación de patrones de pensamiento y observación de la interacción entre el estado de ánimo y la forma de pensar mediante ejercicios.
- **Segundo módulo:** Descripción de los distintos tipos de pensamiento disfuncional y cómo desafiar la validez de los pensamientos negativos.
- **Tercer módulo:** Estrategias para superar los pensamientos disfuncionales y aumento de la autoestima.
- **Cuarto módulo:** Analiza el estrés de la vida, los acontecimientos y las actividades agradables con el fin de aumentar el enfoque en las actividades que crean más experiencias y emociones positivas.

- **Quinto módulo:** Se centra en los problemas relativos a las cuestiones típicas de las rupturas de pareja.

La investigación pone de relieve pequeños efectos en la reducción de los síntomas depresivos de la población adolescente con este programa de intervención. Algunos estudios no obtuvieron resultados significativos entre grupo de intervención y control en los síntomas depresivos de forma inmediata, tras la intervención ( $d = 0.19$ ; IC del 95%: -0.18- 0.56); pero, en cambio, sí se observaron efectos moderados y significativos a las 20 semanas de la intervención ( $d = 0.46$ ; IC del 95%: 0.10- 0.82) y, quien tenía puntuaciones superiores en la línea base, obtuvo mayores beneficios sobre la depresión autodeclarada en el seguimiento ( $d = 0.92$ ; IC del 95%: 0.10-1.38) (O'Kearney et al., 2009). Sin embargo, otras investigaciones no hallaron ningún efecto significativo sobre la depresión o la autoestima entre el conjunto de la muestra, o entre los participantes con elevadas puntuaciones de depresión en la línea base. Además, constataron una gran tasa de abandono del tratamiento, ya que al ser preventivo, solo el 8.5% de los participantes se conectaron a MoodGYM (Lillevoll et al., 2014).

El programa **ParentWorks**, desarrollado por Tully et al. (2017), como una intervención universal, en línea, que incluye a los padres y cuyo objetivo es reducir los problemas de conducta en la infancia y promover la crianza positiva en madres y padres.

El programa incluye presentaciones en vídeo de seis módulos interactivos secuenciales que se completan en aproximadamente 20-30 minutos. Los módulos contienen temas como el fomento de los comportamientos positivos, la respuesta a las malas conductas y el trabajo en equipo. Los módulos son los siguientes:

- **Introducción y preparación para el éxito:** Funcionamiento del programa, causas del comportamiento infantil, papel de la crianza.

- **Fomento del comportamiento positivo:** Interacciones ricas en apego, importancia del tiempo de calidad con los hijos.
- **Respuesta al mal comportamiento:** Establecer normas, límites y tiempo fuera.
- **Gestión de situaciones difíciles y conflictos entre personas:** Estrategias de resolución y gestión de conflictos.
- **Trabajo en equipo:** Fuentes de desacuerdo y consejos para padres.
- **Revisión de lo aprendido y prevención de problemas futuros:** Resumen de puntos clave y recordatorios.

Las investigaciones revelaron disminuciones significativas en los problemas emocionales/conductuales de los niños, la crianza disfuncional, el conflicto interparental y los problemas de salud mental de los padres, con elevados tamaños del efecto. La gravedad inicial de los problemas de conducta de los niños moderó los efectos sobre los resultados de éstos, de modo que los niños con niveles más altos de problemas de conducta se beneficiaron más del programa. La participación de ambos cuidadores en las familias biparentales, así como el sexo de los padres, no afectó significativamente a los resultados del programa (Dadds et al., 2019; Piotrowska et al., 2020).

El programa **eFamily Check-Up (FCU)**, adaptado al formato online por Stormshak et al. (2019), es una intervención preventiva centrada en la familia, entregada como un programa de salud en línea en las escuelas y planteada como una intervención motivacional diseñada para mejorar la crianza de los hijos y mejorar los apoyos contextuales de los niños.

La intervención busca reducir los conflictos familiares con los adolescentes, motivando a los padres para emplear habilidades parentales positivas y una comunicación eficaz. La investigación ha mostrado que la aplicación del programa FCU, apoyado por un psicólogo, se asoció con una reducción de los problemas emocionales de los niños ( $d = -0.32$ ) y una mejora de la confianza y la autoeficacia de los padres ( $d = 0.25$ ), en comparación con los controles de la lista de espera (Stormshak et al., 2019). Además, gracias a

que este programa consta del apoyo de un profesional de la salud mental, se ha observado que esta alianza terapéutica medió y mejoró los resultados de la intervención para los padres, aunque no hubo resultados significativos para los hijos (Metcalfe et al., 2021).

Por otro lado, a nivel nacional, no han proliferado tanto este tipo de tratamientos, siendo bastante escaso el número total de tratamientos online disponibles, aunque sí que se han desarrollado dos de estas características: El programa **Super Skills**, (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019, 2020) o el protocolo unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los problemas emocionales en adolescentes aplicado de forma online **iUP-A**, (Sandín et al., 2020), que ya se han mencionado previamente.

### Figura 2.5.1-A

*El programa The Hero*



Fuente: (Mesurado et al., 2019, p. 10).

## Figura 2.5.1-B

### El programa MoodGym



Fuente: (ehubHealth, 2021).

### 2.5.2. Tratamiento telepsicológico

La atención psicológica mediante las nuevas tecnologías no se ha centrado exclusivamente en el tratamiento de los problemas psicopatológicos a través de protocolos de tratamiento online. Paralelamente se han desarrollado intervenciones en telepsiquiatría y telepsicología, es decir, sesiones de tratamiento empleando medios tecnológicos en vez de la clásica modalidad presencial.

Algunos meta-análisis actuales sobre este tema y centrados en población infanto-juvenil, han observado que, por ejemplo, la terapia no presencial para tratar los problemas del comportamiento en niños y la depresión asociada a los padres, presenta resultados equivalentes a la terapia presencial clásica; y, a su vez, la terapia no presencial, arroja mejores resultados que los tratamientos habituales (TAU), tratamientos basados en la provisión de materiales psicoeducativos o frente a grupos control/lista de espera (McLean et al., 2021). Estos mismos resultados se han encontrado en otros meta-análisis diferentes,

con población de todas las edades y pertenecientes a población clínica; han observado que la evaluación mediante videoconferencia no da lugar a valoraciones diferentes que la evaluación presencial y los efectos del tratamiento por videoconferencia fueron, en gran medida, equivalentes a los efectos de las intervenciones en persona (Batastini et al., 2021).

Otros meta-análisis centrados esta vez, no sobre la tele-terapia, sino sobre la tele-evaluación, han observado que los instrumentos de video-grabación en vivo, las observaciones en video y los métodos en línea o por teléfono con fines diagnósticos en niños con TEA, equivale a la evaluación presencial, aunque todavía existe una necesidad de investigación dirigida a la viabilidad de estos métodos (Dahiya et al., 2021).

Tanto las teleevaluaciones como las teleintervenciones psicológicas se han mostrado eficaces en población infantojuvenil para los trastornos internalizantes como los problemas de ansiedad, depresión, ansiedad/depresión o TOC (Orsolini et al., 2021). En cuanto a la prevención del suicidio en adolescentes, las nuevas tecnologías son soportes bien aceptados y tolerados en esta población, aunque son pocos los datos que respaldan el uso de estas intervenciones en la práctica clínica y en las estrategias de prevención (Forte et al., 2021).

Las actitudes de los profesionales de la salud mental ante el empleo de estas tecnologías para las terapias psicológicas son, en general, positivas y encuentran alguna serie de ventajas, como la capacidad de aumentar el acceso a la atención psicológica a colectivos que de otra forma no podrían acceder al tratamiento; características positivas que superan con creces a sus inconvenientes, como los problemas técnicos derivados del uso de la tecnología para este fin, aumento de las molestias por parte de los profesionales o la percepción de impersonalidad (Connolly et al., 2020). Además, este tipo de terapias por videoconferencia, no solamente se ha mostrado eficaz en terapia individual, sino que también es factible y aceptable en modalidades como terapia de pareja o terapia familiar (De Boer et al., 2021).

Algunas revisiones sistemáticas han informado de los costes en términos económicos de la atención en salud mental empleando esta modalidad de atención psicológica, y han evidenciado resultados dispares. Compararon el coste económico de la atención presencial y la de los programas de telepsicología en problemas de depresión, trastornos mentales generales, salud mental infantil y la salud mental geriátrica. Observaron que el 60% de los estudios analizados, informaron de que los programas de telepsicología eran menos costosos, y el 32% mostraron que los programas de telepsicología eran más costosos (Naslund et al., 2020).

La telepsicología ha estado en auge durante el período de confinamiento por la pandemia generada por la COVID-19, y algunos investigadores han realizado recomendaciones y guías prácticas o directrices para mejorar la atención en colectivos concretos asistidos mediante la misma. En concreto, los programas de telepsicología para niños, se han mostrado eficaces para una gran variedad de trastornos (depresión, TDAH, TOC, psicosis, autismo) y contextos (urbano, rural, comunitario, doméstico, forense). Algunas sugerencias prácticas para el tratamiento de niños y adolescentes son (Smith et al., 2020):

- Comentar las características reales de la habitación del paciente para que sepa que puedes verle y oírle.
- Saludar a los pacientes.
- Sustituir el apretón de manos por otro saludo virtual.
- Emplear la comunicación no verbal: expresión facial, gestos, contacto visual, tono de voz.
- Preguntar por la comodidad física: privacidad, temperatura, iluminación.
- Ajustar la voz: más lenta y clara, con pausas más largas después de las preguntas para evitar hablar por encima del otro.
- Asentir y sonreír con frecuencia.



- Mantener el contacto visual (mirar a la cámara).
- Dirigir la disposición de la familia al principio para que todos permanezcan visibles durante toda la consulta y asegurarse de que la iluminación es adecuada.
- Utilizar el zoom y la función de gran angular si es necesario.
- Colocarse de forma que los ojos del terapeuta aparezcan a un tercio de distancia de la parte superior de la pantalla.
- Colocar la imagen del paciente en su pantalla lo más cerca posible de su cámara (para permitir el "contacto visual relativo").
- Mantener ambas cámaras inmóviles.
- Asegurar una iluminación adecuada.

Este tipo de intervenciones no abarca únicamente el contacto por videoconferencia, sino que también se extiende al contacto terapeuta-cliente por mensajes de texto. En este sentido, se ha desarrollado el tratamiento "PaternOnline", en modalidad individual por chat en tiempo real con un profesional sanitario. Está basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), y destinado a individuos jóvenes de entre 12 a 22 años con síntomas depresivos, demostrando efectividad para tratar estos síntomas (Kramer et al., 2014).

## **2.6. Programas de tratamiento online en España**

En España no son tan comunes estos tratamientos dirigidos a niños y adolescentes como en otros países, aunque se han desarrollado algunos programas como el programa "Super Skills", (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019, 2020) o el protocolo unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los problemas emocionales en adolescentes aplicado de forma online "iUP-A" (Espinosa et al., 2022; Sandín et al., 2020), comentados anteriormente.

En general, estos estudios sugieren que las intervenciones entregadas a través de internet pueden ser efectivas para tratar trastornos emocionales en adolescentes y pueden ser especialmente beneficiosas para poblaciones rurales con acceso limitado a servicios de salud mental.

Sin embargo, en este apartado nos centraremos en las aportaciones tecnológicas en cuanto a los tratamientos online destinados a población infanto-juvenil que ha desarrollado un grupo pionero en España en la aplicación de este tipo de terapias, el grupo Labpsitec de la Universidad de Valencia y Jaume I de Castellón.

El Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) de la Universidad de Valencia y Jaume I de Castellón, está compuesto por un grupo de investigadores/as con más de 25 años de experiencia en la aplicación de las nuevas tecnologías a las terapias psicológicas, aplicando técnicas de Realidad Virtual, Realidad Aumentada, Internet, etc., a la psicología clínica.

Han participado en numerosos proyectos Europeos, como el proyecto E-COMPARED, que consistió en un estudio comparativo sobre la eficacia y eficiencia de los tratamientos online para la depresión en Europa (Kleiboer et al., 2016); proyectos Estatales, como el proyecto OPTIMI, el cual se centró en el desarrollo de nuevas herramientas para prevenir la depresión (Botella, et al., 2011); y proyectos Autonómicos, como el proyecto Fobias y Auto-ayuda, que se trató del tratamiento mediante realidad virtual de la fobia a los animales pequeños utilizando Internet y procedimientos de auto-ayuda (Susó-Ribera et al., 2019).

Así mismo, han desarrollado diversas aplicaciones para tratar diferentes problemas de salud mental, entre ellas fobias (Botella, Breton-López et al., 2011; Botella et al., 2016; Quero et al., 2014); problemas con la imagen corporal (Alcañiz et al., 2000); o juego patológico (Botella, 2004), tanto en adultos como en menores.

A continuación, en el siguiente apartado, se presentarán los programas de tratamiento online destinados a población infanto-juvenil desarrollados por el grupo de investigación Labpsitec.

### *2.6.1. Programas de tratamiento online para menores desarrollados por el grupo Labpsitec*

Una gran variedad de los programas desarrollados por este grupo de investigación, podrían tener su aplicación en menores, sin embargo, este apartado se centrará exclusivamente en aquellos programas de intervención online que hayan tenido un desarrollo inicial en población infanto-juvenil.

El programa **ETIOBE**, es un programa web de apoyo a niños en tratamiento de obesidad, dirigido a promover los mecanismos de autocontrol del paciente facilitando el mantenimiento de la pérdida de peso y prevenir las recaídas mediante el establecimiento de hábitos de vida saludables (Baños et al., 2009).

Esta página web se divide en una zona común y en una zona privada. La zona común es un área de acceso libre donde se puede encontrar material psicoeducativo sobre nutrición en menores, vida saludable, deportes, dieta equilibrada, etc. La zona privada está reservada para aquellos menores que estén recibiendo tratamiento para la obesidad. Es en esta zona privada donde se puede acceder a las tareas terapéuticas propuestas por el clínico, como autorregistros, cuestionarios, contacto con otros menores en tratamiento, acceso a juegos psicoeducativos; y diversas funciones para los familiares responsables del menor, como comunicación privada con el terapeuta o material psicoeducativo.

ETIOBE se compone de tres aplicaciones: Sistema de soporte clínico, una herramienta donde el clínico puede diseñar una intervención y luego adaptarla según cómo cambia y progresa el menor; a) Sistema de soporte domiciliario, donde los niños pueden encontrar las tareas que les ha recetado su médico, e incluye componentes e información sobre nutrición y estilos de vida saludable con el apoyo de varios juegos educativos; b) Sistema de soporte móvil, compuesto por un diario de autoinforme dietético y de actividad física basado en

tecnología PDA; y c) Monitor de sensorización e información fisiológica que se conecta en tiempo real al sistema de soporte clínico (Baños et al., 2011).

La investigación reveló que el programa ETIOBE es capaz de aumentar los conocimientos nutricionales de los menores que lo usan. Además, esta aplicación influyó positivamente en la adquisición y aprendizaje de hábitos saludables y fue valorada de forma muy positiva por los usuarios que la emplearon (Baños et al., 2013, 2017).

El grupo Labpsitec también sigue una línea de investigación sobre el desarrollo de juegos serios para el tratamiento de diversas afectaciones en menores, como, por ejemplo, las conductas agresivas o antisociales, reforzando la empatía y actuando sobre la impulsividad en estos trastornos, o para enseñar educación sobre nutrición a los menores (Dominguez-Rodriguez et al., 2017).

### *2.6.2. Otros programas de tratamiento online desarrollados por el grupo Labpsitec*

Este grupo de investigación, además de desarrollar programas de tratamiento online para menores, también ha desarrollado numerosos programas de tratamiento online para adultos.

El programa **Háblame**, es un programa de tratamiento basado en internet autoaplicado, diseñado para tratar el miedo a hablar en público (Botella et al., 2000). Incluye un módulo de evaluación en el que se le presentan al paciente una serie de cuestionarios y entrevistas que ayudan a establecer el diagnóstico de fobia social y le facilitan información detallada sobre el problema. En función de esta evaluación, el programa realiza un tratamiento individualizado con una jerarquía de exposición personalizada. El módulo de tratamiento consta de dos partes, una parte educativa sobre la ansiedad, las fobias y cómo confrontar y modificar los pensamientos negativos asociados a hablar en público; y otra parte principal, que consiste en tareas de exposición para superar el miedo a hablar en público, en las que el usuario hace frente a varios escenarios hablando en público ante vídeos de audiencias reales, clases, tribunales de oposición, reuniones de trabajo, una boda y un congreso (Botella et al., 2004).

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que este programa consiguió reducir eficazmente los niveles de miedo y evitación relacionados con hablar en público y que dicho programa alcanzó el mismo nivel de eficacia que cuando se aplica en formato presencial, manteniendo los beneficios del tratamiento al año de seguimiento (Botella et al., 2007, 2010).

Otro programa de intervención online desarrollado por este grupo, pero aplicado en población perteneciente a la tercera edad, es el programa **Mayordomo**, cuyo objetivo es actuar como una intervención primaria, mejorando la calidad de vida de la tercera edad mediante su utilidad diagnóstica, terapéutica y lúdica.

En su nivel diagnóstico, el objetivo es la detección de sintomatología ansiosa y depresiva; tras esto, el programa decide las opciones terapéuticas y lúdicas recomendadas en función de la situación clínica detectada. A nivel terapéutico se busca generar emociones positivas como la alegría, fomentar la relajación mediante entornos de realidad virtual, y entrenar la memoria autobiográfica, enfocándose en eventos específicos positivos mediante el libro de la vida. A nivel lúdico, se busca aumentar las relaciones sociales de la persona mayor, la estructuración y transmisión de su memoria vital, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el uso de las nuevas tecnologías (Etchemendy et al., 2011).

La investigación ha puesto de relieve que después de utilizar el programa, los participantes aumentaron sus emociones positivas y disminuyeron las negativas; además, obtuvieron altos niveles de satisfacción y experimentaron pocas dificultades en el uso del programa (Botella et al., 2009; Castilla et al., 2013).

### 2.6.3. *Desarrollo de programas de tratamiento online por otros grupos*

También se han desarrollado diversas aplicaciones móviles para el desarrollo de competencias emocionales, como puede ser el programa **EmoticSpace** de la Universidad de Valencia (Barrera et al., 2020), el cual es un programa psicoeducativo en el que mediante el juego, los adolescentes aprenden sobre la comprensión, entendimiento y manejo de las emociones y pensamientos. Está destinado a población general y desarrollado para emplearse en diferentes contextos, como el aula escolar.

Otra aplicación desarrollada en España por la Fundación Internet, Salud y Sociedad para el control de la ansiedad, es la **app Control y Monitor: Ansiedad, Ánimo y Autoestima (Diario ánimo ansiedad)** (Fundación Internet, Salud y Sociedad, 2020). Es una hoja de registro del estado de ánimo digitalizada y sin ningún tipo de asistencia por algún terapeuta. Se basa en introducir en la app cómo se siente el sujeto y a qué hora lo siente y la app guardará sus datos para luego mostrarle gráficas y aspectos sobre su estado de ánimo. También monitoriza la ansiedad mediante cuestionarios de ansiedad-estado y si detecta su presencia, propone ejercicios de relajación dirigidos o actividades.

Una aplicación que está disponible en idioma español, y se desarrolló mediante el proyecto **ECoWeB**, en el que participaron equipos de investigación de países como Reino Unido, Alemania, Bélgica, España, Grecia, República Checa, Dinamarca y Suiza (ECoWeB, 2020); proporciona herramientas atractivas y personalizadas, así como habilidades psicológicas para promover el bienestar emocional y prevenir problemas de salud mental en adolescentes y adultos jóvenes de entre 16-22 años. Evalúa el estado emocional de los usuarios y ofrece intervención psicológica basada en la evidencia a través de la app. Busca aumentar la comprensión acerca de cómo funcionan las emociones y desarrollar habilidades para detectar, comprender y manejar las emociones en los jóvenes.



# **SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO**





## **CAPÍTULO 3**

### **Objetivos e hipótesis**

Tal como se ha comentado a lo largo del desarrollo del marco teórico de este trabajo, existe suficiente evidencia científica previa, para afirmar que la efectividad, eficacia y eficiencia de las intervenciones basadas en internet, para abordar diversas alteraciones psicológicas en población clínica, sub-clínica, comunitaria y en situación de riesgo psicosocial es elevada en población infanto-juvenil. Por tanto, es viable y aconsejable su uso en situaciones en las que no sea posible aplicar terapias presenciales tradicionales, o bien como un complemento de éstas si el caso lo requiere.

### **3.1. Objetivos e hipótesis**

#### *3.1.1. Objetivo general*

El objetivo general del presente trabajo consiste en desarrollar, implementar y evaluar, la usabilidad y eficacia de un programa de autorregulación emocional online basado en internet, asistido por terapeutas, y dirigido a menores con edades comprendidas entre 12 y 15 años, que se encuentren en situación de riesgo psicosocial y que presenten diversas alteraciones psicológicas emocionales y/o comportamentales, relacionadas con situaciones de estrés (maltrato, exposición a sucesos estresantes, consecuencias psicopatológicas derivadas del confinamiento, conflictos familiares y otras experiencias adversas).

#### *3.1.2. Objetivos específicos*

- 1 Desarrollar un protocolo de intervención centrado en la autorregulación emocional que sea atractivo, dinámico e interactivo.
- 2 Adaptación y desarrollo online de los componentes del protocolo de autorregulación, de las actividades a realizar y de los instrumentos de evaluación.
- 3 Aplicación del protocolo de autorregulación online en una muestra piloto de población diana, para comprobar su aceptación y usabilidad, con el fin de obtener datos de menores sobre la viabilidad del programa.
- 4 Aplicación del protocolo de autorregulación online a una muestra de menores más amplia, con el fin de comprobar la eficacia en lo que respecta a las dificultades en la regulación emocional, conocer su aceptación, viabilidad y barreras de uso.

## 3.2. Hipótesis

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y la investigación previa analizada en el marco teórico, las hipótesis que se someterán a prueba son las siguientes:

**Hipótesis 1.** Se encontrarán reducciones estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en los problemas de regulación emocional que presenten los menores.

La investigación ha puesto de relieve que los programas de tratamiento administrados en formato online aplicados a menores, son eficaces para la reducción de los problemas internalizantes (Arnberg et al., 2014; Buttazzoni et al., 2021; Fleming et al., 2014; Karyotaki et al., 2018; Renton et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Rice et al., 2014; Santilhano, 2019; Stasiak et al., 2016; Valimaki et al., 2017; Ye et al., 2014b); problemas externalizantes (Camden et al., 2020; Fluja-Contreras et al., 2019; Nieuwboer et al., 2013; Thongseiratch et al., 2020); problemas de TDAH (Döpfner et al., 2020; DuPaul et al., 2018); problemas en las relaciones con los compañeros y familiares (O'Grady et al., 2016; Ortiz et al., 2013; Sherman et al., 2018; Walker et al., 2014; Wetterborg et al., 2019); y mejoran la regulación emocional en programas concretos (Barrera et al., 2020; V. Espinosa et al., 2022; Sandín et al., 2020). Además, la investigación ha demostrado que las intervenciones online aumentan la prosocialidad en los menores (Bjornsdotter et al., 2020; Mesurado et al., 2020), y las reducciones en las conductas problemáticas son más elevadas en los menores que presentan mayor prosocialidad (Högström et al., 2013).

**Hipótesis 2.** La satisfacción con el programa de intervención entre los menores, así como la alianza terapéutica serán elevadas.

Numerosas investigaciones han informado de que los programas online administrados a través de internet son satisfactorios para el usuario (Day y Sanders, 2018; Ortiz et al., 2013; Stasiak et al., 2018); y la alianza terapéutica no disminuye al aplicarse el tratamiento en formato online, presentando además similar eficacia si se compara con los programas de tipo presencial (Anderson et al., 2012; Donovan et al., 2017; March et al., 2018; Silfvernagel et al., 2015; Spence et al., 2006, 2011; Stasiak et al., 2018). Otros estudios han encontrado

que cuanto mayor es la implicación del terapeuta en el proceso del cumplimiento del programa online, mayor es la adherencia al programa, el compromiso con los objetivos y la confianza con el terapeuta (Van Voorhees et al., 2009).

**Hipótesis 3.** No se hallarán diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en las principales variables dependientes.

La investigación ha evidenciado que los beneficios del tratamiento de este tipo de intervenciones son similares para chicos y chicas en cualquier rango de edad (Smith et al., 2015; Wright et al., 2017) y que el sexo no afecta significativamente a los resultados del programa (Dadds et al., 2019; Piotrowska et al., 2020). Aunque sí se observa que los adolescentes varones tienen menos probabilidades de completar el tratamiento cuando este se administra en modalidad online de forma individual, sin asistencia por un terapeuta (Price et al., 2015; Ruggiero et al., 2015).

**Hipótesis 4.** Se encontrarán diferencias significativas intergrupos entre los diferentes servicios de procedencia de los menores. Siendo el grupo PEDIMET el que más problemas presentará en la regulación emocional, seguido del grupo SAPMEX, y, por, el grupo HCUVA.

Dado que la exposición de los menores a situaciones de riesgo es una condición que predispone al desarrollo de psicopatologías adicionales (Baita, 2015), y diversos meta-análisis han identificado que la exposición temprana a un mayor número de acontecimientos vitales estresantes es un factor que induce a presentar más diagnósticos de problemas internalizantes (Humphreys et al., 2020) y externalizantes (Degli et al., 2020; Yoon et al., 2020); es de esperar que el grupo de menores maltratados tutelados (PEDIMET) exhiba más problemas en la regulación emocional, seguido del grupo de menores expuestos a violencia de género (SAPMEX), y del grupo de interconsulta hospitalaria (HCUVA).

**Hipótesis 5.** El número de recordatorios enviado a los menores para que no se olviden de finalizar la intervención MAM@ será un moderador de los resultados de regulación emocional en el post-test.

La investigación ha observado que el único componente suficiente para provocar efectos más fuertes, en los programas de intervención para padres online, es el componente de “envío de recordatorios a los padres para trabajar en el programa” (Thongseiratch et al., 2020). Otros factores que pueden contribuir a que los recordatorios influyan en las mejoras de los resultados de psicopatología, se observan en investigaciones que han demostrado que cuanto más viable es la usabilidad de los programas de tratamiento online, y se establece una alianza terapéutica más satisfactoria con los menores, los problemas emocionales y conductuales se reducen de forma significativa (Rooksby et al., 2015; Wozney et al., 2017), ya que la alianza media y mejoran los resultados de tratamiento (Metcalf et al., 2021).

**Hipótesis 6.** Las elevadas puntuaciones en desregulación emocional obtenidas en el pre-test, constituirán un factor de riesgo para que, tras la intervención MAM@, los menores no disminuyan los altos niveles en desregulación emocional.

Se cree que puntuaciones de desregulación emocional elevadas en el pre-test serán un impedimento para que los menores consigan disminuir de forma significativa la sintomatología clínica en el post-test, ya que según las características particulares de los menores expuestos a diversos estresores psicosociales (Baita, 2015; Cadamuro et al., 2021; Cervera et al., 2020; Crescentini et al., 2020; El-Khodary y Samara, 2019b; Fayyad et al., 2017; Flores et al., 2020; Mostan et al., 2021), éstos pueden ser más resistentes al cambio terapéutico.

## **CAPÍTULO 4**

# **Desarrollo del programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@)**

En este capítulo se presenta el desarrollo del programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@). Su desarrollo fue financiado en virtud de la convocatoria competitiva bajo el modelo de Prueba de Concepto de la Fundación Séneca 2021 (nº expdte: 21674/PDC/21). La Fundación Séneca concedió una ayuda al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia, Psicología Clínica de la Universidad de Murcia (GUIIA-PC-E069-03) para el desarrollo de este programa de intervención online.

El desarrollo del protocolo de intervención MAM@ está basado en el protocolo de tratamiento del Programa de Evaluación, Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados (PEDIMET), que, previamente, el grupo GUIIA-PC, encargado del desarrollo del programa MAM@, desarrolló basándose en revisiones meta-analíticas (Rosa-Alcázar et al., 2010), para el tratamiento de reacciones postraumáticas en la infancia y la adolescencia. Si bien, se modificaron algunos aspectos para su adaptabilidad a formato online.

El protocolo en el que se basa el desarrollo del programa MAM@, cuenta con datos de eficacia cuando se aplica en modalidad tradicional presencial y apoyado por el sistema de Realidad Virtual Engaging Media for Mental Health Applications (EMMA), y ha sido validado en tesis doctorales (Prieto-Larrocha, 2016) y artículos publicados en revistas científicas (Alcántara et al., 2017; Castro et al., 2019; López-Soler et al., 2012).

El programa MAM@ desarrolla un módulo de autorregulación emocional, dirigido a población infanto-juvenil en situación de riesgo psicosocial, que presenten diversas alteraciones emocionales y/o comportamentales, relacionadas con situaciones de estrés (maltrato, exposición a eventos traumáticos, consecuencias psicopatológicas derivadas del confinamiento, conflictos familiares y otras experiencias adversas), centrándose en el reconocimiento y expresión emocional.

El desarrollo técnico del programa MAM@, su plataforma web, videos, imágenes, interfaz, sonidos, juegos, avatares, gráficos, etc., fueron diseñados y elaborados en colaboración con el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) de la Universidad de Valencia.

#### **4.1. Justificación para el desarrollo del MAM@**

La necesidad de diseñar y elaborar este tipo de intervenciones está justificada por su desarrollo y proliferación tanto a nivel internacional como a nivel nacional.



En el panorama de la investigación internacional, existen evidencias las cuales indican que los programas de tratamiento online son eficaces para tratar diversos problemas psicológicos (Donovan et al., 2017; Gladstone et al., 2020; Hetrick et al., 2017; Kassam-Adams et al., 2016; Waite et al., 2019).

Tras realizar una extensa revisión sistemática de la literatura, con respecto a los tratamientos administrados mediante protocolo online, se ha observado que los protocolos que hay publicados rara vez se han adaptado a otras culturas y prácticamente la totalidad de estos tratamientos no han sido traducidos ni validados para el idioma, la cultura y la sociedad de nuestro país, por lo que la aplicabilidad de estos programas de tratamiento ya desarrollados en España no es viable.

En el panorama nacional, no han proliferado tanto este tipo de tratamientos, siendo bastante escaso el número total de programas de intervención online disponibles. Si bien, se han desarrollado dos programas de estas características, como son: el programa “Super Skills”, que es un programa de intervención de tipo transdiagnóstico, basado en la terapia cognitivo-conductual, que integra la retroalimentación en video con la preparación cognitiva; destinado a reducir la ansiedad y sus problemas comórbidos, y a potenciar la capacitación de las habilidades sociales y la activación conductual en los niños/as de población general. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que existen reducciones significativas en el nivel de ansiedad y depresión en los menores de población general y un aumento de sus habilidades sociales y de comunicación tras el tratamiento (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019, 2020).

El otro protocolo de tratamiento online destacado a nivel nacional es el protocolo unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los problemas emocionales en adolescentes aplicado de forma online “iUP-A”. En este sentido, una reciente investigación con 12 adolescentes que presentaban ansiedad y depresión elevada, informó de disminuciones autoinformadas de ansiedad y síntomas depresivos, encontrándose además una alta viabilidad y aceptabilidad del programa, ya que todos los participantes y los padres responsables

informaron de una mejora en la capacidad de los adolescentes para hacer frente a las emociones (Sandín et al., 2020).

Como se ha comentado anteriormente, la proporción de menores que usan las nuevas tecnologías es muy elevada, y el uso de ordenadores e internet es prácticamente universal (INE, 2022). Debido a que el uso de estos dispositivos es muy atractivo para los adolescentes (Alcántara et al., 2017), y a la plasticidad neuronal, es decir, que el cerebro es modificable ante las experiencias, especialmente en las etapas más tempranas de la vida (Baita 2015), la aplicación de estas tecnologías con fines terapéuticos puede ser un gran aliado para generar efectos positivos en la salud mental de los adolescentes. Esta etapa del ciclo vital es convulsa y puede existir el riesgo de que se generen ciertas condiciones que deriven en el desarrollo de problemas de salud mental (Branje, 2018; Kroger et al., 2010; Pfeifer y Allen, 2021; Sanghvi, 2020; Castellanos-Ryan et al., 2016). Por todo ello, se hace necesario desarrollar programas de intervención online como el programa MAM@.

El principal valor de este programa es su Retorno Social de la Inversión, ya que su aplicación tendrá un impacto positivo en la vida de las familias y los menores, debido a que busca reducir la desigualdad y mejorar el bienestar, incorporando beneficios sociales y económicos, al disminuir el impacto de factores de riesgo, tales como imposibilidad de acceso a servicios de atención psicológica por distancia, falta de recursos y tiempo, entre otros. Además, podría beneficiar la asistencia psicológica en condiciones de posible aislamiento por problemas sanitarios, como en la actual pandemia por COVID-19. El impacto esperado más importante de este proyecto es la mejora de la calidad asistencial de los menores.

## 4.2. Herramientas empleadas para el desarrollo del programa MAM@

El programa MAM@ se impulsó en colaboración con el Laboratorio de Psicología y Tecnología de la Universidad de Valencia, y se emplearon diferentes herramientas para el desarrollo técnico del programa online.

Para la elaboración y el desarrollo de la web se empleó una plataforma denominada **Wix.com**, la cual pertenece a la compañía Wix. Esta herramienta permite la creación de sitios web HTML5 y sitios móviles de una forma muy sencilla, a través de diferentes plantillas, o creando un diseño de web propio. Es una herramienta muy intuitiva y fácil de emplear, que permite la creación de páginas web de una forma rápida, elaborada y poco costosa.

Las imágenes del programa MAM@ se extrajeron de la plataforma de recursos gráficos gratuitos **Freepik**. Esta web permite la descarga y personalización de imágenes, stickers e iconos para incorporar a la elaboración de las webs.

La creación de contenido audiovisual (vídeos multimedia), se llevó a cabo mediante la herramienta **Powtoon**. Este software de animación, basado en la web, permite crear presentaciones animadas manipulando objetos creados previamente, importar imágenes, música, añadir voz, etc.; de forma muy intuitiva, con total libertad para la creación de videos por parte de los usuarios y de manera personalizada.

Para el desarrollo y aplicación de los instrumentos de medición online, se empleó la herramienta **Qualtrics**. Esta herramienta ofrece una plataforma online para la gestión de la experiencia del cliente. Permite crear cuestionarios web de forma rápida y sencilla, que pueden ser incorporados a una plataforma online para que el cliente los pueda cumplimentar. El propio programa crea una base de datos de forma automática con los resultados obtenidos tras completar las diversas encuestas y ejercicios.

### 4.3. Desarrollo y elaboración del programa MAM@

El inicio de este programa comenzó en enero de 2022 con la Resolución de la Presidenta de la Fundación Séneca, de fecha 27 de diciembre de 2021, por la que se resuelven las Ayudas a Grupos de Investigación para la Comercialización y Explotación Industrial de Resultados bajo el modelo Prueba de Concepto integradas en el programa Séneca 2021 (nº expdte: 21674/PDC/21). El desarrollo técnico del programa MAM@, su plataforma web, videos, imágenes, interfaz, sonidos, juegos, avatares, gráficos, etc., fueron desarrollados en colaboración con el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) de la Universidad de Valencia.

Como se ha explicado anteriormente, el desarrollo del protocolo del programa MAM@ se basó en el protocolo de intervención del proyecto PEDIMET (López-Soler et al., 2022) con algunas adaptaciones basadas en manuales de regulación emocional y trauma (Aguado-Romo, 2016; Álava-Reyes, 2010; Bach, 2015; Canales-Rodríguez et al., 2010; Deb, 2019; Fazzari, 2012; Fromm, 2018; Goleman, 1995; Lomas, 2018; Morgado, 2017; Oaklander, 1988; Pérez-González, 2017; Porges, 2018; Puentes y Aleman, 2018; Rovira, 2019; Sales, 2019; Stamateas, 2012; Verdick y Lisovskis, 2017; Vivas et al., 2007). Con esa finalidad, se elaboró un guion para llevar a cabo el diseño y elaboración de los componentes del programa y se desarrollaron de forma independiente los siguientes componentes de tratamiento:

1. Introducción a las emociones.
2. Alegría.
3. Tristeza.
4. Enfado.
5. Miedo.
6. Culpa.
7. Afecto.
8. Empatía.

El programa de Mejora de la Autorregulación en Menores Online (MAM@; <https://labpsitec.wixsite.com/emociones>) se dirige a menores de entre 12 y 15

años, expuestos a situaciones de riesgo psicosocial, como un complemento a su terapia habitual. La estructura de la web consiste en una serie de vídeos, lecturas y ejercicios interactivos con la web, relacionados con la identificación, comprensión, modulación y expresión emocional (Goleman, 1995) en cada uno de los módulos de intervención. Cada módulo cuenta con amplio material psicoeducativo y diversos ejercicios, adaptados a las situaciones con las que los menores expuestos a situaciones de riesgo psicosocial podrán sentir mayor identificación personal.

A lo largo de los diferentes componentes del programa, cuatro personajes virtuales acompañan a los menores. Estos personajes son (véase Figura 4.3):

- **La detective de las emociones**, la cual preguntará a los menores todo lo que saben sobre las emociones y les explicará todo lo que los expertos dicen al respecto.
- **La investigadora de las emociones**, la cual pondrá a prueba las emociones de los menores a través de diferentes actividades.
- **La entrenadora de las emociones**, la cual propondrá a los menores una serie de ejercicios para que practiquen estrategias de regulación emocional.
- **El sabio de las emociones**, el cual ofrecerá a los menores una serie de claves para que sean conscientes de las emociones y puedan aprender a gestionarlas y expresarlas.

Todos los módulos, salvo el módulo introductorio, siguen la misma estructura, la cual es: (a) Evaluación inicial mediante ejercicios de verdadero o falso sobre la emoción a tratar; (b) Psicoeducación sobre la emoción objetivo del módulo; (c) Desarrollo de ejercicios de identificación y comprensión emocional; destinados a aumentar el autoconocimiento emocional de los menores, mediante cuentos breves y preguntas sobre el cuento; preguntas directas sobre la emoción a trabajar (dónde sienten la emoción, cuando fue la última vez que la sintieron, quien estaba allí, etc.); situaciones en las que los menores sienten esas emociones; y ejercicios de reconocimiento facial; (d) Desarrollo de ejercicios de expresión emocional, basados en la detección corporal de la emoción y

focalización de la atención; (e) Claves o consejos para una adecuada regulación emocional, basados en ejercicios de monitorización de los estados emocionales a nivel cognitivo, motor y fisiológico (Lang, 1968).

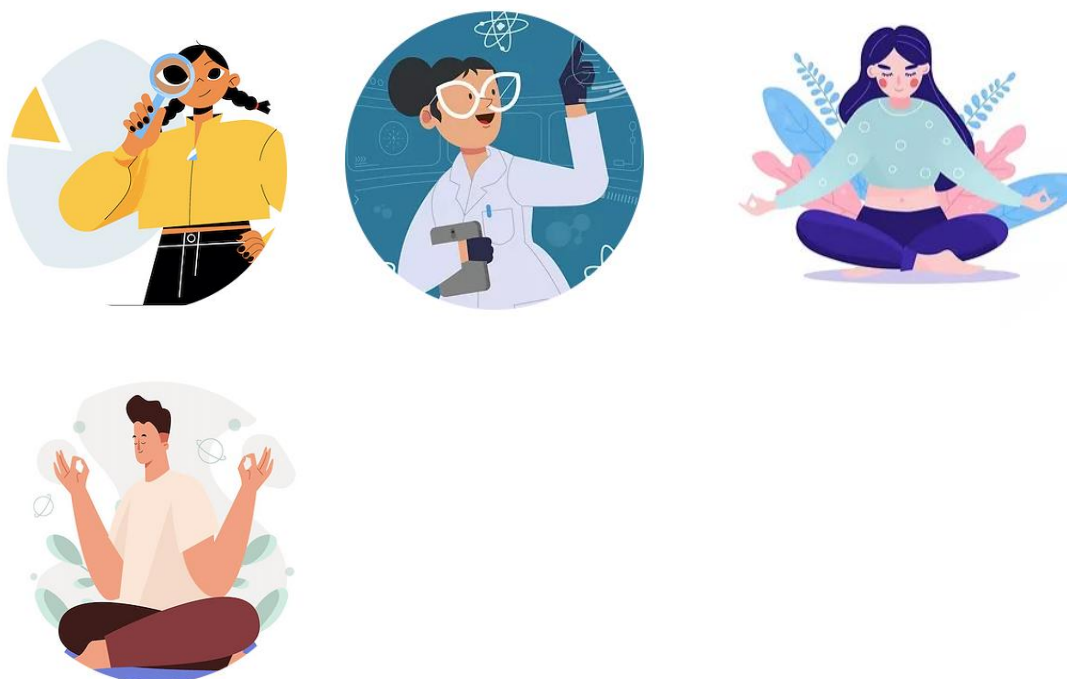
El contenido de los módulos de intervención resumido se puede encontrar en la Figura 4.3-A.

Durante el desarrollo del programa, todas las respuestas que proporcionan los menores a las diferentes preguntas que se formulan en las actividades, ya sea de seleccionar opciones o de desarrollar contenido, son recogidas por el programa Qualtrics.

A continuación, se describe el guion que se siguió para la elaboración de los diferentes componentes del programa de Mejora de la Autorregulación en Menores Online (MAM@) y se expone el guion específico desarrollado para cada uno de los componentes del programa (introducción, alegría, tristeza, enfado, miedo, culpa, afecto y empatía).

### Figura 4.3

*Personajes virtuales del programa MAM@*



## Figura 4.3-A

### Contenido resumido de los módulos del programa MAM@

<p><b>Módulo introductorio</b></p>	<p><b>Módulo alegría</b></p>	<p><b>Módulo tristeza</b></p>	<p><b>Módulo enfado</b></p>
<p>-Psicoeducación sobre:  Reconocimiento emocional, monitorización del estado de ánimo, focalización de atención, expresión y regulación emocional.  -Evaluación PRE de forma online.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -2 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -2 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -3 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.</p>
<p><b>Módulo miedo</b></p>	<p><b>Módulo culpa</b></p>	<p><b>Módulo afecto</b></p>	<p><b>Módulo empatía</b></p>
<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -4 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.  -3 ejercicios de reconocimiento y expresión de la emoción.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -2 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.  -2 ejercicios de reconocimiento y expresión de la emoción.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -2 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.  -1 ejercicio de reconocimiento y expresión de la emoción.</p>	<p>-Evaluación conocimientos (4 preguntas V-F).  -Psicoeducación emoción.  -2 ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción.  -2 ejercicios de reconocimiento y expresión de la emoción.</p>

### *4.3.1. Guion para el desarrollo de los componentes del programa MAM@*

#### **1º Evaluación inicial**

Se comienza la sección con una evaluación rápida y sencilla (5-6 preguntas máximo) de tipo verdadero/falso sobre lo que el niño/a sabe sobre la emoción a trabajar. Se debe incluir la pregunta, si es verdadera o falsa y justificar por qué es verdadera o falsa.

#### **2º Psicoeducación sobre la emoción a tratar**

Se define cada emoción en relación con las otras emociones, cuándo suele aparecer habitualmente, ante qué estímulos, de qué nos informa esa emoción, cómo se reconoce esa emoción, qué etiquetas puede tener, sensaciones corporales fisiológicas de la emoción, expresiones faciales de la emoción, componentes motores de la emoción, componentes cognitivos de la emoción, cómo nos conecta/aleja de los demás.

Es fundamental que en este apartado quede bien clara la comprensión “completa” de la emoción en términos sencillos. Ya que la comprensión y reconocimiento de la emoción, es la base para regularla y expresarla adecuadamente.

#### **3º Desarrollo de ejercicios de comprensión y etiquetado de la emoción**

Aquí se podrían encuadrar los ejercicios destinados a aumentar el autoconocimiento de sí mismo, que busquen aumentar el nivel de empatía con los demás, que mejoren la comunicación asertiva, la resolución pacífica de conflictos y una mejor toma de decisiones o que ayuden a tomar conciencia de cómo se decide bajo la activación de esta determinada emoción.

Algunos ejemplos de estos ejercicios pueden ser:



- Situaciones que provocan una determinada emoción (lista de situaciones) y que el niño seleccione entre dichas situaciones las que más le representen, e incluso pueda graduarlas.
- Reconocimiento facial de la emoción en una imagen con varias emociones distractoras (interactivo, check si acierta, cruz si no acierta).
- Preguntas directas formuladas al chico/a acerca de cuándo fue la última vez que sintió determinada emoción, que fue lo que pasó, qué piensa cuando siente determinada emoción, qué hace cuando siente esa emoción (a modo lista o a modo pregunta directa), para qué le sirve al niño esa emoción, qué siente, escucha o piensa el niño cuando siente determinada emoción, dar nombre propio (o forma física mediante la selección de un avatar) a la emoción una vez se haya definido, etc.
- Narrativas breves en las que al final se planteen preguntas sobre la emoción, acerca de cómo reaccionan los personajes ante esa emoción, cómo creen los chicos/as que se sienten los personajes, etc.
- Historias con preguntas finales destinadas a favorecer ponerse en el lugar del otro, resolver conflictos atendiendo a las propias emociones y las emociones de los demás, intereses, motivos, necesidades.
- Otro tipo de ejercicios aplicados al contexto de este módulo.

#### **4º Desarrollo de ejercicios de reconocimiento y expresión de la emoción**

Aquí se enmarcan los ejercicios relacionados con monitorizar los estados emocionales (a nivel cognitivo, motor y fisiológico) antes de que la emoción se apodere de nosotros/as. Ejercicios de focalización de la atención. Ejercicios de detección corporal de la emoción, reconocer pautas en el cuerpo que nos den información.

Algunos ejemplos de estos ejercicios pueden ser:

- Selección de una imagen (entre varias), aquella que más le conecte con la emoción concreta y de respuesta a varias preguntas, tales como: qué piensa al ver la escena, qué haría si estuviese allí, qué ve, cómo se imagina que se huele, qué puede ver allí, qué sonidos habría, qué sensaciones corporales nota en su cuerpo, etc.
- También puede seguir el formato de los ejercicios del apartado anterior, la diferencia estriba en centrar el ejercicio en la comprensión y etiquetado de la emoción frente al reconocimiento y expresión de la misma.

### **5º Tips/claves/consejos para una adecuada regulación de la emoción**

En este apartado final se proporcionará a los menores orientaciones y claves para que consigan de forma más adecuada una buena regulación emocional. La finalidad de éstos será favorecer que sean conscientes de las propias emociones conforme se van produciendo y no una vez que ya se han originado. Por ello, aquí encajarían recomendaciones sobre enfriamiento de la emoción (es decir, conseguir volver a la calma sin sufrir arrebatos emocionales), activación del hemisferio izquierdo (es decir, claves para realizar un adecuado control cognitivo de los estados emocionales a través del lenguaje), cambios contextuales cuando se está alterado, etc.

#### *4.3.2. Guion del componente de introducción a las emociones*

### **Reconocimiento**

<<VIDEO>>

Las emociones son reacciones que se producen ante determinadas situaciones que prepararan a nuestro organismo para actuar. Cuando se desencadena una emoción, a menudo, aparecen pensamientos; por ejemplo, alguien que siente tristeza puede tener pensamientos sobre sí mismo como “nunca haré algo bien”, o una persona que siente alegría puede tener pensamientos como “qué contenta estoy, esta tarde es mi fiesta de cumpleaños”. Además, cuando experimentamos

una determinada emoción, nuestro cuerpo reacciona; por ejemplo, el miedo, está asociado con la aceleración del corazón y la tensión en nuestros músculos, mientras que la tristeza está asociada al llanto y a una sensación de pesadez en todo nuestro cuerpo. Por último, ante una emoción, sentimos el impulso de realizar una determinada conducta o acción. Parece que nuestro cuerpo sabe, casi de forma automática, cuál es la mejor acción a partir de una emoción determinada; por ejemplo, salir corriendo para evitar un peligro.

Existen muchas emociones distintas y todas sirven para que podamos organizar nuestra conducta con el objetivo de garantizar nuestra supervivencia, tomar decisiones o comunicarnos con los demás. Algunas son primarias, instintivas y las tenemos todas, como la alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco. Otras emociones son aprendidas y constituyen una combinación de las primarias, como, por ejemplo, la culpa o la envidia. Las emociones tienden a clasificarse como positivas y negativas. Las positivas están asociadas con el bienestar, y las negativas con el malestar, pero todas ellas son adecuadas y necesarias, no podemos evitarlas, pero sí aprender a manejarlas, ya que tienen una gran influencia en nuestra conducta y nuestro pensamiento. (Véase Figura 4.3.2).

### **Regulación emocional**

<<VIDEO>>

Cuando estamos atrapadas/os y desbordados por las emociones, nos sentimos incapaces de escapar de ellas. Si no nos damos cuenta de ellas, tendríamos un nivel bajo de reconocimiento emocional. Por otro lado, cuando nos damos cuenta de lo que hemos sentido, una vez ha terminado la situación en la que hemos sido atrapadas por las emociones, por ejemplo, tras levantarle la voz a una persona, después de esa situación piensas y te das cuenta, de que algo has hecho mal, incluso puedes disculparte. En ese caso nos damos cuenta de las emociones después de habernos dejado llevar por ellas, entonces esto correspondería con un nivel medio de reconocimiento emocional. Por último, podemos darnos cuenta de las emociones a medida que se van produciendo; por ejemplo, podemos darnos cuenta de las sensaciones en el cuerpo, de los pensamientos que

acompañan a las emociones conforme van apareciendo. Esto nos permite estar mejor y tener bienestar, lo que se corresponde con un nivel alto de reconocimiento emocional.

### **Trucos para reconocer las emociones.**

A continuación, te mostramos 3 trucos para que aprendas a reconocer tus emociones y ser consciente de ellas.

- **Detectar las emociones.** Para reconocer o identificar una emoción ante una situación determinada es importante que te preguntes lo siguiente: 1) ¿Qué estoy pensando?; 2) ¿Qué estoy notando en mi cuerpo?; 3) ¿Qué quiero hacer?
- **Dirigir tu atención hacia donde quieras.** Presta atención a tus pensamientos, sensaciones corporales, y acciones relacionadas con la emoción. ¿Tu reacción te ayuda a conseguir lo que quieres?
- **Etiquetar y expresar la emoción.** Etiquetar y expresar una emoción consiste en poner palabras a lo que estamos sintiendo. ¿Cuántas emociones conoces? <<INSERTAR IMAGEN RUEDA EMOCIONES>>

### **Presentación de los personajes del programa MAM@**

Para acompañarte en este proceso de aprendizaje emocional, a lo largo del programa te encontrarás con tres personajes que te guiarán y ayudarán a consolidar tu aprendizaje sobre las emociones. Aquí te los presentamos:

- La **detective de las emociones** te preguntará todo lo que sabes sobre las emociones y te explicará todo lo que dicen los expertos al respecto.
- La **investigadora de las emociones** pondrá a prueba tus conocimientos a través de diferentes actividades (p.ej., cuentos, cuestionarios).
- La **entrenadora o coach de las emociones** te propondrá una serie de ejercicios para que practiques estrategias de regulación emocional.
- El **Sabio de las emociones** te ofrecerá una serie de claves para que seas consciente de la emoción y puedas aprender a gestionarla y expresarla.

## Ponte a prueba

Para terminar con el entrenamiento, el día de hoy te proponemos un ejercicio de verdadero o falso para que repases el contenido aprendido.

1. Una emoción no va acompañada de pensamientos, cambios en nuestro cuerpo, y conductas. **V/F** (las emociones se acompañan de tus pensamientos, cambios en el cuerpo y conductas).
2. Una de las funciones de las emociones es garantizar nuestra supervivencia. **V/F** (las emociones garantizan nuestra supervivencia).
3. Cuando las personas están atrapadas y desbordadas por sus emociones presentan un nivel medio de reconocimiento emocional. **V/F** (cuando las personas están atrapadas y desbordadas por sus emociones presentarían un nivel bajo de reconocimiento emocional).
4. No es necesario trabajar con la atención para reconocer las emociones. **V/F** (es necesario entrenar tu atención para reconocer las emociones).

### Figura 4.3.2

*Reconocimiento e identificación emocional MAM@*

#### 1. DETECTAR LAS EMOCIONES

Para reconocer o identificar una emoción ante una situación determinada es importante que te preguntes lo siguiente:

1. ¿Qué estoy pensando?
2. ¿Qué estoy notando en mi cuerpo?
3. ¿Qué quiero hacer?



### 4.3.3. Guion del componente alegría

#### 1º Evaluación inicial (detective)

El detective de emociones quiere saber todo lo que conoces sobre la emoción de alegría.

1. La alegría suele representarse con una sonrisa. **V/F** (la sonrisa es un movimiento provocado por numerosos músculos de la cara y suele expresar alegría).
2. La alegría es la emoción contraria a la tristeza. **V/F** (la alegría es la emoción contraria a la tristeza, a sentirse sin ganas, como si no tuvieras fuerza).
3. La alegría es una emoción que dura para siempre. **V/F** (la alegría es una emoción pasajera, que no dura para siempre).
4. La alegría sirve para detectar las cosas que son importantes para nosotr@s. **V/F** (la alegría sirve para saber que las cosas van bien y para celebrar con los demás).

#### 2º Psicoeducación

¿Qué es la alegría? <<VIDEO>>

En el siguiente vídeo, el detective de emociones te explicará en qué consiste la emoción de alegría, y también te dará pistas para que sepas reconocerla y expresarla.

La alegría es una emoción que se produce cuando ocurren cosas positivas para nosotr@s, cuando nos sentimos seguros, cercanos, escuchados, atendidos y respetados por personas cercanas a las que queremos, cuando conseguimos una meta que nos habíamos propuesto o nos sentimos bien.

Se puede sentir alegría:

- Cuando ocurre algo bueno, que queremos.
- Cuando solucionamos algún problema.
- Al estar con amig@s y personas a las que queremos.
- Cuando vemos las cosas positivas que pasan a nuestro alrededor.
- Cuando vemos a otras personas que están contentas.
- Cuando nos sorprenden con algo que nos gusta.
- Al ayudar a otros a ser felices.
- Cuando juegas a algo que te gusta.

La alegría se manifiesta por todo el cuerpo, pero especialmente en la zona de la cara, con la apertura de los ojos y de la boca, dibujando una sonrisa que puede llegar a ser carcajada. También se expanden los músculos del pecho, la garganta y las cuerdas vocales. Todos estos cambios en nuestro cuerpo aumentan nuestro bienestar.

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado de la alegría (investigadora)**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de alegría.

1. ¿Qué cosas te hacen sentir alegre?
2. ¿Con qué personas estás cuando sientes alegría?
3. ¿Cuándo fue la última vez que estuviste alegre?
4. ¿Podrías decirme una canción/película/cuadro/libro que te haga sentir alegre?

A continuación, identifica entre estas imágenes aquellas personas que están alegres:

<<<INSERTAR IMÁGENES>>> (Véase Figura 4.3.3).

#### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión de la alegría (entrenadora)**

La entrenadora de emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de tristeza.

Elige una escena que te haga sentir alegre y practica el siguiente ejercicio:

<<<INSERTAR IMÁGENES>>>

- ¿Qué estás pensando ante esa escena?
- ¿Qué harías si estuvieras allí?
- ¿Qué ves? (p. ej., figuras, objetos, paisajes, colores).
- ¿Qué olores percibirías si estuvieras en esa escena?
- ¿Qué sonidos habría?
- ¿Qué notas en tu cuerpo? (p. ej., movimiento, calor, frío, etc.).

Ahora observa cualquier sentimiento positivo que tengas y disfrútalo mientras que saboreas la escena.

#### **5º Claves para regular la alegría**

A continuación, encontrarás algunas claves para que seas consciente de la emoción de alegría, y así puedas aprender a gestionarla y expresarla adecuadamente.

- Reconoce tu emoción de alegría, se consciente de ella, localízala en tu cuerpo y céntrate en ella.
- Piensa sobre esa emoción, analiza la alegría, ¿de dónde te viene? ¿qué ha pasado? ¿qué estás pensando?
- Expresa la alegría, compártela con los demás, coméntales tus motivos de felicidad.



### Figura 4.3.3

Identificación de alegría MAM@



#### 4.3.4. Guion del componente tristeza

##### 1º Evaluación inicial (detective)

El detective de emociones quiere saber todo lo que conoces sobre la emoción de tristeza.

1. La tristeza es una emoción positiva que nos genera placer V/F (La tristeza es una emoción negativa que nos provoca malestar).
2. Cuando estamos tristes, tenemos mucha energía para realizar cualquier actividad V/F (Cuando estamos tristes, nuestra energía decae y no tenemos fuerzas para realizar actividades, solo para centrarnos en nosotros mismos).
3. Todo el mundo se siente triste alguna vez V/F (La tristeza es una emoción universal, todos la experimentamos alguna vez en nuestra vida, nos ayuda a adaptarnos a un momento de cambio o pérdida).
4. Lo mejor cuando estamos tristes es callarnos y que nadie se dé cuenta de que estamos tristes V/F (Llorar, o hablar lo que nos sucede con alguien).

de confianza nos ayuda a aliviar la tristeza y a procesar lo que ha ocurrido).

## 2º Psicoeducación

¿Qué es la tristeza? <<VIDEO>> (Véase Figura 4.3.4).

- La tristeza es una emoción que surge cuando perdemos algo o a alguien importante para nosotros, cuando no salen bien nuestros planes o cuando algo que parecía ir bien sale mal.
- Generalmente, solemos tratar de evitar la tristeza ya que nos provoca una sensación de malestar, vacío, desmotivación y dolor. Cuando estás triste puedes tener la sensación de que nunca te vas a recuperar, pero esa sensación desaparece al poco tiempo.
- La tristeza tiene muchos nombres, como desconsuelo, melancolía, pesimismo, nostalgia, abatimiento. Es la emoción contraria a la alegría. Todo el mundo la siente alguna vez en su vida en diferentes grados de intensidad, a veces puede ser tristeza pasajera, que desaparece a los minutos u horas y otras veces puede durar varios días o semanas, dependiendo del motivo que desencadenó nuestra emoción de tristeza.
- Con la tristeza, el ánimo está por los suelos, sentimos el cuerpo pesado y frío, la mente se nos llena de pensamientos negativos, nos sentimos decaídos, irritables, incapaces de disfrutar, e incluso podemos sentir dolor en el pecho, dificultad para respirar o no tener ganas de comer.
- Sin embargo, la tristeza nos hace conectar con nosotros mismos, nos hace dejar a un lado lo que sucede en el exterior y nos conecta con nuestro mundo interior, para permitirnos asimilar lo que ha ocurrido y adaptarnos a la pérdida.

- Cuando estamos tristes, es muy importante poder desahogarse, hablando con alguna persona de confianza, o llorando. De esta forma se consigue aliviar el peso que genera en nosotros la tristeza.
- Las causas que nos provocan tristeza pueden ser externas a nosotros (como la pérdida de un ser querido, separación de los padres, etc.) o bien encontrarse en nuestro interior (como estar pensando continuamente en momentos pasados que ya no volverán o echar de menos a la familia y a los amigos).

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado de la tristeza (investigadora)**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de tristeza.

¿Qué situaciones te ponen triste? <<Lista multi-selección>>

- Cuando los seres queridos enferman o mueren.
- Si perdemos algo que valoramos mucho.
- Por no ver a amigos/as.
- Al no recibir afecto y atención suficientes.
- Si alguien no quiere estar a nuestro lado.
- Cuando alguien nos insulta o se burla de nosotros.
- Cuando un amigo/a nos da de lado.
- Si no nos dejan jugar en un grupo.
- Cuando nos rechazan por ser diferentes.
- Cuando vemos tristes a otras personas que queremos.
- Si tenemos que abandonar un lugar, la familia, etc.
- Pensar demasiado en el pasado.
- <<CUADRO DE TEXTO PARA AÑADIR OPCIONES DEL NIÑO>>

¿Recuerdas una situación en la que te sentiste triste? ¿Qué pasó? ¿Quién estaba allí? ¿Qué sucedió? <<CUADRO TEXTO>>

Cuando estás triste, ¿Cómo tratas de desahogarte? <<Lista multi-selección>>

- Te alejas de los demás.
- Lloras.
- Gritas.
- Te enfadas.
- Se lo cuentas a un amigo.
- Hablas con un educador.
- Te acuestas a dormir.
- Te vas a jugar para olvidarte.
- Tiras o rompes cosas.
- Te quedas callado.

<<CUADRO DE TEXTO PARA AÑADIR OPCIONES DEL NIÑO>>

¿Cuentas con alguna persona para hablar sobre lo que te sucede cuando estás triste? ¿Quién? <<CUADRO TEXTO>>

¿Cuándo estás triste realizas alguna actividad como escribir o escuchar música para sentirte acompañado? ¿Qué haces? <<CUADRO TEXTO>>

¿Qué intenta enseñarte tu tristeza? ¿Cómo quiere ayudarte? <<CUADRO TEXTO>>

Cuando los demás están tristes, ¿Tratas de consolarles y estar con ellos? ¿Cómo lo haces? <<CUADRO TEXTO>>

¿Qué piensas, ves, escuchas o sientes cuando estás triste? <<CUADRO TEXTO>>

¿Podrías decirme una canción/película/cuadro/libro que te haga sentir triste? <<CUADRO TEXTO>>

A continuación, identifica entre estas imágenes aquellas personas que estén tristes: <<INSERTAR IMÁGENES>>

#### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión de la tristeza (entrenadora)**

La entrenadora de emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de tristeza.

Mira los siguientes vídeos y contesta a las preguntas:

<<INSERTAR VÍDEO>> Guion:

“Isa llegó muy triste a la escuela el otro día. En su casa están pasando muchas cosas. Su hermana mayor ha tenido que irse de su casa después de una fuerte discusión con su madre. Ahora, la madre de Isa, controla continuamente su móvil para comprobar que no hable con su hermana. Isa es una chica muy estudiosa, pero últimamente se comporta como si ya nada le importase. Sus profesores están preocupados por ella, ya que la semana que viene tiene exámenes e Isa no tiene ningún ánimo para estudiar”.

Trata de ponerte en el lugar de Isa y contesta:

- ¿Qué crees que está pensando Isa?
- ¿Cómo crees que se está sintiendo Isa?
- ¿Qué nota Isa en su cuerpo?
- ¿Cómo se está comportando Isa?
- ¿Cómo ayudarías a Isa?
- ¿Qué crees que pasaría si Isa no recibe ayuda?

<<INSERTAR VÍDEO>> Guion (extraído de protocolo PEDIMET (Modificado de Herrera et al., 2006):

“Juan es un chico que siempre está triste. Todo en la vida le parece aburrido. Cuando se asoma a la ventana sólo ve las mismas cosas, los mismos coches, la misma gente. A Juan no le van bien los estudios. Casi siempre suspende. Juan no encaja con los compañeros y suele quedarse

solo. Él cree que es un desastre. ¡Todo le sale mal! Piensa que no sirve para nada. A veces, hasta siente asco de sí mismo/a.

Juan llegó a pensar que él no servía para nada, todo le salía mal y estaba convencido que era un inútil. Incluso sus amigos de la escuela, sus profesores y sus cuidadores también pensaban así de él.

Juan se creía inútil y antipático, por eso no se atrevía a hablar con nadie. Tenía miedo de que lo rechazaran o de «meter la pata» y que se rieran de él. Estaba siempre triste y callado, sin ganas de trabajar ni de estudiar. La idea de que no servía para nada rondaba siempre por su cabeza”.

Contesta ahora a las siguientes preguntas:

- ¿Realmente crees que Juan es inútil? ¿Por qué?
- ¿Cómo crees que ha llegado a sentirse así? ¿Qué ha podido pasar?
- ¿Te influyen a ti, al igual que le sucede a Juan, las opiniones de los demás?
- ¿Qué opiniones son?
- ¿Quiénes dan esas opiniones sobre tí?
- ¿Crees que son ciertas? ¿Por qué?

### **5º Claves para regular la tristeza**

“No puedes evitar que el pájaro de la tristeza vuele sobre tu cabeza, pero sí puedes evitar que anide en ella”

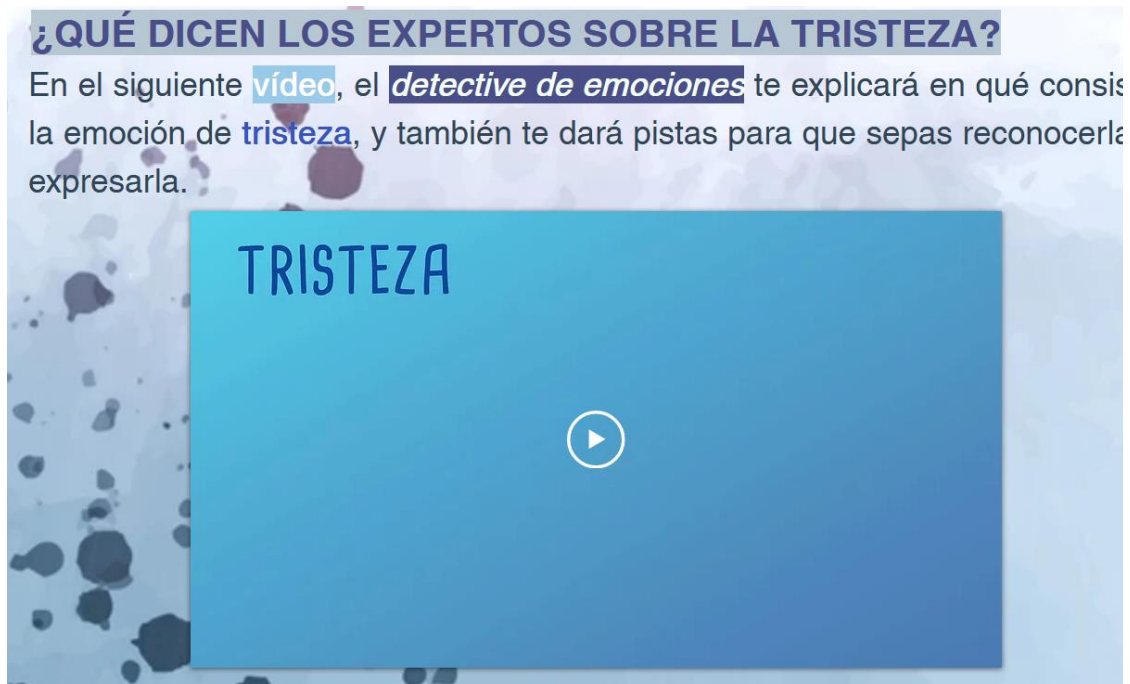
Aquí encontrarás algunos trucos para ser consciente de tu emoción de tristeza y poder gestionarla.

- Comparte tus sentimientos con las personas en quienes confías.
- Cuídate, impide que la tristeza interfiera con tu forma de vida.
- Recuerda todas las cosas buenas y positivas con las que sí que cuentas.
- Mantente ocupado, busca un pasatiempo.
- Practica algún ejercicio.
- No te alteres, deja pasar el tiempo, es tu aliado.

- Centra la atención en ti mismo, escanea tu cuerpo de arriba abajo en busca de sensaciones de tristeza. Comienza centrandó la atención en tus extremidades y ve centrandó la atención en las diferentes partes de tu cuerpo.

#### Figura 4.3.4

Psicoeducación tristeza MAM@



#### 4.3.5. Guion del componente enfado

##### Finalidad

Todo el mundo se enfada, pero es lo que hacemos con esos sentimientos, cómo nos relacionamos con ellos, cómo los expresamos, si los aceptamos o no, lo que ocasiona los problemas. Desde muy pequeños se les enseña a los niños a reprimir la ira, ya sea por vergüenza ante el enfado o por culpa por enfadarse.

Nuestros sentimientos involucran energía física expresada mediante funciones musculares, en particular la rabia. Si no expresamos la ira de forma directa esta energía podría expresarse en formas dañinas para el organismo. No hay que reprimir la rabia, sino saber expresarla.

Por este motivo, la finalidad de este componente es que los menores tomen conciencia de los sentimientos de ira, para no huir de ellos o descargarlos de manera inapropiada. Después, se proponen estrategias para aprender a evaluar la situación y elegir si expresa la ira directamente a la persona o en privado de alguna otra forma.

Se trabajarán cuatro momentos básicos para manejar la ira con los niños: 1) ayudar a los menores a acercarse al verdadero sentimiento de ira y facilitar el reconocimiento y la expresión emocional. 2) Facilitar a los menores métodos prácticos para expresar los sentimientos de ira. 3) Proponerles ser verbalmente directos con sus sentimientos de ira, expresar lo que tiene que decir a la persona que tiene que decírselo de forma correcta. 4) Que los menores tomen conciencia sobre la ira, qué hacen cuando la sienten, qué les enfurece, etc.

### **1º Evaluación inicial (detective)**

El detective de emociones quiere saber todo lo que sabes sobre la emoción de rabia.

1. La rabia es una de las emociones más contagiosas **V/F** (La rabia es una de las emociones más contagiosas, si hablamos con alguien que está enfadado, probablemente acabaremos también enfadados, se nos contagiará la rabia).
2. Guardarnos la rabia para nosotros mismos y no expresarla, no tiene consecuencias **V/F** (No expresar la rabia y guardárnosla dentro tiene consecuencias negativas para nuestra salud física y mental. La rabia genera una tensión interna que es bueno sacar de forma moderada).
3. Cualquier forma de expresar la rabia es buena y adecuada **V/F** (Expresar la rabia es bueno, pero no todas las formas son apropiadas, mal gestionada, la rabia puede ser una emoción muy destructiva).
4. La rabia tiene algunos aspectos que son positivos y nos ayudan **V/F** (Expresar de forma adecuada nuestra ira puede tener efectos positivos,



como expresar nuestro descontento, poner límites y preservar nuestra identidad).

## 2º Psicoeducación

¿Qué es el enfado? <<VIDEO>>

- Es una emoción que se produce cuando no nos dejan hacer lo que queremos o lo que nos habíamos propuesto. A veces, es una reacción de irritación que aparece cuando no nos dejan hacer algo a lo que tenemos derecho; cuando nos obligan a hacer algo que no tenemos que hacer o cuando nos sentimos engañados, heridos o manipulados. Incluso puede aparecer la rabia al acordarnos de situaciones pasadas en las que estuvimos enfadados.
- Tiene muchos nombres, ira, enfado, cólera rabia, etc. Es una emoción que nos centra en el exterior, nos moviliza hacia el otro, nos mueve a destruir obstáculos, poner límites, marcar nuestro territorio, decir que no, autoafirmarnos.
- La rabia es una de las emociones más contagiosas, si hablamos con alguien estando enfadados, probablemente, la otra persona también terminará enfadándose.
- Cuando nos enfadamos nos sentimos tensos, la respiración y el corazón se aceleran, notamos calor en nuestro cuerpo, nuestro tono de voz se eleva, nuestras manos pueden comenzar a temblar, podremos sentir nudos en el estómago, tenemos la sensación de que vamos a explotar, etc. Es por eso que la rabia necesita una descarga física de tensión, por eso gritamos, golpeamos, insultamos o damos patadas. La rabia tiene diferentes intensidades, pero en cuestión de segundos, nuestro cuerpo se prepara para luchar.
- Debido a todo esto, enfadarnos todos los días puede tener efectos negativos sobre nuestra salud física y desencadenar dolor de cabeza,

insomnio, fatiga, dolor de estómago. Esto suele ocurrir cuando no expresamos la emoción de rabia y dejamos que se acumule dentro de nosotros e incluso podemos sentirnos resentidos con nosotros mismos por no haber sido capaces de resolver el problema que nos generó rabia.

- De todas las emociones básicas, es la emoción más destructiva, que nos aleja de los demás y destruye nuestras relaciones, pero la rabia bien gestionada y bien expresada, nos permite defender lo que es nuestro y construir relaciones sanas con quienes nos rodean, nos permite defender nuestros derechos y protege nuestra identidad.
- En resumen, la rabia es una emoción humana normal, encargada de liberar la tensión física y mental que sentimos ante situaciones que no nos gustan, pero a veces, esta liberación de tensión física y mental puede apoderarse de nosotros y llevarnos por el mal camino, aunque hay algunos trucos para controlarla que verás a continuación.

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado de la rabia (investigadora)**

#### **1er ejercicio**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de rabia.

Se puede sentir enfado ante muchas situaciones. ¿Qué situaciones te ponen triste a ti? <<Lista multi-selección>>

- Recibir insultos, amenazas o malos tratos
- No conseguir algo que deseo
- Cuando veo que tratan mal a alguien
- Que los demás no hagan las cosas como yo quiero
- Cuando tengo muchas cosas que hacer
- Cuando tengo que ocultar mi tristeza y miedo
- Que los demás no me hagan caso

- Cuando no salen las cosas como quería
- Cuando me toman el pelo o se ríen de mi
- Que me quiten algo que es mío
- Que me engañen

<<CUADRO DE TEXTO PARA AÑADIR OPCIONES DEL NIÑO>>

Sin embargo, no todas las cosas que nos suceden nos enfadan de la misma manera, hay cosas que nos enfadan más, situaciones que nos enfadan menos, etc. Si tuvieras un termómetro mágico que pudiese medir el nivel de enfado que te genera cada situación que has seleccionado ¿Dónde se situaría cada situación? (Véase Figura 4.3.5).

**Figura 4.3.5**

*Termómetro para medir el enfado*



Se trataría de que el niño, de forma interactiva con las situaciones que ha seleccionado previamente, las gradúe en el termómetro en función de lo que le enfada más y lo que le enfada menos. Que pueda arrastrarlas y colocarlas en el termómetro.

A la investigadora le gustaría saber si:

- ¿Has ayudado a alguien a calmar su enfado alguna vez? ¿Qué hiciste?
- ¿Y a ti te ayudó alguien a controlar tu enfado? ¿Quién te ayudó? ¿Cómo te ayudó?

## 2do ejercicio

A la investigadora le gustaría saber tu opinión sobre el siguiente vídeo. Durante el desarrollo del vídeo habrá pausas para que contestes a algunas preguntas que le interesan a la investigadora:

<<INSERTAR VIDEO>> Guion (Extraído del libro: Ventanas a nuestros niños, Oaklander, 1988):

A continuación, te voy a contar una pequeña historia para llevarte a un pequeño viaje imaginario. Imagina lo que te voy diciendo y observa cómo te vas sintiendo mientras lo haces.

Imagina que eres un barquito en una gran tempestad. El viento es muy fuerte y las olas azotan el barquito. Trata de imaginar que tú eres el barquito y explica cómo te sientes.

- ¿Cómo se siente ser un barquito en una gran tormenta? <<CONTESTA NIÑO>>

El viento chilla y gime tratando de hundir al barquito. El barco se defiende y se revuelve. Piensa en algún tipo de lucha en el mundo animal que se asemeje a esta situación:

- ¿Por qué se parece a esta situación? <<CONTESTA NIÑO>>
- Imagina que tú eres el barquito. Di qué deben hacer las diferentes partes de tu cuerpo para combatir la tormenta <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Cómo te comunican las diversas partes de tu cuerpo si estás ganando o perdiendo la pelea? <<CONTESTA NIÑO>>

De pronto el viento hace un último ataque sobre el barquito; después de esto, el viento desaparece. ¡Ha ganado el barco!

- ¿Qué experiencias reales has tenido parecidas al viento que desaparece y el barquito que gana la pelea? <<CONTESTA NIÑO>>
- Imagina que tú eres el barquito que acaba de vencer al temporal. ¿Qué sientes hacia el temporal? <<CONTESTA NIÑO>>

- Imagina que tú eres la gran tempestad que ni siquiera puede hundir a un pequeño barco ¿Qué sientes hacia el barco? <<CONTESTA NIÑO>>

### **3er ejercicio**

A continuación, identifica entre estas imágenes aquellas personas que estén enfadadas:

<<INSERTAR IMAGEN>>

### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión de la rabia (entrenadora)**

La entrenadora de emociones quiere proponerte unos ejercicios para que seas consciente de la emoción de rabia.

#### **4to ejercicio**

A veces alguien nos enfada con la intención de provocarnos, pero si somos inteligentes, no será necesario caer en la trampa. Podemos no hacer caso, expresar el enfado con palabras, pero no emplear el mismo lenguaje de provocación.

Cuando estamos tan enfadados podemos tranquilizarnos respirando profundamente, intentando calmarnos un poco, aunque sea difícil. Inténtalo, es más fácil de lo que crees <<INSERTAR VIDEO>>

Guion video sobre respiración diafragmática:

“Colócate en un lugar cómodo. Toma aire por la nariz y nota cómo pasa el aire frío por tu garganta y pulmones hasta llegar finalmente a tu estómago. Cuenta el número máximo de segundos que puedas estar tomando aire, cuantos más mejor. Cuando ya no puedas tomar más aire, suéltalo y siente como sale el aire caliente, llevándose toda la tensión que la rabia había hecho que acumulases. Ahora practícalo tú” QUE EL VÍDEO DEJE UNOS MINUTOS PARA QUE EL NIÑO LO PRACTIQUE.

- ¿Cuál es el número máximo de segundos que has conseguido aguantar tomando aire? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Cómo te sientes ahora? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Habías utilizado este truco antes cuando has estado enfadado? <<CONTESTA NIÑO>>

Otra forma de poder calmarnos consiste en tomar todo el aire que podamos y cuando no consigamos tomar más aire, intentar leer, con esa sola bocanada de aire, el número máximo de palabras de un texto (idea inspirada en teoría polivagal (Porges, 2018)).

Hablando con serenidad y respeto podemos expresar nuestro enfado. El enfado no es bueno guardarlo. Hay que comunicarlo a los demás, pero... sin perder los nervios. Es bueno expresar el disgusto y no guardárselo para uno mismo. Pero debes expresarlo explicando bien los motivos. Si le contamos nuestro enfado a alguien de confianza nos podrá ayudar.

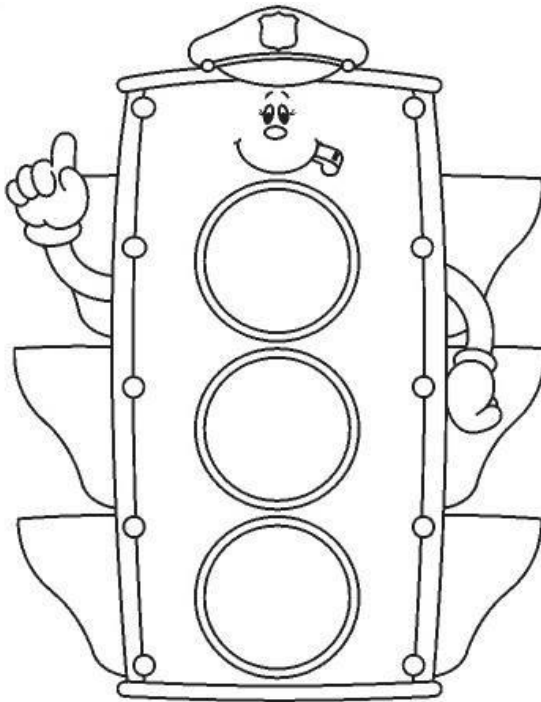
### **5to ejercicio**

A la Coach le gustaría enseñarte la técnica del semáforo. Un truco para cuando empiezas a sentir rabia o irritación, que no te domine esa rabia. ¡Te puede ser muy útil! Consta de 3 momentos que identificamos con los tres colores del semáforo, rojo, verde y amarillo.

Este truco lo ponemos en marcha cuando notamos que nos estamos enfadando y nos ayuda a calmarnos y a gestionar de forma adecuada nuestra rabia (Nota: Se podría pinchar encima de los colores y entonces que aparezcan los cuadros explicando cada color). (Véase Figura 4.3.5-A).

**Figura 4.3.5-A**

*Técnica del semáforo*



**Rojo:** PARA. Haz una respiración profunda, y deja de hacer lo que estabas haciendo o pensando.

**Amarillo:** SIENTE. Presta atención a tu cuerpo, a las sensaciones corporales y fisiológicas que estás teniendo. Tu cuerpo te habla porque cada emoción se nota en zonas específicas. Tras sentir, piensa sobre qué emoción es la que estás sintiendo. Si sientes que tus puños están cerrados, tu cara está roja, estás caliente y tu respiración está acelerada, entonces estas sintiendo rabia.

**Verde:** ACTUA. Es el momento de demostrar que eres más que lo que sientes o piensas. Saluda a esa emoción que perturba, dale las gracias por haberte ayudado en algunos momentos de tu vida, pero dile adiós porque ahora ya no lo es, ahora te está haciendo daño. O aplica la técnica de respiración para poder tranquilizarte.

- ¿Recuerdas alguna situación que hayas estado enfadado y no hayas podido controlarte? ¿Qué pasó? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Qué habría pasado si hubieses aplicado la técnica del semáforo? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Cómo habrías estado en rojo? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Cómo habrías estado en amarillo? <<CONTESTA NIÑO>>
- ¿Qué habrías hecho en verde? <<CONTESTA NIÑO>>



## **5º Claves para regular la rabia**

Aquí encontrarás algunos trucos para ser consciente de tu emoción de rabia y poder gestionarla y expresarla de una forma segura, sin dañarnos o molestar a los demás o a nosotros mismos:

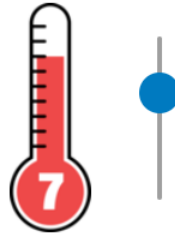
- Ponte en movimiento. La rabia nos produce mucha energía, así que aprovéchala, sal, haz deporte, ponte a correr, baila. Después de que hayas liberado esa tensión, te sentirás más tranquilo y listo para enfrentarte a tu enfado, sin que este se apodere rápidamente de ti.
- Aprieta y suelta tus manos, hazlo solo, con una almohada, una pelota, etc. La idea es liberar la tensión que sentimos con el enfado para no guardarla dentro y una vez la liberemos, podamos pensar con claridad y enfrentarnos a lo que nos enfadó.
- Coméntalo con alguien de confianza para ti. En muchas ocasiones, es suficiente con desahogarte y que alguien de confianza escuche tu enfado.
- Pregúntate si realmente merece la pena enfadarse por eso. Muchas veces la ira nos impide pensar, estás tan enfadado que no lo soportas. Sin embargo, si nos damos tiempo para buscar las causas del enfado y preguntarnos si realmente merece la pena estar enfadado por eso, tal vez consigamos aliviar la tensión que produce la rabia.
- Respira. Respirar ayuda a llevar oxígeno al cerebro y calmarnos. El ejercicio de respiración que has visto anteriormente te servirá.

En la Figura 4.3.5-B, se puede observar el termómetro del enfado MAM@:

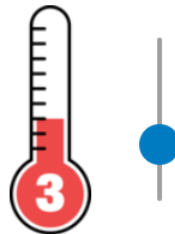
## Figura 4.3.5-B

Termómetro enfado MAM@

¿En qué medida te enfada? (cuando tengo que ocultar mi tristeza y miedo)



¿En qué medida te enfada? (cuando no salen las cosas como quería)



### 4.3.6. Guion del componente miedo

#### Finalidad

Nuestro cerebro está continuamente realizando evaluaciones cognitivas inconscientes sobre la seguridad o inseguridad de las situaciones que suceden en nuestro día a día. Normalmente, las personas sólo somos conscientes del resultado de dicha evaluación, no del proceso. Podemos ser conscientes de que una situación es segura y, por tanto, nos aproximaremos a los demás y disfrutaremos de su compañía; en cambio, en otras situaciones en las que no se valore una seguridad necesaria para poder aproximarse y estar en compañía de los demás, desembocará en sensaciones de miedo.

Los indicadores externos o internos que nos transmiten la sensación de miedo o de seguridad son diferentes en función de la persona y sus experiencias

vitales. Por este motivo, unos estímulos del entorno pueden ser confortables para unos y perturbadores para otros.

Esta necesidad de identificar seguridad/miedo en el entorno viene asociada a necesidades biológicas y evolutivas de los mamíferos, como que precisan de cuidados de la madre al nacer, vivir en sociedad y necesitan de un entorno seguro para ejercer funciones biológicas básicas.

Evolutivamente, el miedo provoca dos estados diferenciados destinados a la supervivencia del individuo. El estado de lucha/huida del estímulo temido (implicando al sistema nervioso simpático), generando tensión para lograr la supervivencia; y el estado de desconexión y disociación (implicando al denominado “cerebro reptiliano” o vía vagal dorsal, según teoría de referencia), mediante el cual las constantes vitales se reducen y el estado del individuo se asemeja al desmayo, sucediendo este cuando las opciones de lucha/huida no son posibles, maximizando así las opciones de supervivencia.

Por estos motivos, la finalidad de este componente es que los menores aprendan sobre los diferentes estados que nos producen miedo; que asimilen la diferencia entre miedo adaptativo y miedo desadaptativo; que sean capaces de reconocer sensaciones corporales de miedo en su cuerpo; que sepan identificar en sí mismos y en los demás el miedo; que desarrollen maneras de afrontar el miedo; y que sean capaces de modular su respuesta de miedo desadaptativo.

### **1º Evaluación inicial (detective)**

El detective de emociones quiere saber todo lo que conoces sobre la emoción de miedo.

1. La función principal del miedo es que consigamos sobrevivir **V/F** (La función del miedo es la supervivencia, para ello, cuando sentimos miedo, nuestro cuerpo se prepara para luchar/huir de aquello que nos provocó tanto miedo. Si por ejemplo ves un león, el miedo hará que salgas corriendo).

2. El miedo siempre es bueno, en todas sus manifestaciones, ya que nos ayuda a sobrevivir **V/F** (El miedo no siempre es bueno, en ocasiones, el miedo puede ser desproporcionado a la situación que lo ha provocado, podemos preocuparnos constantemente por cosas que ya pasaron o incluso quedarnos paralizados o en estado de shock).

3. Es imposible controlar el miedo **V/F** (Es posible controlar el miedo, el primer paso es ser conscientes de nuestros miedos y temores para saber manejarlos, enfrentarlos y sacar provecho de ellos).

4. El miedo puede hacer que nos apartemos de las demás personas **V/F** (El miedo es una emoción que nos centra en nosotros mismos, para que logremos sobrevivir, por lo que nos puede hacer apartarnos de las demás personas).

## **2º Psicoeducación**

- Es una emoción primaria y angustiosa, que se produce cuando creemos que estamos en peligro (ya sea real o imaginario), y también cuando sentimos que algo o alguien nos hace daño.
- A veces las personas utilizan el miedo para controlarnos, y nos dicen o hacen algo que nos asusta. Entonces obedecemos, para evitar que ocurra algo negativo, o que nos traten mal.
- La función principal del miedo es que sobrevivamos. Por eso, cuando lo sentimos, el cuerpo reacciona y se pone a nuestro servicio para sobrevivir, aumentando los latidos del corazón para tener más sangre en los músculos, la respiración se vuelve más intensa para preparar a nuestros músculos para huir o luchar, el pelo se nos eriza y las pupilas se dilatan para poder ver mejor, sudamos en la palma de las manos, etc.
- El miedo nos advierte, nos aporta prudencia y nos pone en alerta, vigilando nuestro alrededor para afrontar situaciones y personas complicadas. El miedo, por ejemplo, nos impide acercarnos al filo de una

azotea por una posible caída. Tenemos que ser conscientes de nuestros miedos y temores para aprender a manejarlos, enfrentarlos y sacar provecho de ellos.

- Sin embargo, el miedo se puede volver contra nosotros cuando nos paraliza, nos aparta de la realidad o nos mantiene en un estado de alerta y tensión constante.
- Aunque la función del miedo sea sobrevivir, a veces, podemos estar defendiéndonos continuamente de algo que ya ha pasado, aunque lo que nos ocasionó miedo ya no se encuentre presente. Si este miedo no se controla, estaremos constantemente vigilando que no nos vuelva a suceder lo que tanto miedo nos ocasionó aquella vez. En este permanente estado de alarma nos volvemos muy vulnerables, haciendo empeorar nuestra salud física, mental y desconectándonos de las personas que nos rodean.
- Cuando vivimos con miedo constante, toda nuestra energía la destinamos a protegernos, por lo que no nos podremos dedicar a otras actividades más placenteras, como disfrutar de la compañía de otras personas, o practicar alguna actividad que nos guste.
- En ocasiones, podemos sentir tanto miedo, que en lugar de que el miedo prepare a nuestro cuerpo para huir o luchar y nos proporcione tensión, nos deja paralizados, colapsados y desconectados del mundo que nos rodea, disminuyendo nuestra respiración, frecuencia cardíaca y conciencia, etc. Parece que incluso nos desmayamos y que, lo que sucede a nuestro alrededor, no va con nosotros. Esta reacción de nuestro cuerpo es natural, busca la supervivencia, pero cuando esto sucede, a nuestro cuerpo le cuesta volver a la normalidad anterior a la desconexión.
- En general, la mayoría de los miedos que nos paralizan, nos bloquean y nos generan tensiones constantes, se pueden ir superando con la práctica. Para ello, debemos identificar el miedo, descubrir qué lo hizo aparecer por primera vez, para después ir afrontándolo poco a poco y que

pierda fuerza. Muchas veces, en nuestra imaginación, el miedo es peor de lo que en realidad es.

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado del miedo (investigadora)**

#### **1er ejercicio**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de miedo.

Se puede sentir miedo ante muchas situaciones. ¿Qué situaciones te dan miedo a ti? <<Lista multi-selección>>

- Animales
- Monstruos
- Médicos
- Hacer el ridículo
- Que se rían de ti
- Fenómenos atmosféricos (tormentas, truenos, huracanes, etc.)
- Enfermedad
- Muerte
- Que se olviden de ti
- Quedarte solo
- A la violencia
- <<CUADRO DE TEXTO PARA AÑADIR OPCIONES DEL NIÑO>>
- ¿Cuándo fue la última vez que sentiste miedo? ¿por qué fue?
- ¿Con quién te sientes más seguro/a cuando sientes miedo?
- ¿Cuál fue la vez que más miedo sentiste? ¿En qué situación?

## 2do ejercicio

Ahora que ya sabes mucho sobre el miedo, como, por ejemplo, que a veces el miedo nos hace estar en constante vigilancia y nos mantiene en tensión y alerta; nos paraliza y desconecta de los demás y de la realidad; hace que nos confundamos y que lo que vemos nos parezca poco real. También has aprendido que existe lo contrario al miedo, la seguridad, y encontrarte en conexión y a gusto con otras personas, etc. A la investigadora le gustaría saber qué situaciones son las que te llevan a tí a entrar en cada estado y qué situaciones te sacan de cada estado a través del siguiente ejercicio (véase Figura 4.3.6).

**Figura 4.3.6**

*Situaciones que provocan miedo/ayudan a salir del miedo*

<p>Estoy seguro/a y sociable, me siento a salvo y cómodo/a con las personas de mi alrededor (PODRÍAMOS INCORPORAR IMÁGENES AGRADABLES)</p>	<p>Estoy movilizado/a, en tensión, vigilando que no me pase nada malo (PODRÍAMOS INCORPORAR IMÁGENES DE TENSIÓN)</p>	<p>Estoy inmovilizado/a, colapsado/a, desconectado/a de los demás, todo me da igual, tengo la sensación de que lo que sucede no va conmigo (PODRÍAMOS INCORPORAR IMÁGENES DE SHOCK/DESCONEXIÓN)</p>
<p>¿Qué situaciones o personas me hacen estar así? ¿Qué sensaciones corporales tengo cuando estoy así? ¿Qué pienso cuando estoy así? ¿Qué hago cuando estoy así? ¿Qué puedes hacer tú para estar más tiempo aquí? ¿Qué pueden hacer los demás para que estés tú más tiempo aquí?</p>	<p>¿Qué situaciones o personas me hacen estar así? ¿Qué sensaciones corporales tengo cuando estoy así? ¿Qué pienso cuando estoy así? ¿Qué hago cuando estoy así? ¿Qué puedes hacer tú para salir de aquí? ¿Qué pueden hacer los demás para que tú salgas de aquí?</p>	<p>¿Qué situaciones o personas me hacen estar así? ¿Qué sensaciones corporales tengo cuando estoy así? ¿Qué pienso cuando estoy así? ¿Qué hago cuando estoy así? ¿Qué puedes hacer tú para salir de aquí? ¿Qué pueden hacer los demás para que tú salgas de aquí?</p>

Fuente: Modificado de Debb, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia*. Eleftheria.

### **3er ejercicio**

Intenta ahora imitar los movimientos faciales del miedo:

- Eleva los párpados al máximo.
- Abre la boca y deja que tu mandíbula caiga.
- Estira los labios hacia tus orejas.
- Levanta también tus cejas al máximo.

A continuación, identifica entre estas imágenes aquellas personas que tengan miedo (imagen copiada del componente de alegría, habría que cambiar la imagen).

<<<INSERTAR IMÁGENES>>>

### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión del miedo (coach)**

#### **4to ejercicio**

La entrenadora o coach de emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de miedo.

Mira el siguiente vídeo y contesta a las preguntas:

<<INSERTAR VÍDEO>> Guion:

“Miguel es un chico de 16 años, es bastante delgado y pequeño, en comparación con otros niños de su edad. Le gusta ir a la escuela, ahí tiene algunos amigos, es muy estudioso y saca buenas notas. Hace poco, Miguel ha empezado a encontrarse, de camino a la escuela, a un antiguo compañero de primaria, Roberto, el cual es un chico corpulento y grande que decidió no continuar estudiando y ahora trabaja en el taller de un familiar. Últimamente Miguel ha empezado a no querer ir al instituto porque constantemente recibe amenazas e intimidaciones de Roberto, el cual lo molesta y se burla de él por lo pequeño que es. Además, Roberto ha empezado a quitarle el almuerzo y le ha roto sus gafas. Claramente, Miguel está muy asustado y no sabe qué hacer”.



Trata de ponerte en el lugar de Miguel y contesta las siguientes preguntas:

- Si fueras Miguel, ¿Qué sentirías?
- ¿Qué crees que está pensando Miguel?
- ¿Qué crees que nota Miguel en su cuerpo cuando pasa por donde trabaja Roberto?
- ¿Cómo ayudarías a Miguel?
- ¿Qué crees que necesita Miguel para sentirse mejor?
- ¿Qué crees que pasaría si Miguel no recibe ayuda?

### **5to ejercicio**

Como has podido comprobar, hay diferentes tipos de miedo, aunque también hay situaciones que nos dan seguridad. En ocasiones, cuando tenemos miedo, podemos combatirlo pensando y trasladándonos mentalmente a nuestro lugar seguro, ese sitio donde estamos tranquilos y nos sentimos confortables, en calma y seguros. ¿Qué forma tiene tu lugar seguro? La entrenadora de las emociones te propone el siguiente ejercicio para que descubras cuál es tu lugar seguro y puedas volver allí siempre que quieras (véase Figura 4.3.6-A).

<<INSERTAR VIDEO>> Guion (Modificado del libro: Oaklander, V. (1988). *Ventanas a nuestros niños*. Cuatro Vientos):

Ahora te voy a contar una pequeña historia y llevarte a un viaje imaginario, intenta seguirme. Imagina lo que te voy diciendo y observa cómo te vas sintiendo mientras lo haces. Percibe si te gusta o no este pequeño viaje.

“Imagina que vas caminando por un bosque. Hay árboles por todos lados y pajaritos cantando. El sol empieza a asomar entre los árboles y está sombreado. Es muy agradable pasear por este bosque. Hay pequeñas flores, flores silvestres a los lados. Vas caminando por el sendero. Hay piedras a los lados del camino, y de vez en cuando ves corretear a un animalito, quizás un conejo... estás caminando y de pronto te das cuenta que el camino asciende y que marchas hacia arriba. Ahora sabes que estás subiendo un monte. Cuando llegas a la cumbre, te sientas a descansar sobre una gran roca. Miras alrededor. El sol brilla;

vuelan los pájaros. Al otro lado del camino, se ve a lo lejos, una montaña, y en medio, se asoma un hermoso valle. Puedes ver que en aquella montaña hay una cueva y, de pronto, tienes la necesidad de subir a esa montaña. Pero ¿cómo?, la imaginación te permite fantasear, atrévete, ¡transfórmate en un pájaro! Prueba tus alas, puedes volar, ¡despega! y vuela fácilmente hacia la montaña (pausa para volar)”.

“Al otro lado te posas sobre una piedra y de inmediato vuelves a ser tú mismo/a. Trepas por las rocas buscando una entrada a la cueva. Cuando estás dentro, hay espacio suficiente para estar de pie. Te paseas examinando las paredes de la cueva y de repente, ves un pasillo. Comienzas a caminar por él, y te das cuenta de que hay filas y filas de puertas, y cada una tiene un nombre. De pronto, llegas a una puerta que tiene tu nombre. Te paras frente a ella, y, entonces te invade una fuerza, una energía... y, en ese momento, sabes que la vas a abrir y te vas a atrever a descubrir qué se esconde al otro lado.

Sabes que ése será tu lugar. Puede ser un lugar que recuerdes, un lugar que conoces ahora, un lugar con el que sueñas, tu lugar preferido o un lugar que nunca has visto, un lugar interior o exterior, un lugar en el que te encuentras cómodo/a, donde estás contento/a, te sientes bien y nada malo te puede suceder. No lo sabrás hasta que abras la puerta. Pero sea lo que sea será tu lugar.

“Así que gira el picaporte y entra. Mira alrededor de tu lugar. ¿Estás sorprendido/a? Obsérvalo bien. Si no ves un lugar, hazlo ahora mismo. Observa qué hay, dónde estás, ya sea que estés dentro o fuera. ¿Quién hay allí? ¿Hay gente, gente que conoces o no? ¿Hay animales? ¿O no hay nadie? ¿Cómo te sientes en este lugar? Percibe cómo te sientes. ¿Te sientes bien o no? Mira alrededor, camina por tu lugar (pausa)”.

Genial, a la entrenadora de las emociones ahora le gustaría saber cómo has visto tu lugar seguro:

- ¿Cómo era tu lugar seguro?
- ¿Qué o quién había allí? ¿Había gente, animales, cosas?
- ¿Qué estaba sucediendo?

- ¿Cómo te has sentido al estar allí?
- ¿Conocías de antes este lugar?
- ¿Había algo que te llamase la atención?

## **5º Claves para regular el miedo**

Recuerda que el miedo es útil cuando:

- Existe un peligro real, ya que nos ayuda a centrar la atención sobre él.
- Hay necesidad de enfrentarse a lo desconocido, porque nos prepara para luchar o huir.
- Es proporcionado a la situación que lo ha provocado.
- Nos ayuda a movilizar una gran cantidad de energía para actuar.

Algunos remedios para tener el miedo bajo control son:

- A veces sentimos miedo ante cosas que no son temibles, pero en nuestra mente aparecen como temibles. La observación cuidadosa de aquello que tememos puede hacer reducir nuestro miedo, descubriendo que tal vez eso que nos daba tanto miedo no era realmente tan temible como habíamos imaginado.
- Busca ayuda en otros. Hablar con amigos o personas de confianza que nos asesoren puede ayudar a disminuir o hacer desaparecer nuestro temor.
- Tómatelo con humor. El miedo tiende a paralizarnos, sin embargo, el humor tiende a movilizarlos. El sentido del humor ayuda a desdramatizar el miedo.

## Figura 4.3.6-A

Lugar seguro MAM@

Como has podido comprobar, hay diferentes **tipos de miedo**, aunque también hay situaciones que nos dan seguridad. En ocasiones, cuando tenemos **miedo**, podemos combatirlo pensando y trasladándonos mentalmente a nuestro **lugar seguro**, ese sitio donde estamos tranquilo nos sentimos confortables, en calma y seguros.

### ¿Qué forma tiene tu lugar seguro?

La **entrenadora o coach de emociones** te propone el siguiente **ejercicio** para que descubras cuál es tu **lugar seguro** y puedas volver allí siempre quieras.



Mira el siguiente **video** y contesta a las **preguntas**:

### 4.3.7. Guion del componente culpa

#### Finalidad

La culpa es una emoción secundaria, surge al interactuar/relacionarse con otras personas, actúa de filtro sobre lo que está bien o mal, nos informa que hemos transgredido alguna norma e incluso nos empuja a reparar el daño que hemos

causado. En este sentido, la culpa es una emoción que puede tener beneficios para las personas y la vida en sociedad.

Sin embargo, como todas las emociones, la culpa puede llegar a ser muy fuerte y alterarnos mucho. En este caso, los sentimientos de culpa negativa surgen cuando vivimos una situación en la que, a pesar de que no pudimos hacer nada para cambiarla, le damos muchas vueltas en nuestra cabeza a lo que sucedió y nos sentimos excesivamente responsables. Ese sentimiento puede acompañarnos toda la vida cuando surge en nuestra infancia y dentro del ambiente familiar, ya que a edades tempranas cuestionamos mucho menos la realidad que se nos presenta y la aceptamos como cierta. Por ejemplo, los niños/as pueden sentir culpa negativa cuando cometen un error y reciben un trato negativo, agresivo y culpabilizador por parte de sus padres.

El desarrollo de la culpa está asociado al desarrollo moral, dado que es una emoción que actúa como filtro de lo que está bien y lo que está mal en la sociedad. Según la teoría moral de Kohlberg, existen tres niveles de desarrollo moral, que van desde la heteronomía moral a la autonomía moral. De los 4 a los 10 años, la moral aún es heterónoma y egocéntrica, se basa en la obediencia y castigo y seguimos las reglas por el propio interés individual. En torno a los 10-13 años, comenzamos a actuar de acuerdo a lo que las personas cercanas esperan de nosotros y sentimos un fuerte respeto hacia las normas sociales y mantenimiento de la ley. Y, por último, a partir de los 13 años, es cuando defendemos el consenso de opiniones y aparece la autonomía moral, el relativismo moral y los principios éticos universales.

En el presente componente se busca que los niños y niñas comprendan la diferencia entre la culpa real y la culpa negativa mediante la realización de ejercicios de psicoeducación y prácticos. Se plantea un problema moral que los/as menores deberán resolver con el fin de tomar conciencia acerca de la importancia que tiene nuestra motivación para actuar en los sentimientos de culpabilidad. Se proponen ejercicios de reconocimiento y expresión de la culpa y finalmente se ofrecen algunas orientaciones para mantener a raya la culpa negativa.

## 1º Evaluación inicial (detective)

El detective de emociones quiere conocer todo lo que sabes sobre la emoción de culpa.

1. La culpa es una emoción muy simple V/F (La culpa es una emoción compleja que surge en interacción con los demás, cuando juzgamos que hemos hecho algo mal).
2. La culpa siempre es negativa V/F (Aunque la culpa no es un sentimiento positivo, nos empuja a reparar un posible daño que hemos causado y nos informa de lo que está bien y de lo que está mal).
3. La culpa a veces puede ser desproporcionada V/F (La culpa a veces es desproporcionada, a esto se le conoce como culpa negativa, y surge de situaciones en las que no podemos hacer nada por cambiar, pero nos sentimos responsables de ellas).
4. Es imposible librarse de la culpa V/F (Esto es falso, es posible gestionar la culpa, aquí verás algunos trucos).

## 2º Psicoeducación

- El sentimiento de culpa se manifiesta como un peso enorme por algo que dijiste o dejaste de decir, que hiciste o dejaste de hacer, que nos hace saber que hubiéramos podido hacer o decir algo mejor.
- Se puede manifestar como una voz interna que nos susurra que lo que hemos hecho no ha estado bien, o como un deseo de reparar lo que sucedió.
- Las personas nos culpamos por muchas cosas, a veces por cosas tan pequeñas como por no ir a un cumpleaños o comer demasiado, y a veces

por causas mayores. Lo malo de la culpa, es que al reprimirla y ocultarla corremos el riesgo de sufrir ese sentimiento en soledad.

- La culpa es un sentimiento que nos surge tras valorar y pensar que nuestro comportamiento no ha sido el adecuado y creemos que nuestra conducta puede traer consecuencias negativas a otras personas.
- Cuando nos sentimos culpables solemos tener remordimientos y, según las circunstancias, podemos confesar el error, pedir disculpas y reparar las consecuencias del mal causado.
- Cuando sentimos culpa, generalmente nuestra mirada está hacia abajo, nuestras manos van a nuestra cara o sobre la cabeza, el rostro también está hacia abajo y los ojos están casi cerrados, además, podemos tener sensación de calor y nos ponernos rojos.
- La culpa es una emoción secundaria, surge en las relaciones sociales y se va desarrollando conforme las personas vamos creciendo. Podríamos diferenciar dos tipos de culpa: Una culpa real que se produce cuando nos comportamos mal y lo sabemos, somos conscientes de ello. Y una culpa negativa que se produce cuando los sentimientos de culpa nos atormentan y no tienen que ver con haber roto una norma o habernos comportado mal.
- La culpa real es positiva, nos muestra cuándo nos hemos equivocado y nos ofrece la oportunidad de darnos cuenta y cambiar, pudiendo incluso pedir perdón y reparar el daño causado.
- Por otro lado, la culpa negativa muchas veces es empleada por otras personas para hacernos daño. Cuando sentimos culpa negativa, nuestra cabeza se llena de pensamientos negativos repetitivos que suelen denominarse “pensamientos debería” (por ejemplo, debería hacer caso

de lo que me dice mi padre, debería ayudar a todo el mundo, debería solucionar los problemas de mi familia, debería hacer a todo el mundo feliz, etc.).

- A diferencia de la culpa real, que se produce cuando nos comportamos mal y lo sabemos, la culpa negativa surge de problemas familiares, de sucesos negativos por los que nos sentimos responsables y no podemos hacer nada por cambiar esos hechos, por ser distinto de lo que se espera de nosotros... Cuando sentimos culpa negativa nos autocastigamos, nos sentimos inferiores o tenemos miedo al fracaso.
- Para no caer en la trampa de experimentar culpa negativa, recuerda que cada persona es responsable completamente de sus pensamientos, decisiones y acciones. Si te dicen: "Estoy enfadado/a contigo." Responde: "Ese es tu problema, el enfado está dentro de ti, yo no tengo nada que ver."

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado de la culpa (investigadora)**

#### **1er ejercicio**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de culpa.

Mira el siguiente video sobre la culpa y contesta a las preguntas (Ibarrola, 2010).

<<<INSERTAR VIDEO>>> Guion:

La ardilla Saltarina vivía en un hermoso jardín, en un nido en lo alto del pino más alto. Estaba hecho con ramas, trozos de corteza de palmera y trozos de telas que habían recogido por aquí y por allí.



Saltarina tenía una amiga mayor que ella, Brincapinos, que vivía en ese mismo jardín. Durante el pasado verano se las veía jugar saltando de árbol en árbol, persiguiendo a las urracas y comiendo piñas todavía verdes.

Su vida transcurría plácidamente hasta el día en que llegó el otoño y con él, el viento y el frío. Ya no tenían tantas ganas de jugar y pasaban más tiempo en el nido.

Un día, un fuerte viento hizo que una rama que sujetaba el nido se rompiera.

- ¡Es por tu culpa! – gritó Saltarina a su amiga Brincapinos-. Se suponía que tú habías sujetado bien el nido...Tú eres la mayor y eres la responsable.
- Claro que lo he sujetado bien, pero no me imaginaba que la rama se pudiera romper. La arreglaré, no te preocupes.

Se querían mucho, pero, como los amigos, a veces se peleaban.

Otro día, a Brincapinos se le escapó una enorme piña cuando intentaba subir al nido con tan mala suerte que golpeó a su amiga Saltarina, que estaba debajo.

- ¡Ay, ay, ay! ¡Qué daño me has hecho! –gritó Saltarina–. Por tu culpa me duele la cabeza.
- No ha sido por mi culpa –respondió Brincapinos-. Ha sido un accidente. ¡Encima que pretendía darte una sorpresa! Quería llevar esta piña tan grande al nido para que la comiéramos entre las dos. Eres una desagradecida.

Cuando se le pasó el susto y el dolor de cabeza, Saltarina comenzó a comer la enorme piña y Brincapinos, como era mayor, la dejó comer todos los piñones que quisiera. Ella podría coger otra piña después.

Pero ¿sabes lo que pasó? Que a Saltarina le empezó a doler la barriga por haber comido tanto y se quejaba diciendo:

- ¡Ay, ay, ay! ¡Cómo me duele la tripa! Tú tienes la culpa por haberme dejado comer tanto. Ahora me voy a poner enferma y tú serás la culpable.
- No, yo no tengo la culpa de tu dolor de tripa. No hay derecho, después de que te la he dejado toda para ti...

Brincapinos ya no sabía qué hacer. Pasara lo que pasara, su amiga siempre la hacía sentirse culpable de algo: si al jugar se caía, ella tenía la culpa; si una rama se partía, ella tenía la culpa; si le daba indigestión, ella tenía la culpa; si no podía dormir, ella tenía la culpa...

Así que un día, harta de sentirse culpable, decidió dar una lección a su amiguita. Ya estaba cansada de que la culpara de todos sus males.

¿Y sabes lo que hizo?

Cuando Saltarina se caía jugando y le echaba la culpa, Brincapinos no decía nada y la dejaba sola, así que su amiga acababa aburrida al no tener con quien jugar.

Cuando Saltarina le echaba la culpa de su dolor de tripa, por comer demasiado o de pasar hambre porque la piña que había cogido era pequeña, Brincapinos no contestaba y se iba a coger una piña para ella sola, de modo que su amiga empezó a pasar un poco de hambre.

Cuando Saltarina le echaba la culpa de no poder dormir por sus ronquidos, Brincapinos se iba a otro lugar a dormir y acabó haciéndose su propio nido. Como podrás imaginar, Saltarina comenzó a sentirse sola por las noches e, incluso, empezó a tener miedo.

Cuando Saltarina le echaba la culpa de cualquier cosa, Brincapinos no le decía ni una sola palabra, se iba y ella se quedaba sola.

Y al quedarse tanto tiempo sola, y al aburrirse, y al pasar hambre, y al tener miedo, empezó a pensar: “algo no va bien. Cada día mi amiga está más alejada de mí. Ya no lo pasamos bien juntas...”.

Se dio cuenta de que su amiga había cuidado siempre de ella y nunca se lo había agradecido ni se había preocupado por ella.

Se dio cuenta de que había sido muy egoísta y se había comportado injustamente con ella.

Se sintió mal y avergonzada, y pidió disculpas a su amiga Brincapinos por hacerle sentir culpable de lo que a ella le pasaba. Saltarina aprendió a ser responsable de sus cosas y a no echar a otros la culpa.

Desde ese día se las ve por el jardín corriendo y jugando entre los árboles, persiguiendo a las urracas y comiendo piñas verdes.

Ahora contesta a las siguientes preguntas:

- ¿Quién se parece más a ti, Saltarina o Brincapinos? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Cómo se siente Brincapinos? ¿por qué Saltarina le echa la culpa de todo lo que le pasa? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- A veces los demás nos culpan de algo que no hemos hecho. ¿Alguna vez has sentido que te echaban la culpa injustamente? ¿Cómo te sentiste? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Si pudieras hablar con Saltarina, ¿Qué le dirías? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Si pudieras hablar con Brincapinos, ¿Qué consejos le darías? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Si Brincapinos no hubiera hecho algo para hacer pensar a su amiga, ¿qué crees que habría pasado? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Saltarina se da cuenta de que ha sido egoísta e injusta con su amiga y le pide disculpas. ¿Tú pides disculpas cuando eres injusto/a con alguien? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Te gustaría cambiar alguna parte del cuento o añadir algo más? <<<CONTESTA NIÑO>>>

## 2do ejercicio

En gran medida, la motivación que tengamos para lograr nuestros objetivos influye en nuestro sentimiento de culpa, etc. ¿Cómo? Te estarás preguntando, pues bien, la investigadora quiere proponerte una actividad para que te des cuenta de ello.

Escucha la siguiente historia y contesta a sus preguntas:

<<<VIDEO>>> Guion:

En el pueblo de Villa Chistera hay una señora muy enferma en la cama. Su marido Juan está muy preocupado por ella. Juan sabe que el farmacéutico del pueblo, David, tiene un medicamento que podría salvar la vida a su esposa. Juan va corriendo a la farmacia y le pide el medicamento a David, pero este medicamento es muy, muy caro. Juan no tiene dinero para pagarlo, intenta negociar todo lo que puede con David, pero este se niega a vendérselo, aunque sea una situación de vida o muerte. Juan, desesperado por la situación, se echa a llorar e intenta reunir el dinero entre todos sus amigos, pero solo consiguen recaudar la mitad del dinero que cuesta el medicamento y David sigue sin querer vendérselo, por lo que Juan toma una decisión. Entró por la noche en la farmacia de David y robó el medicamento. Su esposa se recuperó y consiguió vivir.

- ¿Tiene razón Juan al robar el medicamento? ¿Por qué? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Cómo crees que se sentirá Juan? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Cómo crees que se sentirá David? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué motivos puede tener David para no querer vender el medicamento a Juan, aunque lo necesite desesperadamente? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué harías tú? <<<CONTESTA NIÑO>>>

#### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión de la culpa (entrenadora)**

La entrenadora de las emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de culpa.

##### **3er ejercicio**

Ahora que ya sabes mucho sobre la culpa, a la entrenadora de las emociones le gustaría que pensases que estás en una cueva (INSERTAR ALGUNA IMAGEN DE CUEVAS). Esta es la cueva de la culpa, aquí es donde se encuentran todas aquellas situaciones en las que te has podido sentir culpable, ya sea una culpa real o una culpa negativa (véase Figura 4.3.7).

- ¿Qué ves? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué cosas te hacen sentir culpable todavía? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Son culpas reales causadas por romper alguna norma o un daño a otra persona o son culpas negativas, que nos atormentan y surgen de situaciones en las que no pudimos hacer nada? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Imagina que un día te despiertas y esa culpa ha desaparecido ¿Cómo sabrías que esa culpa ha desaparecido? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Si conocieses a otra persona con esos mismos sentimientos de culpa-que tienes tú, ¿Qué consejo le darías? <<<CONTESTA NIÑO>>>

##### **4to ejercicio**

A la entrenadora de las emociones le gustaría que escribieras una carta a la persona que mejor conoces, a ti mismo. Escríbete una carta de amor a ti mismo, en la que te liberes de los sentimientos de culpa que puedas tener, e incluso de cómo planeas librarte de las posibles culpas que puedas tener o como te liberarías de esas culpas si tuvieses. No ahorres en elogios ni piropos hacia ti mismo.

<<<INSERTAR TAL VEZ UNA CARTA, MÁS QUE UN CUADRO DE TEXTO EN LA QUE EL NIÑO PUEDA ESCRIBIR>>>

### **5º Algunas técnicas para librarnos de la culpa negativa**

- Si te has equivocado, pide perdón sinceramente, pero no lo hagas mil veces, con una vez basta.
- Repara el daño que has producido. La culpa nos avisa de que algo hemos hecho mal, intenta reparar el daño causado, si es que eso realmente está en tu mano.
- Si sientes culpa, exprésalo con palabras. La culpa no es buena en soledad, hablarlo nos hace en parte liberarnos de esa carga.
- Vive el presente, disfruta y no permitas que otras personas te hagan sentir culpable por cosas que realmente no te corresponden o no puedes hacer nada por cambiar.
- Para conseguir dominar la culpa, primero sé consciente de lo que sientes, centra la atención en tu interior para descubrirlo. Luego identifica esa emoción, ponle nombre a la culpa. Pregúntate entonces si esa culpa es positiva, es decir, si surge de una ruptura de normas que debemos reparar, o si por el contrario es negativa, es decir, es una culpa que no nos corresponde, en la que no podemos hacer nada por cambiar la situación. Si la culpa es real, repara el daño causado, pide perdón. Si por el contrario la culpa es negativa, y está fundamentada en hechos que no podemos cambiar y no nos corresponden y la cabeza se nos llena de “deberías” (deberías haber hecho esto, deberías haber hecho aquello), practica alguno de los consejos anteriores.

### Figura 4.3.7

La cueva de la culpa MAM@

La **entrenadora o coach de emociones** quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de **culpa**.

Imagina que estás en la **cueva** que aparece a continuación:



En esta **cueva** se encuentran todas aquellas **situaciones en las que** **podido sentir culpable**, ya sea una culpa real o una culpa negativa.

Reflexiona y contesta las siguientes **preguntas**:

**IDENTIFICADOR:**

**1. ¿Qué ves?**

#### 4.3.8. *Guion del componente afecto*

##### **Finalidad**

El amor, vinculado al reconocimiento del otro, es un elemento fundamental en el establecimiento de las relaciones y en la constitución del sí mismo. Esto es lo que permitiría tener la sensación de estar a cargo de tu vida, saber dónde estás, que tienes mucho qué decir sobre lo que te sucede, que tienes la capacidad de modelar las circunstancias. La reconexión emocional es fundamental en los procesos terapéuticos, pero especialmente en reacciones postraumáticas.

Tiene mucho que ver también con el concepto de apego. El apego seguro permite desarrollar el autoconocimiento, la empatía, el control de los impulsos, la automotivación y poder participar en la estructura social. El tipo de apego que procesan los niños es un instrumento para obtener del cuidador el mejor cuidado que este puede dar.

Nuestras primeras experiencias e interacciones se convierten en el prototipo de todas las conexiones que posteriormente mantendremos con las demás personas. La percepción más íntima de nosotros mismos se crea a partir de los intercambios que tenemos minuto a minuto con nuestros cuidadores.

Por estos motivos, la finalidad de este componente es lograr que los menores comprendan una noción más completa de lo que es el amor (distinguiendo entre el amor hacia los demás y el amor hacia uno mismo; el amor como “querer” y el amor incondicional).

También se plantean algunos ejercicios para que los menores reflexionen sobre cómo viven el amor y qué significa para ellos. Posteriormente, se proponen otros ejercicios destinados a recordar situaciones pasadas en las que sintieron amor. El objetivo es que se centren en lo que sintieron, reflexionen y formulen propuestas de mejora acerca de esas relaciones interpersonales que les generaron amor de forma más o menos apropiada.

Finaliza el componente con algunas orientaciones sobre cómo pueden aprender a quererse más a sí mismos.



## **1º Evaluación inicial (detective)**

El detective de emociones quiere saber todo lo que conoces sobre la emoción de afecto.

1. El amor es una emoción primaria y negativa V/F (El amor es una emoción secundaria y positiva, que tiene lugar en la relación con otras personas que son relevantes para nosotros).

2. El amor siempre se presenta solo, sin estar acompañado de otras emociones V/F (El amor se presenta casi siempre acompañado de otras emociones, como la alegría, el entusiasmo, la felicidad y en ocasiones la tristeza).

3. Para amar a los demás, primero es necesario amarnos a nosotros mismos V/F (El amor a nosotros mismos implica cuidarnos, ser responsables de nuestros actos, respetarnos, conocernos, y es necesario para poder amar a los demás).

4. Existen diferentes formas de amor V/F (Existen diferentes formas de amor, algunas de esas formas pueden expresarse a través de querer algo porque es bueno para nosotros, o mediante el amor incondicional, que consiste en querer algo, a pesar de que sabemos que en unas ocasiones es bueno y en otras es malo para nosotros).

## **2º Psicoeducación**

- El amor es una emoción secundaria, es decir, que tiene lugar dentro de una relación social entre dos o más personas. Es una emoción positiva que se siente hacia una persona que despierta nuestro interés, el cariño y la sensación de bienestar.

- Nos puede proteger ante situaciones de riesgo y nos ayuda a desarrollar nuestras habilidades sociales y mejorar nuestra autoestima.
- El amor es una emoción compleja y difícil de definir, que implica, a su vez, otras emociones y sensaciones, por lo que el amor nunca se presenta solo, a menudo, viene acompañado de otras emociones como la felicidad, la alegría, la empatía y algunas veces la tristeza.
- Si experimentas interés, cariño, dedicación, alegría, empatía, compromiso, entusiasmo por alguien, etc. Seguramente estés experimentando amor.
- El amor contribuye a mejorar nuestra calidad de vida, a que nos sintamos mejor y miremos al mundo con optimismo. Nos permite afrontar los problemas de una forma diferente, por ejemplo, pudiendo expresar tu opinión de manera clara y firme, lo cual favorece que las relaciones con los demás puedan ser mejores.
- Es una de las emociones más intensas, satisfactorias y duraderas, que genera estados de ánimo agradables. Aunque para poder experimentar amor, es fundamental que primero nos amemos a nosotros mismos, aprendamos a querernos y a identificar las diversas emociones que experimentamos.
- El amor muchas veces involucra el reconocimiento de la otra persona y lo bien que nos sentimos en su compañía. Por lo tanto, amar es comprender a la persona querida, aproximarnos a ella sin juzgar. Amar también es cuidar a la persona amada de forma natural, con hechos.
- Normalmente, las personas amamos porque percibimos a esa persona como buena y nos alegramos de estar con ella.
- Cuando sentimos amor, notamos un movimiento en el corazón, como palpitaciones. Su intensidad puede variar desde un pequeño cambio

hasta un incontrolable vuelco del corazón. Esa intensidad varía dependiendo del grado de bondad que percibamos en la persona a la que amamos.

- Ya que amar es querer, el amor puede presentarse en dos formas diferenciadas. El amor de deseo, entendido como amar algo porque me hace sentir bien (me gusta esa música porque me hace recordar a mi familia, me gusta esa comida porque me satisface). Y el amor incondicional, entendido como el amor a las personas, no solo porque sean buenas para nosotros, sino simplemente por querer el bien para ellas, aceptándolas tanto por aquellas cualidades que nos gustan más, como por las que nos disgustan.
- Algunas personas piensan que el amor incondicional es el verdadero estado del amor, y que el amor empieza a desarrollarse cuando amamos a quienes no necesitamos para nuestros fines personales.
- El amor se puede expresar de muchas maneras, entre ellas en forma de deseo, en forma de amistad, en forma de afecto, en forma de caridad, etc.

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado del afecto (investigadora)**

#### **1er ejercicio**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de afecto.

Se puede sentir amor ante muchas situaciones y personas ¿Qué situaciones te generan afecto a ti? <<Lista multi-selección>>

- Estar con familiares.
- Estar con amigos.
- Estar con educadores.
- Estar con animales de compañía.

- La naturaleza.
- La música.
- Estar en un lugar concreto que te gusta mucho.
- << CUADRO DE TEXTO PARA AÑADIR OPCIONES DEL NIÑO>>
- Cuando sientes amor... ¿Qué pasa con tu cuerpo? ¿Qué es lo que sientes? ¿Dónde? ¿En qué partes? <<CONTESTA EL NIÑO>>
- ¿Cómo expresas tú el amor? ¿Qué sucede con tu comportamiento? <<CONTESTA EL NIÑO>>
- ¿Qué es lo que piensas cuando sientes amor o estás con gente a la que quieres? <<CONTESTA EL NIÑO>>
- ¿Con quién compartes esos sentimientos? <<CONTESTA EL NIÑO>>
- ¿Qué haces cuando sientes amor en casa? ¿Y en la escuela? <<CONTESTA EL NIÑO>>

## 2do ejercicio

A la investigadora le gustaría conocer tu opinión sobre el siguiente vídeo, y luego te hará unas preguntas para saber cómo ayudarías a la protagonista del vídeo:

<<INSERTAR VIDEO>> Guión:

“María es muy buena amiga mía, de las mejores. Desde que entramos al instituto han pasado muchas cosas, tanto buenas como malas, hemos aprobado algunas asignaturas, suspendido otras, estamos notando cambios en nuestros cuerpos... Últimamente he estado un poco preocupada por María, ya que no la veo contenta, está como apagada, no se encuentra a gusto ni consigo misma ni con los demás. Siempre está triste, todo le sale mal, nada le importa, ha perdido la confianza en sí misma. Creo que a María le vendría muy bien salir en busca del amor, es decir, que comience a quererse un poco más, a descubrir lo bueno que hay en ella, a respetarse, valorarse y aceptarse tal como ella es. Me gustaría ayudarla a que recupere el amor en sí misma y por eso necesito tu ayuda con las siguientes actividades:”

- Explícale a María qué supone tratarnos a nosotros mismos con amor <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué puede hacer María para comenzar a quererse? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Quién podría ayudarla? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué podrían hacer esas personas para ayudarla? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Qué podría pasar si María no aprende a quererse? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- ¿Podrías escribirle una nota (corta o larga, como quieras) a María para que la anime y le ayude a encontrar el amor en sí misma? <<<CONTESTA NIÑO>>>

#### **4º Ejercicios de reconocimiento y expresión del afecto (entrenadora)**

La entrenadora de las emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de afecto.

#### **3er ejercicio**

Ahora que ya sabes mucho sobre el amor, a la entrenadora de las emociones le gustaría que pensases en aquellas situaciones y en aquellas personas, familiares o amigos, que te hayan hecho sentir alguna vez la emoción del amor. Completa la siguiente tabla (véase Figura 4.3.8).

### Figura 4.3.8

*Registro sobre situaciones, personas y el amor*

¿Qué personas o situaciones me han hecho experimentar amor?	¿Por qué considero que me ha hecho experimentar amor?	¿Cómo me hizo sentir?	¿Qué aprendí de esa persona en esa situación?
<i>Ejemplo: Mi tío</i>	<i>Ejemplo: Es muy gracioso y siempre cuenta chistes</i>	<i>Ejemplo: Me hace sentir bien porque me escucha</i>	<i>Ejemplo: Que es muy bueno estar contento</i>

### 4to ejercicio

¿Qué sugerencias harías a las personas por las que has experimentado amor, para que podáis mejorar vuestra relación? (Véase Figura 4.3.8-A).

### Figura 4.3.8-A

*Sugerencias para mejorar la relación con otros*

Persona	Sugerencia
<i>Ejemplo: Mi tío</i>	<i>Ejemplo: Pasar más tiempo juntos, hace mucho que no nos vemos</i>


## 5º Algunos consejos sobre el amor

- El amor a nosotros mismos implica cuidarnos, ser responsables de nuestros actos, respetarnos y conocernos. Es necesario para poder amar a los demás.
- El amor nos permite darnos cuenta de nuestros deseos, sentimientos, motivaciones y supone hacernos responsables de nuestras decisiones.
- Quienes generalmente logran desarrollar el amor, son aquellas personas que saben dar y recibir. Además, tienen valores que dan sentido a su vida.
- Algunas formas de aprender a querernos a nosotros mismos pueden ser:
  - Valorar aquello que sí tenemos.
  - Asumir la responsabilidad de lo que hacemos.
  - No intentar ser perfecto.
  - Expresar gratitud a los demás.
  - Parar de hacer cosas que no nos gusten tanto y disfrutar de otras actividades que sí nos gusten.
  - Observar a las personas que están a nuestro alrededor y relacionarnos con aquellas que nos agradan y nos hacen sentir bien.

En la figura siguiente se pueden apreciar algunos aspectos sobre el reconocimiento y la expresión del afecto (véase Figura 4.3.8-B).

**Figura 4.3.8-B**

*Reconocimiento y expresión del afecto*



## **ENTRENANDO EL RECONOCIMIENTO Y LA EXPRESIÓN DEL AFECTO**

La **entrenadora o coach de emociones** quiere proponerte un **ejercicio** para que seas consciente de la emoción de **afecto**.

Piensa en aquellas situaciones y en aquellas personas, familiares o amigos que te hayan hecho sentir alguna vez la emoción del **amor**.

1. ¿Qué personas o situaciones te han hecho experimentar amor?
2. ¿Por qué consideras que te han hecho experimentar amor?
3. ¿Cómo te hizo sentir?
4. ¿Qué aprendiste de esa persona en esa situación?
5. ¿Qué sugerencias le harías a las personas por las que experimentado amor para que podáis mejorar vuestra relación?

Mario contestó a estas preguntas de la siguiente forma:

1. Mi tío.
2. Es muy gracioso y siempre cuenta chistes.
3. Me hace sentir bien porque me escucha.
4. Que es muy bueno estar contento.
5. Pasar más tiempo juntos, hace mucho que no nos vemos.

Añade ahora tus respuestas:



#### 4.3.9. *Guion del componente empatía*

##### **Finalidad**

La empatía tiene una base biológica en las neuronas espejo, que están conectadas con las partes más primitivas del cerebro y con los circuitos emocionales. Esto hace que podamos notar y comprender el sufrimiento ajeno.

Para sentir empatía es necesario que estemos bien conectados con las personas que nos rodean. De esto se encarga el nervio vago ventral, según la Teoría Polivagal (Porges, 2018). Sin embargo, en menores expuestos a traumas interpersonales en el contexto de las relaciones de apego, este nervio encargado de la regulación entre otras personas está poco activo, dando lugar a una desconexión en las relaciones sociales. Estos chicos y chicas podrán encontrarse disociados o en constante vigilancia, tienen anulada o disminuida su capacidad de conectar con los demás y les será más difícil poder sentir empatía, una emoción que surge en el contexto de interacción social con la otra persona.

El objetivo de este componente es que los/as menores mejoren su capacidad de comprender a los otros, y sean capaces de interpretar adecuadamente lo que hacen y dicen los demás con el fin de identificar las emociones que están sintiendo. Es fundamental prestar atención al lenguaje no verbal de las personas a la hora de expresar sus emociones, es decir en cómo lo dicen frente a lo que dicen.

##### **1º Evaluación inicial (detective)**

El detective de emociones quiere saber todo lo que sabes sobre la emoción empatía.

1. La empatía es la capacidad de comprender a los demás **V/F** (La empatía es la capacidad de comprender y entender lo que la otra persona siente, escuchándolo y aceptándolo).

2. Ser empática/o significa estar siempre de acuerdo con la otra persona V/F (Ser empático/a no significa estar siempre de acuerdo con la otra persona, comprender al otro no es lo mismo que aceptar lo que piensa).

3. La empatía no puede sentirse con nosotros mismos, siempre necesitamos a otra persona V/F (comprender lo que nos pasa y reconocer nuestras emociones facilita sentir empatía por los demás).

4. Existen diferentes niveles de empatía V/F (existen diferentes niveles de empatía, que van desde solo comprender que la otra persona es diferente a nosotros/as, hasta poder comprender los motivos y causas de las emociones del otro).

## **2º Psicoeducación**

- La empatía es un estado emocional caracterizado por la capacidad de comprender al otro, ser capaz de ponerse en su lugar, de entender sus motivos y de comprender lo que siente.
- La empatía nos permite entender a los demás, ayudarles, comprender sus motivos y necesidades. Mediante esta emoción entendemos el sufrimiento o la satisfacción/bienestar de la otra persona y qué motivos le llevan a actuar de una u otra forma.
- Es una emoción secundaria y positiva, que surge en el contexto social, que implica salir de nosotros mismos y “ponernos en los zapatos” de la otra persona. Esto nos permite poder ayudarles, evitar entrar en peleas, sentirnos más a gusto todos, ganar más amigas/os, tener más atención, etc.
- Para mostrar empatía, tenemos que escuchar bien lo que nos dicen y comprender su estado de ánimo (“Sé que estás triste”), tenemos que mostrar a la otra persona que estamos preocupados por ella (“Entiendo cómo te sientes. Yo también me sentiría como tú en una situación así”), y tenemos que ofrecer ayuda (“Puedes contar con mi ayuda”).

- Pero ser empáticos no quiere decir que estemos de acuerdo con los pensamientos o los sentimientos de la otra persona. Empatía significa comprensión y respeto, pero eso no es sinónimo de aceptación.
- Aunque cuidado, la empatía no consiste en sentir y ponerse en el lugar del otro, sino en entender lo que le pasa al otro, no vivir en nuestras propias carnes lo que el otro está sintiendo.
- La empatía nos permite captar los cambios emocionales repentinos de las personas con las que hablamos y con las que nos relacionamos. Las señales, en sus gestos o en sus palabras nos indicarán que está bajo los efectos de un sentimiento o una emoción importante.
- La empatía nos ayuda a percibir las expresiones de las personas que reflejan oposición, enfado, ironía, tristeza, alegría, etc. Hay que tener en cuenta que cuando hay diferencias entre lo que nos dice una persona (comunicación verbal) y cómo nos lo dice, tono de la voz, gestos (comunicación no verbal), lo que prevalece y nos dice siempre la verdad, es la comunicación no verbal. La empatía nos ayuda a darnos cuenta y descubrir estas discrepancias entre la comunicación verbal y la no verbal de la otra persona.
- La empatía mejora si entendemos nuestra propia vida y aceptamos nuestra historia y sentimientos.
- Las personas normalmente mostramos empatía cuando: ayudamos a un amigo/a que tiene un problema, al consolar a una persona que sufre, cuando hacemos un regalo pensando en la persona que lo recibe, cuando nos damos cuenta de lo que alguien necesita sin que lo pida, cuando comprendemos el punto de vista de los demás, cuando descubrimos las cosas que les interesan a otras personas.

- Existen diferentes grados de empatía. El primero y más básico consiste en saber que la otra persona siente, piensa y actúa de forma diferente a nosotros porque tiene otra historia diferente a la nuestra. El segundo nivel consiste en conectar con las emociones del otro y reconocer desde qué emoción nos está hablando, si desde la tristeza, la alegría, el enfado... aquí, la comunicación no verbal nos da mucha información. El tercer y más alto nivel, consiste en comprender cuál es la motivación de la otra persona, qué es lo que le está originando esa emoción desde la que nos está hablando, saber qué hay detrás... Para descubrir estas motivaciones, podemos preguntar directamente a la persona qué le ha sucedido.

### **3º Ejercicios de comprensión y etiquetado de la empatía (investigadora)**

#### **1er ejercicio**

La investigadora de emociones quiere ponerte a prueba con una serie de preguntas para que te des cuenta de cómo reconoces y expresas la emoción de empatía.

A continuación, verás algunas situaciones donde mostrar empatía.  
¿Cómo se sienten los demás?

- El hermano de tu amiga Isabel ha tenido un accidente. Está en la cama con la pierna escayolada. ¿Cómo se siente Isabel? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- En una conversación has dicho algo impertinente (una tontería) y eso ha molestado a Pedro. ¿Cómo se siente Pedro? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Le has echado la culpa a tu compañero de haber perdido el estuche de los colores, cuando realmente tú lo olvidaste "no sé dónde". Tu profesor le regaña a él. ¿Cómo se siente tu compañero? <<<CONTESTA NIÑO>>>
- Has insultado a un compañero de clase sólo porque te cae mal. ¿Cómo se sentirá él? <<<CONTESTA NIÑO>>>

- Les habías prometido a tus amigas que les dejarías un juego y lo has pensado mejor...y no se lo has dejado. ¿Cómo se sentirán ellas? <<<CONTESTA NIÑO>>>

## 2do ejercicio

Compartir significa también ponerse en el lugar del otro.

Cuando estamos felices nos gusta comunicarlo a los demás, que se enteren todos. Cuando estamos tristes, enfadados, nerviosos, asustados, cuando nos sentimos defraudados, solos, incomprendidos, etc., nos gustaría que los demás nos comprendiesen para que todo funcionara mejor.

Si expresas bien y adecuadamente cómo te sientes, los demás aprenderán a conocerte mejor. Si comprendes cómo se sienten los demás, podrás evitar problemas, como peleas, insultos, enfados y malos entendidos con tus amigas/os, compañeras/os, profesoras/es, monitores/as, etc.

Tú te puedes sentir bien por haber comprendido a tu amigo/a (véase Figura 4.3.9).

### Figura 4.3.9

*Ponerse en el lugar del otro*

Completa:

IMAGINA QUE....	LO QUE TÚ HARÍAS
Tu amiga Begoña se ha enfadado Bastante	
Te pones bastante nervioso porque alguien se está metiendo contigo	
Ves a tu hermano un poco triste y que apenas quiere hablar	
No te has salido con la tuya, querías que todos jugasen a pillar y no ha sido así	

Tu amigo está triste porque no ha podido aprobar un examen	
--	--

#### 4º Ejercicios de reconocimiento y expresión de la empatía (entrenadora)

##### 4to ejercicio

La entrenadora de emociones quiere proponerte un ejercicio para que seas consciente de la emoción de empatía.

Observa las siguientes imágenes y contesta a las preguntas (véase Figura 4.3.9-A).

##### Figura 4.3.9-A

*Trabajando tomar conciencia sobre la empatía*

	¿Qué expresa la cara?	¿Qué sentirá en el cuerpo?	¿Por qué estará sintiendo lo que siente?	¿Qué estará pensando?
<<<INSERTAR IMAGEN ALEGRÍA>>>				
<<<INSERTAR IMAGEN TRISTEZA>>>				
<<<INSERTAR IMAGEN MIEDO>>>				
<<<INSERTAR IMAGEN ENFADO>>>				
<<<INSERTAR IMAGEN CULPA>>>				

<<<INSERTAR IMAGEN AFECTO>>>				
------------------------------------	--	--	--	--

### 5to ejercicio

¿Qué emoción sentirías tú en las siguientes situaciones? Recuerda que el primer paso para empatizar con los demás, es empatizar con nosotros mismos, reconocer nuestros sentimientos, identificarlos y comprender nuestros motivos. Selecciona la que creas que más va contigo. <<<LISTA SELECCIÓN>>> (véase Figura 4.3.9-B).

#### Figura 4.3.9-B

##### *Reconociendo nuestras emociones*

Situación	Emoción <<<SELECCIONA>>>
Mi equipo de fútbol ha ganado la final del campeonato	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Tenía que hacer una mesa para el taller de la asignatura de tecnología y me ha quedado muy bien	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Estoy muy lejos de mi familia y me he puesto a escuchar música que me recuerda a ellos	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Te han dado la nota de un examen para el que habías estudiado mucho, has suspendido	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Tienes mal la rodilla y el médico te dice que hay que operarte y que la operación es difícil de realizar	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Tu mejor amigo demuestra en público que dijiste una mentira muy grave	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Le has quitado el almuerzo a tu compañero de clase sin que se dé cuenta, ahora, él no tiene nada para comer en el recreo y tú tienes dos bocadillos, no le das ninguno	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Veo a aquella persona que me gusta de la mano con otra persona	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa

Te has colado en una fiesta muy divertida a la que no habías sido invitado	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Te das cuenta de que te han robado	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Te has cansado de las tonterías de tu compañero de habitación	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa
Por fin le has pedido salir a la persona que te gusta, te ha dicho que sí	Alegría; Tristeza; Enfado; Miedo; Afecto; Culpa

### 5º Algunos trucos para potenciar la empatía

- Observar la conducta no verbal de la persona con la que nos estamos relacionando (tono de voz, gestos faciales, movimientos...). El lenguaje no verbal es el que refleja verdaderamente los sentimientos de las personas.
- Escucha tanto lo que la persona nos dice verbalmente como lo que nos dice con sus gestos y tono de voz. Más importante que hablar es escuchar al otro (véase Figura 4.3.9-C).


Para mostrar interés y comprensión por la otra persona:

- Mira con interés a la persona con la que estés hablando.
- Recuerda que tus gestos se corresponden con lo que estás sintiendo en el momento de hablar con otra persona.
- Controla tus emociones, especialmente cuando sientas emociones negativas como enfado y no puedas mostrarlo todavía.
- No juzgues lo que te está contando la otra persona, sólo escucha.
- Transmite a la otra persona que la entiendes y la estás escuchando (“Entiendo perfectamente que te sientas mal”).
- Profundiza en la información que te cuenta la persona con la que hablas, pregúntale.
- Muéstrale apoyo (“Puedes contar conmigo”).




**Figura 4.3.9-C**

*Claves para potenciar la empatía*



## CLAVES PARA POTENCIAR LA EMPATÍA

- Observar la **conducta no verbal** de la persona con la que nos estamos relacionando (tono de voz, gestos faciales, movimientos...). El lenguaje no verbal es el que refleja verdaderamente los sentimientos de las personas.
- **Escucha** tanto lo que la persona nos dice verbalmente como lo que nos dice con sus gestos y tono de voz. Más importante que hablar es escuchar al otro.
- Para mostrar interés y comprensión por la otra persona:



## **CAPÍTULO 5**

# **Prueba piloto del programa de tratamiento MAM@**

En este capítulo se presentan los resultados de la prueba piloto del programa MAM@. Se analizan los datos relativos a menores, usuarios del programa, en lo que respecta a la utilidad del contenido, las ventajas de este tipo de intervención, la usabilidad del programa, las barreras de uso, la satisfacción con el programa, el afecto positivo o negativo de cada componente del programa MAM@, el cambio en las fortalezas y las dificultades y regulación emocional de los menores que han usado el programa.

## **5.1. Método**

### *5.1.1. Participantes*

La aplicación de la prueba piloto del programa MAM@ se llevó a cabo mediante una muestra reducida para recabar información sobre la aceptación del programa.

Inicialmente se realizó una prueba de uso del programa. Para esta prueba, se reclutó incidentalmente a una pequeña muestra ( $N = 4$ ) de menores expuestos a Violencia de Género que estaban recibiendo terapia psicológica en el servicio SAPMEX en la Asociación Quiero Crecer. Concretamente las edades y los sexos de los sujetos fueron: sujeto 001: chico de 13 años; sujeto 002: chica de 12 años; sujeto 003: chica de 13 años; sujeto 004: chico de 14 años. No se efectuó un seguimiento de los participantes más allá de continuar su terapia psicológica en su servicio habitual.

Dos terapeutas participaron en la aplicación de la prueba de uso del programa MAM@. Cada terapeuta se encargó de administrar los cuestionarios y de asistir la cumplimentación del programa de intervención de dos menores cada uno, siguiendo el proceso descrito en el apartado procedimiento (descrito más adelante).

### *5.1.2. Instrumentos*

Todos los cuestionarios se administraron de forma telemática por ordenador a los participantes. Se realizaron mediciones Pre y Post intervención (antes y después de aplicar el protocolo MAM@ completo), así como mediciones Pre y Post módulo, para cada uno de los módulos. Estas mediciones se llevaron a cabo con la finalidad de analizar la eficacia global, factibilidad y aceptabilidad de la intervención MAM@ y para la valoración de la utilidad, usabilidad y disfrute percibido de cada uno de los módulos.

Para la valoración de cada uno de los módulos se siguió el siguiente protocolo:

- Escala visual analógica ad hoc, valorada en una escala Likert de 0 a 7 puntos (0 = nada; 7 = muchísimo) sobre **afecto positivo y negativo**. Se contesta a la pregunta: “Por favor, señala cómo te sientes ahora mismo” Opciones a valorar de 0 a 7 puntos: Alegre; Optimista; Calmado/a; Triste; Ansioso/a; Enfadado/a; Bloqueado/a, paralizado/a, desconectado/a; Culpable; Empático; Afectuoso (se tomaron medidas pre y post módulo). En la evaluación post-módulo, se pide también que los menores respondan a la pregunta “¿Cómo te sientes después de realizar el módulo respecto a antes de comenzar?” para cada una de las opciones.
- Escala visual analógica ad hoc, valorada en una escala Likert de 1 a 10 puntos (1 = nada adecuado; 10 = muy adecuado) sobre la **valoración general del módulo**. Se contesta a la pregunta “Teniendo en cuenta el objetivo del módulo, selecciona la opción que mejor se ajuste”. Las opciones a valorar entre 1 y 10 puntos son: “¿En qué medida el contenido de la emoción del módulo te ha parecido adecuado?” y “¿En qué medida la web te ha parecido adecuada para realizar el módulo?”
- Escala visual analógica ad hoc, valorada en una escala Likert de 1 a 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) sobre la **utilidad del contenido**. Se contesta a la pregunta “Por favor, selecciona la opción que mejor describa tu opinión con respecto al contenido del módulo”. Las opciones a valorar entre 1 y 7 puntos son: “La información que me ha proporcionado la web para reconocer, expresar y regular la emoción trabajada me ha parecido útil” y “La información que me ha proporcionado la web para reconocer, expresar y regular la emoción trabajada me ha parecido fácil de entender”.
- Subescala de utilidad percibida de Venkatesh y Davis (2000), adaptada al español para esta investigación, valorada en una escala Likert de 1 a 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) sobre la **utilidad de la intervención web**. Se contesta a la pregunta “Teniendo en cuenta la emoción que has recibido en este módulo, selecciona la opción que mejor describa tu opinión con respecto a la web (texto, vídeos, imágenes, ejercicios)”. Las opciones a valorar entre 1 y 7 puntos son: “La

web me ayuda a entender la información sobre la emoción trabajada de modo más eficaz”; “La web me ha facilitado poner en práctica el contenido presentado (estrategias de identificación y regulación emocional)”; “La web me permite poner en práctica más intensamente el reconocimiento, la expresión y regulación de la emoción trabajada”; “La Web es útil para poner en práctica el reconocimiento, la expresión y regulación de la emoción trabajada”; “La web hace que practicar las estrategias de reconocimiento, expresión y regulación de la emoción trabajada sea más fácil”. En su versión original esta escala obtuvo una fiabilidad alta ( $\alpha = .87 - .98$ ).

- Subescala de usabilidad percibida de Venkatesh y Davis (2000), adaptada al español para esta investigación, valorada en una escala Likert de 1 a 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) sobre la **usabilidad percibida**. Se contesta a la pregunta “Selecciona la opción que mejor describa tu opinión con respecto a la usabilidad de la web”. Las opciones a valorar entre 1 y 7 puntos son: “El modo de interactuar con la web es claro y comprensible”; “Interactuar con la web no requiere mucho esfuerzo mental”; “En general la web es intuitiva y fácil de usar”; y “En general, la web funciona bien (p. ej: cuando le doy a un botón, este realiza la función esperada)”. En su versión original esta escala alcanzó una fiabilidad alta ( $\alpha = .86 - .98$ ).
- Escala visual analógica ad hoc, valorada en una escala Likert de 1 a 7 puntos (la etiqueta de los puntos varía según la opción de respuesta) sobre el **disfrute percibido**. Se contesta a la pregunta “En general, ¿Qué te parece el módulo?”. Las opciones a valorar entre 1 y 7 puntos son: “¿Aburrido (1) o Interesante (7)?”; “¿Desagradable (1) o agradable (7)?”; “¿Soso (1) o estimulante (7)?”; y “¿Con un diseño no atractivo (1) o con un diseño atractivo (7)?”

Para la valoración de la intervención global del programa MAM@, se siguió el siguiente protocolo:

- **Escala de dificultades en la regulación emocional** (DERS; Gratz y Roemer, 2004), en su adaptación española para adolescentes entre 12-18 años (Gómez-Simón et al., 2014). Consta de 36 ítems y se valora a través de escala Likert con cinco opciones de respuesta (donde 1 es casi nunca, y 5 casi siempre). Valora características de las dificultades de regulación emocional a través de seis factores, los cuales son: No aceptación de las respuestas emocionales (no-aceptación: 7 ítems); Dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (metas; 5 ítems); Dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado (impulsividad; 6 ítems); Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (estrategias; 7 ítems); Falta de conciencia emocional (conciencia; 6 ítems); Falta de claridad emocional (claridad; 5 ítems). La fiabilidad de este cuestionario en población adolescente española ( $\alpha = .88$ ) es adecuada. Todas las escalas se valoran de forma continua y sus ítems se puntúan de forma directa, salvo los ítems de la escala de conciencia (2, 6, 8, 10, 17, 34), el ítem 24 de la escala de impulsividad, el ítem 20 de la escala de metas, el ítem 1 y 7 de la escala de claridad y el ítem 22 de la escala de estrategias, los cuales puntúan de forma inversa (donde 5 es casi nunca, y 1 casi siempre).
- **Cuestionario de Factibilidad y Aceptabilidad versión para el adolescente** (CFA-A; Sandín et al., 2020). Este cuestionario incluye tres subescalas compuestas de 6 ítems cada una (18 ítems en total), las cuales son: Experiencia con el programa; Satisfacción con el programa; Alianza con el terapeuta. Todos los ítems se evalúan en una escala directa de 11 puntos, que va de 0 ("totalmente en desacuerdo") a 10 ("totalmente de acuerdo"). No se disponen todavía de datos sobre la fiabilidad de esta escala, aunque investigaciones preliminares (Sandín et al., 2020) han mostrado elevadas puntuaciones medias entre los adolescentes que han completado este programa, tras aplicar otros programas de intervención online. Todas las medidas obtenidas por este cuestionario son de escala continua. Al final del cuestionario se incluyen dos cuestiones adicionales en formato de respuesta libre, las cuales preguntan a los participantes

acerca de lo que más les ha gustado del programa y de lo que menos les ha gustado del mismo. Dadas las características de este cuestionario, no se aplicó en el pre-test, sino que únicamente se administró en el post-test.

- La **usabilidad de la web global** se llevó a cabo mediante una escala ad hoc, valorada en una escala Likert de 1 a 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). La escala pide seleccionar la opción que mejor describa la opinión de los sujetos con respecto a la usabilidad de la web. Se contesta a las siguientes preguntas: “Creo que usaría esta web con frecuencia (p. ej., todas las semanas)”; “Creo que la web es compleja”; “Creo que la web fue fácil de usar”; “Creo que necesitaría ayuda de alguien más experto para poder usar esta web”; “Creo que las diversas funciones de la web (ver vídeos, realizar ejercicios) están bien integradas”; “Creo que la web es muy inconsistente (que no tiene sentido)”; “Creo que la mayoría de la gente aprendería muy rápido a usar esta web”; “Encontré la web muy complicada de utilizar”; “Me sentí muy seguro/a y confiado/a al usar la web (no tuve dudas al usarla)”; “Necesité aprender muchas cosas antes de poder utilizar esta web”. Dadas las características de este cuestionario, no se aplicó en el pre-test, sino que únicamente se administró en el post-test.
- Las **barreras de uso** que encontraron los sujetos en la aplicación de la web, se llevó a cabo mediante una escala ad hoc, valorada en una escala Likert de 0 a 4 puntos (0 = nunca; 4 = siempre). Se pretende contestar a la pregunta: “¿En qué medida, cada uno de los siguientes factores, ha sido un obstáculo para que utilizaras la web?”. Las opciones a valorar son las siguientes: “Se me olvidaba utilizarla”; “No tenía tiempo”; “Pensaba que no sería útil”; “No me resultaba fácil utilizarla”; “La web funcionaba mal”; “No me funcionaba bien Internet”; “La web me parecía aburrida”. Dadas las características de este cuestionario, no se aplicó en el pre-test, sino que únicamente se administró en el post-test.

### 5.1.3. *Procedimiento*

Antes de comenzar se solicitó autorización al Comité de Ética de la Universidad de Murcia (3663/2021) para poder comenzar la aplicación del programa.

Todos los profesionales que participaron en el Proyecto presentaron el Certificado de no estar inmersos en Delitos Sexuales.

Los terapeutas responsables de la aplicación del programa de intervención solicitaron el consentimiento informado verbalmente, en presencia de los menores y los padres o tutores legales de los menores que iban a participar en la investigación. Se solicitó la participación voluntaria de los menores y su consentimiento, así como el de sus padres o tutores legales.

Una vez recibido el consentimiento informado, durante la primera sesión presencial, se les proporcionó información (a padres/tutores y menores) sobre el programa y se asignó un número identificativo a cada participante, correlativo con su incorporación en el estudio, que garantizase su anonimato en la web. Este número identificativo fue empleado como nombre de usuario dentro de la web, de tal modo que todas las respuestas de los menores quedasen registradas con un número anónimo y no con su nombre real.

El programa se aplicó en cinco semanas. La primera y última semana fueron presenciales, para garantizar la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los menores, aunque los módulos de intervención los realizaron sin ningún tipo de asistencia por el/la psicólogo/a. El resto de semanas, los/as psicólogos/as responsables de aplicar el tratamiento se pusieron en contacto telefónico con los menores el primer día hábil de la semana para facilitarles información sobre los módulos a realizar, así como proporcionarles las claves de acceso a los módulos que tenían que completar. No se realizó ningún tipo de intervención psicológica por parte de los terapeutas más allá de la atención psicológica en su servicio habitual (SAPMEX).

Al finalizar cada módulo, los cuestionarios de afecto positivo o negativo, valoración general, usabilidad, utilidad y disfrute percibido del módulo estaban disponibles para ser completados por los menores.



La temporalización de la aplicación del programa fue la siguiente:

- Primera semana (presencial): Evaluación pre-intervención y módulo introductorio.
- Segunda semana (telemática): Módulo de alegría y módulo de tristeza.
- Tercera semana (telemática): Módulo de enfado y módulo de miedo.
- Cuarta semana (telemática): Módulo de afecto y módulo de culpa.
- Quinta semana (presencial): Módulo de empatía y evaluación post-intervención.

El tiempo total aproximado en cumplimentar los módulos y las evaluaciones fue de 3 horas y 15 minutos.

A continuación, se presenta de forma resumida:

- Evaluación PRE: 10 minutos.
- Introducción: 5 minutos.
- Alegría 20 minutos.
- Tristeza 15 minutos.
- Enfado 25 minutos.
- Miedo 25 minutos.
- Culpa 25 minutos.
- Afecto 25 minutos.
- Empatía 25 minutos.
- Evaluación POST eficacia 15 minutos.

El reclutamiento de niños/as, adolescentes y sus respectivos padres o cuidadores principales, se realizó mediante un muestreo incidental, a través del

servicio SAPMEX de atención a menores expuestos a violencia de género de la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental, Quiero Crecer, de la que forma parte el equipo de investigación GUIIA-PC-E069-03.

La aplicación de la prueba de uso del programa MAM@ se llevó a cabo entre el mes de junio y julio de 2022 con un grupo reducido de menores expuestos a violencia de género que estaban recibiendo atención psicológica en la Asociación Quiero Crecer. Se optó por realizar una prueba de uso con esta población de menores ya que era la población más numerosa. La finalidad de desarrollar una prueba de uso fue la de valorar preliminarmente el programa de intervención MAM@ antes de aplicarlo y valorar la eficacia de la intervención, para detectar puntos fuertes, puntos débiles y aspectos a mejorar.

#### *5.1.4. Análisis de datos*

Se realizó un análisis de los ítems de los cuestionarios de utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general de los módulos. También se realizó un análisis por ítems y escalas de los cuestionarios post-intervención, los cuales incluyen el cuestionario DERS, CFA, usabilidad general de la web y barreras de uso.

Se analizaron los datos de cada sujeto en cada uno de los ítems. Los datos de los módulos se analizaron de forma combinada (sumando la puntuación de cada sujeto individual, en cada ítem similar de cada módulo, y calculando la media global del sujeto para el ítem en todos los módulos) y de forma individual (se presenta la puntuación de cada ítem de cada sujeto en cada uno de los módulos).

También se examinaron cuáles fueron los módulos mejor valorados, mediante el cálculo de la media de las puntuaciones de todos los sujetos combinados en cada uno de los ítems, para cada módulo individualmente.

Se analizó además el cambio en el afecto positivo y negativo de cada uno de los módulos, mediante la presentación de las puntuaciones directas de los sujetos que contestaron a la pregunta “¿Cómo te sientes después de realizar el módulo respecto a antes de comenzar?”

Igualmente se examinaron las puntuaciones de los ítems de los cuestionarios DERS, CFA, usabilidad general de la web y barreras de uso. Se expusieron además las recomendaciones, quejas y sugerencias de los sujetos de las preguntas de libre redacción, con respecto a la mejora de la web.

## **5.2. Resultados**

### *5.2.1. Valoración general de los sujetos*

Los resultados de la prueba de uso, relativos a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general, se presentan mediante las puntuaciones medias de todos los módulos para cada uno de los sujetos en cada ítem (véase Tabla 5.2.1).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 9.43; utilidad del contenido = 6.35, utilidad web = 6.08; usabilidad = 6.89; disfrute = 6.53). Para el sujeto 002 (valoración general = 8.07; utilidad del contenido = 6.43; utilidad web = 5.22; usabilidad = 6.78; disfrute = 5.78). Para el sujeto 003 (valoración general = 6.36; utilidad del contenido = 4; utilidad web = 4.39; usabilidad = 5.82; disfrute = 4.39). Para el sujeto 004 (valoración general = 8.43; utilidad del contenido = 6.43; utilidad web = 6.60; usabilidad = 6.28; disfrute = 5.57).

**Tabla 5.2.1**

*Resultados de las puntuaciones medias de los sujetos combinando todos los módulos*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	9.43	7.86	6.29	7.29
2) Web adecuada	9.43	8.29	6.43	9.57
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	6.14	6	3.71	6.43
2) Fácil de entender	6.57	6.86	4.29	6.43
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	6.57	5.43	4.57	6.14
2) Contenido práctico	5.86	5.14	4.71	6.43
3) Facilita la práctica	6	5.29	4.86	6.43
4) Útil en la práctica	5.86	5.14	4.14	6.71
5) Facilita estrategias	6.14	5.14	3.71	6.86
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	6.86	6.43	7	6.14
2) Interacción sin esfuerzo	6.86	6.86	7	6.43
3) Web intuitiva	7	6.86	7	6.29
4) Web funciona bien	6.86	7	2.29	6.29
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6.29	6.14	4.57	5.57
2) Desagradable- Agradable	6.43	5.86	5.14	5.29
3) Soso- Estimulante	6.43	5.14	1	5.43
4) No atractivo- Atractivo	7	6	6.86	6

### 5.2.2. Valoración del módulo alegría

Se muestran las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo alegría, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.2).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 5.8; usabilidad = 6.75; disfrute = 7). Para el sujeto 002 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 6; utilidad web = 5.8; usabilidad = 7; disfrute = 5.75). Para el sujeto 003 (valoración general = 5; utilidad del contenido = 5; utilidad web = 2.6;

usabilidad = 5.75; disfrute = 3.75). Para el sujeto 004 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 6.8; usabilidad = 6.75; disfrute = 7).

**Tabla 5.2.2**

*Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo alegría*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	9	9	4	8
2) Web adecuada	9	9	6	10
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	7	6	4	7
2) Fácil de entender	6	6	6	6
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	6	7	1	7
2) Contenido práctico	6	6	4	6
3) Facilita la práctica	6	6	4	7
4) Útil en la práctica	5	5	3	7
5) Facilita estrategias	6	5	1	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	6	7	7	7
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	7
3) Web intuitiva	7	7	7	7
4) Web funciona bien	7	7	2	6
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	7	6	1	7
2) Desagradable- Agradable	7	6	6	7
3) Soso- Estimulante	7	6	1	7
4) No atractivo- Atractivo	7	5	7	7

**5.2.3. Valoración del módulo tristeza**

Se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo tristeza, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.3).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 6; utilidad web = 5.8; usabilidad = 6.5; disfrute = 7). Para el sujeto 002 (valoración general = 7.5; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 4.6; usabilidad = 6.25; disfrute = 5.5). Para el sujeto 003 (valoración general = 7; utilidad del contenido = 5.5; utilidad web = 6.4; usabilidad = 6; disfrute = 4.5). Para el sujeto 004 (valoración general = 5.5; utilidad del contenido = 7; utilidad web = 7; usabilidad = 6.5; disfrute = 7).

**Tabla 5.2.3**

*Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo tristeza*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	9	7	7	1
2) Web adecuada	9	8	7	10
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	6	6	4	7
2) Fácil de entender	6	7	7	7
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	6	5	6	7
2) Contenido práctico	5	5	7	7
3) Facilita la práctica	6	4	6	7
4) Útil en la práctica	6	4	7	7
5) Facilita estrategias	6	5	6	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	6	7	7
2) Interacción sin esfuerzo	6	6	7	7
3) Web intuitiva	7	6	7	7
4) Web funciona bien	6	7	3	5
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	7	6	5	7
2) Desagradable- Agradable	7	5	6	7
3) Soso- Estimulante	7	5	1	7
4) No atractivo- Atractivo	7	6	6	7

#### 5.2.4. *Valoración del módulo enfado*

Se exponen las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo enfado, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.4).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 6.2; usabilidad = 7; disfrute = 6.25). Para el sujeto 002 (valoración general = 7.5; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 4; usabilidad = 6.5; disfrute = 5.5). Para el sujeto 003 (valoración general = 5; utilidad del contenido = 3; utilidad web = 6; usabilidad = 6; disfrute = 3.5). Para el sujeto 004 (valoración general = 10; utilidad del contenido = 7; utilidad web = 7; usabilidad = 7; disfrute = 6.5).

**Tabla 5.2.4***Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo enfado*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	9	8	3	10
2) Web adecuada	9	7	7	10
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	6	6	2	7
2) Fácil de entender	7	7	4	7
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	7	4	7	7
2) Contenido práctico	6	4	7	7
3) Facilita la práctica	6	4	7	7
4) Útil en la práctica	6	4	7	7
5) Facilita estrategias	6	4	2	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	5	7	7
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	7
3) Web intuitiva	7	7	7	7
4) Web funciona bien	7	7	3	7
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6	5	1	5
2) Desagradable- Agradable	6	6	5	7
3) Soso- Estimulante	6	4	1	7
4) No atractivo- Atractivo	7	7	7	7

**5.2.5. Valoración del módulo miedo**

Se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo miedo, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.5).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 10; utilidad del contenido = 5.5; utilidad web = 6.2; usabilidad = 7; disfrute = 6.25). Para el sujeto 002 (valoración general = 8.5; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 5.2; usabilidad = 6.75; disfrute = 6). Para el sujeto 003 (valoración general = 6; utilidad del contenido = 4; utilidad web



= 3.8; usabilidad = 5.75; disfrute = 4.75). Para el sujeto 004 (valoración general = 10; utilidad del contenido = 7; utilidad web = 7; usabilidad = 7; disfrute = 7).

**Tabla 5.2.5**

*Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo miedo*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	10	8	7	10
2) Web adecuada	10	9	5	10
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	5	6	4	7
2) Fácil de entender	6	7	4	7
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	7	6	5	7
2) Contenido práctico	6	5	3	7
3) Facilita la práctica	6	5	4	7
4) Útil en la práctica	6	5	3	7
5) Facilita estrategias	6	5	4	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	6	7	7
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	7
3) Web intuitiva	7	7	7	7
4) Web funciona bien	7	7	2	7
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6	7	6	7
2) Desagradable- Agradable	6	6	5	7
3) Soso- Estimulante	6	5	1	7
4) No atractivo- Atractivo	7	6	7	7

**5.2.6. Valoración del módulo culpa**

Se muestran las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo culpa, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.6).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 9; utilidad del contenido = 7; utilidad web = 6.4; usabilidad

= 7; disfrute = 6.25). Para el sujeto 002 (valoración general = 8; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 6.2; usabilidad = 7; disfrute = 6). Para el sujeto 003 (valoración general = 5; utilidad del contenido = 4; utilidad web = 3.8; usabilidad = 5.75; disfrute = 4.75). Para el sujeto 004 (valoración general = 8; utilidad del contenido = 5.5; utilidad web = 5.8; usabilidad = 5.75; disfrute = 5.75).

**Tabla 5.2.6**

*Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo culpa*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	9	8	5	7
2) Web adecuada	9	8	5	9
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	7	6	4	5
2) Fácil de entender	7	7	4	6
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	7	6	4	5
2) Contenido práctico	6	6	5	6
3) Facilita la práctica	6	6	3	5
4) Útil en la práctica	6	7	4	7
5) Facilita estrategias	7	6	3	6
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	7	7	5
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	6
3) Web intuitiva	7	7	7	6
4) Web funciona bien	7	7	2	6
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6	7	6	5
2) Desagradable- Agradable	6	7	5	6
3) Soso- Estimulante	6	5	1	6
4) No atractivo- Atractivo	7	5	7	6

### 5.2.7. *Valoración del módulo afecto*

Se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo afecto, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.7).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 10; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 6; usabilidad = 7; disfrute = 6.25). Para el sujeto 002 (valoración general = 7.5; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 5.4; usabilidad = 7; disfrute = 6.25). Para el sujeto 003 (valoración general = 8.25; utilidad del contenido = 3; utilidad web = 4.6; usabilidad = 5.75; disfrute = 4.5). Para el sujeto 004 (valoración general = 8; utilidad del contenido = 6; utilidad web = 6; usabilidad = 5.25; disfrute = 2.75).

**Tabla 5.2.7***Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo afecto*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	10	7	8	7
2) Web adecuada	10	8	9	9
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	6	6	4	6
2) Fácil de entender	7	7	2	6
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	6	5	5	5
2) Contenido práctico	6	5	4	6
3) Facilita la práctica	6	6	5	6
4) Útil en la práctica	6	6	3	6
5) Facilita estrategias	6	5	6	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	7	7	5
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	5
3) Web intuitiva	7	7	7	5
4) Web funciona bien	7	7	2	6
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6	6	6	1
2) Desagradable- Agradable	6	6	4	1
3) Soso- Estimulante	6	6	1	3
4) No atractivo- Atractivo	7	7	7	6

**5.2.8. Valoración del módulo empatía**

Se exponen las puntuaciones directas de los sujetos en el módulo empatía, relativas a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general (véase Tabla 5.2.8).

Las puntuaciones medias de cada escala fueron para el sujeto 001 (valoración general = 10; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 6.2; usabilidad = 7; disfrute = 6.75). Para el sujeto 002 (valoración general = 8.5; utilidad del contenido = 6.5; utilidad web = 5.4; usabilidad = 7; disfrute = 5.5). Para el sujeto 003 (valoración general = 8; utilidad del contenido = 3.5; utilidad

web = 3.6; usabilidad = 5.75; disfrute = 5). Para el sujeto 004 (valoración general = 8.5; utilidad del contenido = 6; utilidad web = 6; usabilidad = 5.75; disfrute = 3).

**Tabla 5.2.8**

*Puntuaciones directas de los sujetos en el módulo empatía*

Escala	001	002	003	004
<b>Valoración general (1-10 puntos)</b>				
1) Contenido adecuado	10	8	10	8
2) Web adecuada	10	9	6	9
<b>Utilidad contenido (1-7 puntos)</b>				
1) Información útil	6	6	4	6
2) Fácil de entender	7	7	3	6
<b>Utilidad Web (1-7 puntos)</b>				
1) Información eficaz	7	5	4	5
2) Contenido práctico	6	5	3	6
3) Facilita la práctica	6	6	5	6
4) Útil en la práctica	6	5	2	6
5) Facilita estrategias	6	6	4	7
<b>Usabilidad (1-7 puntos)</b>				
1) Interacción clara	7	7	7	5
2) Interacción sin esfuerzo	7	7	7	6
3) Web intuitiva	7	7	7	5
4) Web funciona bien	7	7	2	7
<b>Disfrute (1-7 puntos)</b>				
1) Aburrido-Interesante	6	6	7	7
2) Desagradable- Agradable	7	5	5	2
3) Soso- Estimulante	7	5	1	1
4) No atractivo- Atractivo	7	6	7	2

**5.2.9. Cambio en el afecto positivo-negativo después de cada módulo**

Se exponen las puntuaciones directas de los sujetos (rango de puntuaciones de 1 = “mucho menos que antes”; 4 = “igual que antes”; 7 = “mucho más que antes”) que participaron en la prueba de uso relativas al cambio percibido en el afecto positivo y negativo que han experimentado tras realizar el módulo, con respecto

a antes de comenzar. También se presentan las puntuaciones medias de cada módulo para cada variable de cambio en el afecto positivo-negativo (véase Tabla 5.2.9).

Tras realizar el módulo alegría, con respecto a antes de realizarlo, los participantes se percibieron más alegres y calmados y menos tristes, culpables, empáticos y afectuosos.

Una vez llevado a cabo el módulo tristeza se percibieron menos tristes, ansiosos, bloqueados, culpables, empáticos y afectuosos.

Después de ejecutar el módulo enfado, se percibieron más alegres y menos tristes, ansiosos, culpables, empáticos y afectuosos.

Tras realizar el módulo miedo se percibieron más alegres, optimistas, calmados, tristes, bloqueados, empáticos y afectuosos.

Una vez llevado a cabo el módulo culpa se percibieron más calmados y bloqueados y menos alegres, optimistas, tristes, ansiosos, culpables, empáticos y afectuosos.

Después de ejecutar el módulo afecto, se percibieron más bloqueados y menos alegres, optimistas, calmados, tristes, ansiosos, culpables, empáticos y afectuosos.

Tras realizar el módulo empatía se percibieron más calmados y bloqueados y menos alegres, optimistas, tristes, ansiosos, culpables, empáticos y afectuosos.

**Tabla 5.2.9**

*Cambio en el afecto positivo-negativo percibido por los sujetos tras los módulos*

Módulo	Alegr e	Optimist a	Calmad o	Trist e	Ansios o	Bloquead o	Culpabl e	Empátic o	Afectuos o
<b>Alegría</b>	4.25	4	4.75	2.75	3	4	3.25	3.25	3.25
00	5	4	4	1	1	1	1	1	1
1									

00									
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
00									
3	4	4	7	2	3	7	4	4	4
00									
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Tristeza</b>									
a	4	4	4	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25	3.25
00									
1	4	4	4	1	1	1	1	1	1
00									
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
00									
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
00									
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Enfado</b>	4.25	3	4	2.75	2.75	4	2.5	3.75	2.75
00									
1	4	4	4	5	4	4	4	4	4
00									
2	5	2	1	1	1	1	1	3	1
00									
3	4	2	7	1	2	7	1	4	2
00									
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Miedo</b>	4.25	4.75	5.5	4.25	4	5.5	4	4.75	4.25
00									
1	2	4	4	5	4	4	4	4	4
00									
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
00									
3	4	4	7	1	1	7	1	4	2
00									
4	7	7	7	7	7	7	7	7	7
<b>Culpa</b>	2.75	3.5	4.5	3.5	3.25	4.25	3	3.5	2.75
00									
1	2	4	4	4	4	4	4	4	4
00									
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4

003	4	3	7	3	2	7	2	4	2
004	1	3	3	3	3	2	2	2	1
<b>Afecto</b>	3	3.5	3.5	3	2.75	4.25	2.75	3.5	3
001	2	4	4	4	4	4	4	4	4
002	4	4	4	4	4	4	4	4	4
003	4	4	4	2	1	7	2	4	2
004	2	2	2	2	2	2	1	2	2
<b>Empatía</b>	3.25	3.25	5.5	3.25	3	4.25	3	3.5	3.5
001	4	4	4	4	4	4	4	4	4
002	4	4	4	4	4	4	4	4	4
003	4	4	7	3	2	7	2	4	4
004	1	1	7	2	2	2	2	2	2

---

### 5.2.10. Valoración media de cada módulo

Se muestran los resultados de las puntuaciones medias de cada módulo, relativos a la utilidad, usabilidad, disfrute percibido, y valoración general. En otras palabras, se presenta la puntuación media de todos los sujetos de forma combinada, en cada ítem de cada módulo individualmente (véase Tabla 5.2.10).

Se observa que el módulo que mejor valoración general obtuvo fue el módulo de empatía, y el que peor valoración general obtuvo, fue el módulo de tristeza.

El módulo mejor valorado en cuanto a la utilidad del contenido fue el módulo de tristeza, y el peor valorado en cuanto a dicha utilidad, fue el módulo de afecto.



El módulo mejor valorado en cuanto a la utilidad de la web para aplicar el contenido del módulo fue el módulo de tristeza, y el peor valorado fue el módulo de alegría.

El mejor valorado en cuanto a la usabilidad, fue el módulo de enfado y miedo, y el peor valorado fue el módulo de afecto.

El módulo mejor valorado en cuanto a disfrute fue el módulo de tristeza y miedo, y el peor valorado fue el módulo de afecto.

Tras combinar la puntuación de todos los ítems de los diferentes cuestionarios, para todos los sujetos en cada módulo, siendo la puntuación mínima 17 y la puntuación máxima 125, se observó que el módulo mejor valorado fue el módulo de miedo ( $PD = 107.75$ ), seguido del módulo de tristeza ( $PD = 106$ ), enfado ( $PD = 104.45$ ), alegría ( $PD = 104$ ), culpa ( $PD = 102.45$ ), empatía ( $PD = 101$ ) y afecto ( $PD = 100.45$ ).

**Tabla 5.2.10***Valoración media de cada módulo*

Escala	Alegría	Tristeza	Enfado	Miedo	Culpa	Afecto	Empatía
<b>Valoración general (2-20 puntos)</b>	16	14.5	15.75	17.25	15	17	17.5
1) Contenido adecuado (1-10 puntos)	7.5	6	7.5	8.75	7.25	8	9
2) Web adecuada (1-10 puntos)	8.5	8.5	8.25	8.5	7.75	9	8.5
<b>Utilidad contenido (2-14 puntos)</b>	12	12.5	11.5	12.25	11.5	11	11.25
1) Información útil (1-7 puntos)	6	5.75	5.25	6	5.5	5.5	5.5
2) Fácil de entender (1-7 puntos)	6	6.75	6.25	6.25	6	5.5	5.75
<b>Utilidad Web (5-35 puntos)</b>	26.25	29.75	29	27.75	27.75	27.75	26.5
1) Información eficaz (1-7 puntos)	5.25	6	6.25	6.25	5.5	5.25	5.25
2) Contenido práctico (1-7 puntos)	5.5	6	6	5.25	5.75	5.25	5
3) Facilita la práctica (1-7 puntos)	5.75	5.75	6	5.5	5	5.75	5.75
4) Útil en la práctica (1-7 puntos)	5	6	6	5.25	6	5.25	4.75
5) Facilita estrategias (1-7 puntos)	4.75	6	4.75	5.5	5.5	6	5.75
<b>Usabilidad (4-28 puntos)</b>	26.25	25.25	26.5	26.5	25.5	25	25.5
1) Interacción clara (1-7 puntos)	6.75	6.75	6.5	6.75	6.5	6.5	6.5
2) Interacción sin esfuerzo (1-7 puntos)	7	6.5	7	7	6.75	6.5	6.75
3) Web intuitiva (1-7 puntos)	7	6.75	7	7	6.75	6.5	6.5
4) Web funciona bien (1-7 puntos)	5.5	5.25	6	5.75	5.5	5.5	5.75
<b>Disfrute (4- 28 puntos)</b>	23.5	24	21.7	24	22.7	19.7	20.25
1) Aburrido-Interesante (1-7 puntos)	5.25	6.25	4.25	6.5	6	4.75	6.5
2) Desagradable- Agradable (1-7 pts)	6.5	6.25	6	6	6	4.25	4.75
3) Soso- Estimulante (1-7 puntos)	5.25	5	4.5	4.75	4.5	4	3.5
4) No atractivo- Atractivo (1-7 puntos)	6.5	6.5	7	6.75	6.25	6.75	5.5

### 5.2.11. Análisis del cuestionario DERS en la prueba piloto

Con respecto al cuestionario de dificultades en la regulación emocional (DERS), se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en cada uno de los ítems, tanto en el pre-test como en el post-test. Además, se presentan las puntuaciones medias, desviaciones típicas y la comparación del cambio entre las medias del post-test y del pre-test (véase Tabla 5.2.11-A).

También se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en cada escala del cuestionario, tanto en el pre-test como en el post-test. Además, las puntuaciones medias, desviaciones típicas y la comparación (Dif) del cambio entre las medias del post-test y del pre-test (véase Tabla 5.2.11-B).

Se observa que, en la prueba piloto, las puntuaciones medias disminuyeron en el post-test con respecto al pre-test, salvo la escala de no aceptación, la cual aumentó su presencia con respecto al pre-test.

**Tabla 5.2.11-A**

#### Análisis de los ítems del cuestionario DERS

Ítem	Pre-test						Post-test						Dif
	1	2	3	4	M	DT	1	2	3	4	M	DT	
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	4	1	1	4	2.5	1.73	4	1	1	2	2	1.41	-0.5
2. Pongo atención a cómo me siento.	4	2	5	4	3.75	1.25	4	1	1	4	2.5	1.73	-1.25
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	2	1	1	2	1.5	0.57	1	1	5	1	2	2	0.5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	2	1	2	1	1.5	0.57	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.25
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	2	1	2	2	1.75	0.5	2	1	2	1	1.5	0.57	-0.25
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	5	3	1	4	3.25	1.7	4	3	3	4	3.5	0.57	0.25
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	4	1	2	4	2.75	1.5	4	1	1	4	2.5	1.73	-0.25
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	4	3	4	3	3.5	0.57	4	3	1	4	3	1.41	-0.5
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	2	1	1	3	1.75	0.95	2	1	3	1	1.75	0.95	0

---

10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	3	1	1	3	2	1.15	4	1	1	3	2.25	1.5	0.25
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2	2	1	3	2	0.81	2	3	3	1	2.25	0.95	0.25
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1.25	0.5	0.25
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	2	3	1	2	2	0.81	2	2	1	1	1.5	0.57	-0.5
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	1	1	3	1	1.5	1	1	1	1	1	1	0	-0.5
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	2	1	2	1	1.5	0.57	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.25
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	5	4	3	4	4	0.81	5	5	5	3	4.5	1	0.5
18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	2	4	4	2	3	1.15	2	4	1	1	2	1.41	-1
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	1	1	3	1	1.5	1	1	1	2	1	1.25	0.5	-0.25
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	4	1	1	4	2.5	1.73	4	1	1	4	2.5	1.73	0
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	4	1	2	3	2.5	1.29	4	1	2	2	2.25	1.25	-0.25
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	2	1	2	1	1.5	0.57	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.25
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	4	1	5	1	2.75	2.06	4	1	2	2	2.25	1.25	-0.5
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	1	3	1	1	1.5	1	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.25
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	2	4	2	2	2.5	1	2	5	1	1	2.25	1.89	-0.25

---

27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	1	2	4	1	2	1.41	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.75
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	2	1	3	1	1.75	0.95	2	1	3	1	1.75	0.95	0
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2	1	1	1	1.25	0.5	2	3	2	1	2	0.81	0.75
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1.25	0.5	0.25
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	1	4	1	1.75	1.5	2	1	2	4	2.25	1.25	0.5
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	2	1	2	1	1.5	0.57	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.25
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	4	3	4	5	4	0.81	4	1	5	2	3	1.82	-1
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	2	1	1	1	1.25	0.5	2	1	2	1	1.5	0.57	0.25
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	2	1	4	1	2	1.41	2	1	1	1	1.25	0.5	-0.75

**Tabla 5.2.11-B**

*Análisis de las escalas del cuestionario DERS*

Escala	Pre-test						Post-test						Dif
	1	2	3	4	M	DT	1	2	3	4	M	DT	
Conciencia	25	16	18	23	20.5	4.2	25	14	16	20	18.75	4.85	-1.75
Impulso	10	7	20	7	11	6.16	11	6	13	10	10	2.94	-1
No aceptación	10	10	8	9	9.25	0.95	12	11	11	7	10.25	2.21	1
Metas	12	13	10	11	11.5	1.29	12	13	5	8	9.5	3.69	-2
Claridad	14	5	8	14	10.25	4.5	14	5	8	9	9	3.74	-1.25
Estrategias	14	7	14	9	11	3.55	14	7	11	8	10	3.16	-1
Puntuación total	85	58	78	73	73.5	11.44	88	56	64	62	67.5	14.08	-6

### *5.2.12. Análisis del cuestionario CFA en la prueba piloto*

Con respecto al cuestionario de Factibilidad y Aceptabilidad versión para el adolescente (CFA), se presentan las puntuaciones directas de los sujetos en cada uno de los ítems y escalas. Además, se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las escalas e ítems (véase Tabla 5.2.12). En este cuestionario solo se exponen las puntuaciones post-test, ya que este instrumento se aplica únicamente al final del protocolo de evaluación para valorar la experiencia del usuario con la web.

En cuanto a la pregunta de libre redacción: “¿Qué es lo que más te ha gustado de participar en el programa MAM@ (web "Descubrir mis emociones")?”, el sujeto 001 contestó: “Los vídeos y las preguntas que te hacían”. El sujeto 002: “Descubrir más información de las emociones”. El sujeto 003: “La decoración”. El sujeto 004: “Descubrir más información de las emociones”.

En lo referente a la pregunta de libre redacción: “¿Qué es lo que menos te ha gustado de participar en el programa MAM@ (web "Descubrir mis emociones")?”, el sujeto 001 contestó: “Hay muchas preguntas”. El sujeto 002: “Que no explican muy bien lo que hay que hacer”. El sujeto 003: “Los botones”. El sujeto 004: “Que no explican muy bien lo que hay que hacer”.

**Tabla 5.2.12****Análisis de ítems y escalas del cuestionario CFA**

	1	2	3	4	M	DT
1. ¿Hasta qué punto te ha resultado sencilla de utilizar la web MAM@?	9	10	10	10	9.75	0.5
2. ¿Cómo de fácil te ha resultado entender lo que te iban contando los vídeos?	9	9	10	9	9.25	0.5
3. ¿Cómo de útil te ha resultado lo que te han ido enseñando los distintos vídeos?	9	9	10	9	9.25	0.5
4. ¿Cómo de fácil te ha resultado incluir el programa MAM@ en tu rutina diaria?	8	5	1	5	4.75	2.87
5. ¿En qué grado has podido realizar los ejercicios y tareas sin problemas técnicos/informáticos?	10	9	3	9	7.75	3.2
6. ¿Hasta qué punto has aplicado lo que has aprendido en MAM@ a tu vida real?	5	2	3	2	3	1.41
7. ¿Cuánto has aprendido con el programa?	9	7	8	7	7.75	0.95
8. ¿Cómo de eficaz ha sido el programa para ayudarte a afrontar tus problemas?	5	7	8	7	6.75	1.25
9. ¿Cuánto has disfrutado realizando este programa?	9	10	4	10	8.25	2.87
10. ¿Hasta qué punto recomendarías el programa a otros chicos/as?	9	10	9	10	9.5	0.57
11. ¿Cuántas habilidades para manejar tus emociones tenías ANTES del programa?	5	9	6	9	7.25	2.06
12. ¿Cuántas habilidades para manejar tus emociones tienes AHORA?	9	9	9	9	9	0
13. ¿Cuánto te ha ayudado tu terapeuta a afrontar tus principales problemas?	8	10	9	10	9.25	0.95
14. ¿Hasta qué punto te has sentido apreciado/a por tu terapeuta?	8	10	9	10	9.25	0.95
15. ¿Hasta qué punto has sentido que tu terapeuta y tú os respetabais mutuamente?	10	10	9	10	9.75	0.5
16. ¿Hasta qué punto has estado de acuerdo con tu terapeuta en las cosas que eran importantes para ti para trabajar sobre ellas?	10	10	7	10	9.25	1.5
17. ¿Hasta qué punto has sentido que tu terapeuta se preocupaba por ti?	9	10	8	10	9.25	0.95
18. ¿Hasta qué punto crees que ha sido correcta la forma en que tú y tu terapeuta habéis trabajado para resolver tus problemas?	10	10	9	10	9.75	0.5

Escala Experiencia (0-60 puntos)	50	44	37	44	43.75	5.31
Escala Satisfacción (0-60 puntos)	46	52	44	52	48.5	4.12
Escala Alianza con el terapeuta (0-60 puntos)	55	60	51	60	56.5	4.35

### 5.2.13. Análisis de la usabilidad general de la web

A continuación, se exponen las puntuaciones directas de los sujetos, puntuaciones medias y desviaciones típicas en cada ítem del cuestionario de usabilidad general de la web (véase Tabla 5.2.13).

Tras calcular la media del sumatorio total del cuestionario para cada uno de los sujetos, se observa que la usabilidad general de la web estuvo levemente por encima de la puntuación media del cuestionario, siendo las puntuaciones medias de  $M = 2.7$  para los sujetos 001 y 003 y de  $M = 2.5$  para los sujetos 002 y 004.

**Tabla 5.2.13**

#### *Usabilidad general de la web*

	1	2	3	4	<i>M</i>	<i>DT</i>
1. Creo que usaría esta web con frecuencia (p.ej., todas las semanas)	3	1	1	1	1.5	1
2. Creo que la web es compleja	1	1	2	1	1.25	0.5
3. Creo que la web fue fácil de usar	5	5	4	5	4.75	0.5
4. Creo que necesitaría ayuda de alguien más experto para poder usar esta web	1	1	2	1	1.25	0.5
5. Creo que las diversas funciones de la web (ver vídeos, realizar ejercicios) están bien integradas	4	5	3	5	4.25	0.95
6. Creo que la web es muy inconsistente (que no tiene sentido)	1	1	2	1	1.25	0.5
7. Creo que la mayoría de la gente aprendería muy rápido a usar esta web	5	5	4	5	4.75	0.5
8. Encontré la web muy complicada de utilizar	1	1	2	1	1.25	0.5
9. Me sentí muy seguro/a y confiado/a al usar la web (no tuve dudas al usarla)	5	4	4	4	4.25	0.5
10. Necesité aprender muchas cosas antes de poder utilizar esta web	1	1	3	1	1.50	1
Puntuación total (10-50 puntos)	27	25	27	25	26	1



### 5.2.14. Análisis de las barreras de uso

A continuación, se presentan las puntuaciones directas de los sujetos, puntuaciones medias y desviaciones típicas en cada ítem del cuestionario de barreras de uso (véase Tabla 5.2.14).

Tras calcular la puntuación directa total del cuestionario para cada uno de los sujetos, se observa que el sujeto que más barreras de uso encontró fue el sujeto 003 ( $PD = 25$ ), seguido del sujeto 001 ( $PD = 7$ ), y de los sujetos 002 y 004 ( $PD = 3$ , respectivamente).

**Tabla 5.2.14**

#### *Barreras de uso*

	1	2	3	4	<i>M</i>	<i>DT</i>
1. Se me olvidaba utilizarla	3	3	4	3	3.25	0.5
2. No tenía tiempo	3	0	4	0	1.75	2.06
3. Pensaba que no sería útil	1	0	4	0	1.25	1.89
4. No me resultaba fácil utilizarla	0	0	4	0	1	2
5. La web funcionaba mal	0	0	4	0	1	2
6. No me funcionaba bien Internet	0	0	1	0	0.25	0.5
7. La web me parecía aburrida	0	0	4	0	1	2
Puntuación total (0-28 puntos)	7	3	25	3	9.5	8.89

## **CAPÍTULO 6**

# **Aplicación y prueba de uso del programa MAM@**

En este capítulo se presentan los resultados de la prueba de uso del programa MAM@. Se analizan datos relativos a los menores usuarios del programa con respecto a la regulación emocional, aceptación y valoración en una muestra más amplia de sujetos.

## 6.1. Método

### 6.1.1. Participantes

Se seleccionaron de manera incidental  $N = 45$  sujetos pertenecientes a tres grupos diferenciados, uno de menores expuestos a violencia de género a través del servicio SAPMEX que gestiona la Asociación Quiero Crecer ( $n = 18$ ), otro grupo de menores maltratados tutelados por la Administración Pública de la Región de Murcia a través del servicio PEDIMET que gestiona el grupo GUIIA-PC-E069-03 ( $n = 12$ ), y otro grupo de población clínica de interconsulta hospitalaria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) ( $n = 15$ ).

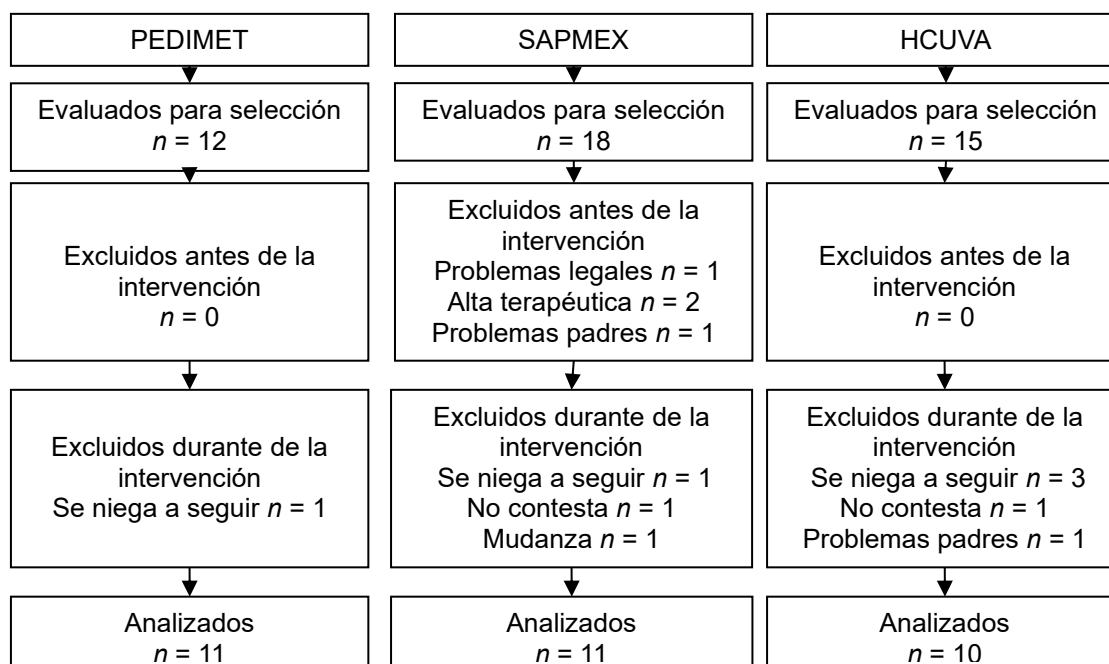
En cada servicio los menores estaban recibiendo terapia psicológica con su terapeuta habitual (las características de los servicios y los criterios de inclusión y exclusión de los participantes están descritas más adelante, en el apartado procedimiento del presente capítulo). En la aplicación del programa participaron  $n = 9$  psicólogos/as sanitarios y clínicos ( $n = 2$  en el servicio SAPMEX,  $n = 4$  en el servicio PEDIMET, y  $n = 3$  en el HCUVA).

Tras la selección de participantes, antes de comenzar el programa  $n = 4$  sujetos usuarios del servicio SAPMEX fueron excluidos del programa de intervención MAM@ por problemas legales ( $n = 1$ ), por recibir el alta en su servicio de asistencia psicológica ( $n = 2$ ), y por tener el menor conflictos graves con sus padres ( $n = 1$ ). Durante la aplicación del programa MAM@,  $n = 9$  sujetos abandonaron el programa ( $n = 3$  SAPMEX;  $n = 1$  PEDIMET;  $n = 5$  HCUVA), por negarse los menores a seguir realizando el programa de intervención ( $n = 5$ ), por mudanza del lugar de residencia, por lo que dejaron de asistir a terapia ( $n = 1$ ), por no realizar los módulos a pesar de los recordatorios de los terapeutas ( $n = 2$ ), y por problemas graves con los padres ( $n = 1$ ). Finalmente completaron el programa de intervención MAM@  $n = 32$  sujetos ( $n = 11$  SAPMEX;  $n = 11$  PEDIMET;  $n = 10$  HCUVA). El proceso de inclusión de sujetos se muestra en la Figura 6.1.1.

Las características sociodemográficas de la muestra y las comparaciones entre los sujetos que finalizaron y abandonaron el programa de intervención se encuentran en el apartado de resultados.

**Figura 6.1.1**

*Diagrama de flujo del proceso de inclusión de sujetos en la intervención*



### 6.1.2. Instrumentos

Para la valoración de la factibilidad y aceptabilidad de la intervención MAM@ y para la valoración de la utilidad, usabilidad y disfrute percibido de cada uno de los módulos, así como la valoración de la eficacia de la intervención, se emplearon los mismos cuestionarios pre-test y post-test, aplicados de la misma forma en la que se presentaron en el capítulo anterior. Para valorar la eficacia de la intervención, se aplicó de forma similar al capítulo anterior el cuestionario DERS y CFA-A, ya descritos previamente.

Además, se aplicó la escala de acontecimientos vitales estresantes de (Holmes y Rahe, 1967) adaptada por el grupo GUIIA-PC para ser aplicada en población infanto-juvenil (autoinforme) y a sus cuidadores principales

(heteroinforme). Esta escala recaba información sobre los sucesos vitales estresantes (de tipo impersonal o interpersonal) que ha vivido el menor en el último año y cómo le han afectado. Se contesta con un 0 si el suceso no le sucedió, con un 1 si le sucedió y le afectó nada, con un 2 si le sucedió y le afectó algo, con un 3 si le sucedió y le afectó bastante y con un 4 si le sucedió y le afectó mucho. Recaba información sobre 36 eventos que pueden ser estresantes para los menores y al finalizar la prueba se contabiliza el número de eventos vitales estresantes que ha vivenciado el menor y el grado de afectación (sumando las puntuaciones directas en cada ítem). Tanto la versión original en inglés como su versión en español (Oliva et al., 2008) tienen una elevada consistencia interna de  $\alpha = .70$  (Pérez et al., 2019).

### 6.1.3. *Procedimiento*

Antes de comenzar la aplicación del programa se pidieron los correspondientes permisos a los diferentes servicios (véase Anexo I): (a) Comité de ética de la Universidad de Murcia (3663/2021), (b) Comité de ética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (2022-10-1-HCUVA. 6 de octubre de 2022), (c) se solicitó a la Dirección General de Familias y Protección de Menores, dependiente de la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, España, la autorización para llevar a cabo la aplicación del programa con menores tutelados por la Administración a través del servicio PEDIMET.

Se siguió un diseño cuasiexperimental sin aleatorización ni cegamiento del evaluador. El muestreo de sujetos fue incidental y se seleccionaron aquellos menores que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Menores entre 12 y 15 años.
- Dichos menores estaban recibiendo atención psicológica habitual en los servicios PEDIMET, SAPMEX o HCUVA (no se requirió ningún tiempo mínimo en su servicio habitual para ser seleccionado).

Los motivos de exclusión fueron:

- Problemas familiares o legales previsibles (entendidos como problemas que se han agravado o se podrían agravar debido a factores familiares o legales que sean diferentes de los factores que dieron como resultado el inicio de los menores en su servicio de atención psicológica habitual).
- Problemas graves de conducta (detectados en la evaluación realizada previamente en sus respectivos servicios al comenzar el tratamiento psicológico).
- Problemas del lenguaje o la escritura (detectados mediante diagnóstico avalado por informe o bien detectado por el terapeuta habitual de los menores a lo largo del transcurso de su tratamiento habitual).
- Nacionalidad extranjera (con el fin de evitar la influencia cultural).

Los terapeutas responsables de la aplicación del programa de intervención solicitaron el consentimiento informado por escrito de los padres/madres/tutores legales de los menores que iban a participar en la investigación. En una primera sesión presencial se solicitó la participación voluntaria de los menores y su consentimiento y se les explicó los objetivos de la investigación y que podrían retirarse en cualquier momento sin ningún perjuicio para ellos.

El consentimiento varió en función del servicio en el que se recogió la muestra. Para la muestra de la Asociación Quiero Crecer, se solicitó el consentimiento a las tutoras legales de los menores, aplicando el tratamiento MAM@ como un complemento adicional a su terapia psicológica habitual (véase Anexo II). En la muestra del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, se empleó el consentimiento informado requerido por el propio Hospital, por parte de los tutores legales de los menores (véase Anexo III), el programa se aplicó como un complemento a su terapia habitual. En la muestra de menores PEDIMET, no se solicitó el consentimiento informado por escrito, ya que la Dirección General de Familias y Protección de Menores de la CARM, dependiente de la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, autorizó la aplicación del programa MAM@ en menores tutelados por la CARM, aunque sí

se informó a los Centros de Protección donde residían los menores que éstos iban a comenzar la aplicación de un programa de Mejora de la Autorregulación Emocional (MAM@) como complemento a su terapia psicológica habitual.

Una vez recibido el consentimiento informado, durante la primera sesión presencial, se les proporcionó información (a padres/tutores y menores) sobre el programa y se asignó un número identificativo a cada participante que garantizase su anonimato en la web. Este número identificativo fue correlativo según su inclusión en la investigación y fue empleado como nombre de usuario dentro de la web, de tal modo que todas las respuestas de los menores quedasen registradas con un número anónimo y no con su nombre real. También se les solicitó un correo electrónico a los menores con el que facilitarles el enlace y la contraseña a los módulos de intervención que debían de realizar semanalmente. Las instrucciones relativas al procedimiento a seguir, facilitadas a los terapeutas que aplicaron el programa MAM@ a los menores pueden encontrarse en el Anexo IV.

El programa se aplicó en cinco semanas. La primera y última semana fueron presenciales, para garantizar la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los menores, aunque los módulos de intervención los realizaron sin ningún tipo de asistencia por el/la psicólogo/a. El resto de semanas, el contacto fue telemático y los/as psicólogos/as responsables de aplicar el tratamiento se pusieron en contacto vía email con los menores el primer día hábil de la semana para proporcionarles información, mediante un correo estándar que se creó exclusivamente para contactar con los menores (véase Anexo V), sobre los módulos a realizar, así como facilitarles las claves de acceso a los módulos que tenían que completar. El encargado de coordinar la aplicación del programa MAM@ controló mediante Qualtrics la cumplimentación o no de los módulos por parte de los menores y, en caso de que no hubiesen realizado los módulos semanales, sus terapeutas habituales contactaron con ellos de nuevo a final de la semana, mediante contacto telefónico, para recordarles la cumplimentación de los módulos y asistirles por si tenían algún problema técnico con la web (a raíz de la prueba piloto desarrollada en el capítulo anterior se optó por realizar recordatorios de manera telefónica si los menores no completaban los módulos semanales). Los terapeutas solo dieron apoyo técnico a la cumplimentación de

la web y proporcionaron recordatorios para cumplimentar el programa. No se llevó a cabo ningún tipo de intervención psicológica más allá de la proporcionada por su servicio habitual (PEDIMET, SAPMEX o HCUVA) de forma paralela a la aplicación del programa MAM@. La periodicidad de las sesiones fue: (a) quincenales en PEDIMET; (b) mensuales en SAPMEX; y (c) según disponibilidad en HCUVA. Un resumen del proceso de evaluación y aplicación del programa MAM@ puede encontrarse en la Figura 6.1.3.

Al finalizar cada módulo, los cuestionarios de afecto positivo o negativo, valoración general, usabilidad, utilidad y disfrute percibido del módulo estaban disponibles para ser completados por los menores.

La temporalización de la aplicación del programa fue la siguiente:

- Primera semana (presencial): Evaluación pre-intervención y módulo introductorio.
- Segunda semana (telemática): Módulo de alegría y módulo de tristeza.
- Tercera semana (telemática): Módulo de enfado y módulo de miedo.
- Cuarta semana (telemática): Módulo de afecto y módulo de culpa.
- Quinta semana (presencial): Módulo de empatía y evaluación post-intervención.

El tiempo total aproximado en cumplimentar los módulos y las evaluaciones fue de 4 horas y 15 minutos, se presenta a continuación de forma más resumida:

- Evaluación PRE: 45 minutos.
- Introducción: 5 minutos.
- Alegría 20 minutos.
- Tristeza 15 minutos.
- Enfado 25 minutos.
- Miedo 25 minutos.



- Culpa 25 minutos.
- Afecto 25 minutos.
- Empatía 25 minutos.
- Evaluación POST eficacia 45 minutos.

El reclutamiento de niños/as, adolescentes y sus respectivos padres o cuidadores principales, según el caso, se realizó mediante un muestreo incidental, a través de Centros de Menores Tutelados por la Administración. El equipo de investigación GUIIA-PC-E069-03 de la UMU, tiene establecido un convenio de colaboración con la Administración Regional a través del Proyecto de Evaluación Psicodiagnóstica y Tratamiento Psicológico para menores tutelados (PEDIMET), vigente en la actualidad y establecido hasta 2024 y prorrogable. Se reclutó también a menores expuestos a violencia de género (a través del servicio SAPMEX de la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental, QUIERO CRECER, de la que forma parte el equipo de investigación GUIIA-PC-E069-03). Se reclutaron menores del servicio de interconsulta de la Unidad de Psicología Clínica Pediátrica del servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en el que trabaja como profesora vinculada clínica la responsable del equipo de investigación.

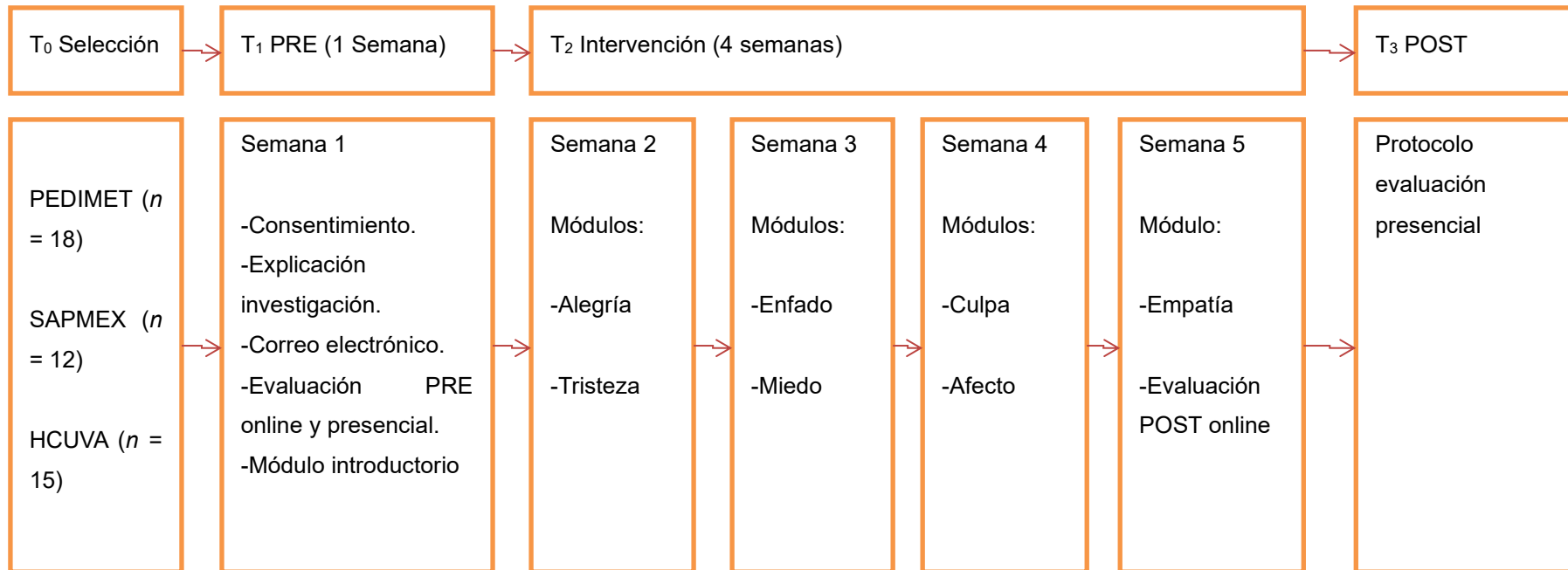
La aplicación de la prueba de eficacia del programa MAM@ se llevó a cabo entre el mes de diciembre de 2022 y febrero de 2023 con menores usuarios del servicio PEDIMET (Tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), del servicio SAPMEX (menores expuestos a Violencia de Género) y del HCUVA (servicio de interconsulta del hospital).

En cuanto a las reglas de cese en la participación en la presente investigación, se consideraron: a) una retirada del consentimiento informado por parte de los menores o tutores legales después de la inclusión de un menor, que da como resultado su terminación anticipada en el estudio, fue considerado como un abandono, y en la medida de lo posible se intentó dejar recogido el motivo de abandono; b) el incumplimiento de alguno de los criterios de inclusión durante la aplicación del estudio, fue considerado como un abandono; c) en el caso de que

los menores no puedan realizar el programa de intervención por motivos de no poder contactar con ellos o por cursar una fuga de su centro de residencia habitual, se realizarán posteriores intentos de contacto con el fin de que puedan concluir el programa, respetando la temporalización del mismo. Si tras diversas peticiones y contactos con los menores, éstos no hicieran el programa de intervención, se consideró como un abandono.

**Figura 6.1.3**

*Diseño del estudio del ensayo MAM@*



#### 6.1.4. *Análisis de datos*

Se analizaron las frecuencias y los estadísticos descriptivos (Media y Desviación típica) de las características socio-demográficas de la muestra que completó la intervención y de los que la abandonaron. Se examinó si las diferencias en las prevalencias entre los grupos fueron o no significativas mediante pruebas Chi Cuadrado y se calculó su tamaño del efecto mediante la prueba *Eta* Cuadrado.

Se realizaron análisis de frecuencias para los motivos de abandono del programa de intervención. Se calcularon los estadísticos descriptivos (Media y Desviación típica) para los ítems y la escala total de valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido para cada módulo del programa de intervención. Se calcularon los estadísticos descriptivos para la usabilidad de la web, las barreras de uso y la factibilidad y aceptabilidad de la intervención. Los comentarios sobre lo que más les gustó del programa a los menores, y lo que menos les gustó, se agruparon en seis categorías: “Extensión del programa de intervención”, “Contenido del programa”, “Aprendizaje sobre las emociones”, “Empleo de soportes virtuales o método de enseñanza”, “Beneficios secundarios” (como realizar el programa en lugar de otras actividades menos placenteras), y “Ningún motivo concreto identificado”. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias con estas categorías.

Se analizó la normalidad o asimetría de las escalas de los cuestionarios y de sus ítems y se realizaron las pertinentes pruebas estadísticas en función de la distribución de las puntuaciones. Se emplearon pruebas paramétricas cuando las variables se distribuyeron de forma normal y pruebas no paramétricas cuando se distribuyeron de forma asimétrica. También se estudió la fiabilidad del cuestionario DERS que se administró en formato online, mediante el índice *Alpha* de Cronbach y *Omega* de McDonald.

Para estimar las comparaciones intergrupos se practicaron pruebas *t* de Student cuando la variable dependiente presentó una distribución normal y las variables independientes tuvieron dos niveles de tratamiento. Pruebas *F* de Snedecor cuando la variable dependiente exhibió una distribución normal y las independientes tuvieron tres o más niveles de tratamiento. Pruebas *U* de Mann-

Whitney cuando la variable dependiente se distribuyó de forma asimétrica y las variables independientes tuvieron dos niveles de tratamiento. Pruebas  $H$  de Kruskal-Wallis cuando la variable dependiente se distribuyó de forma asimétrica y la variable independiente tuvo tres o más niveles de tratamiento. Para las comparaciones intragrupos se realizaron pruebas  $t$  de Student para muestras emparejadas, cuando la variable dependiente se distribuyó de forma normal, y pruebas de Wilcoxon cuando la variable dependiente se distribuyó de forma asimétrica (Castro-Díez et al., 2019). En cuanto a las correlaciones, se calcularon correlaciones de Pearson cuando las variables presentaron una distribución normal y correlaciones de Spearman cuando fue asimétrica. En todos los casos, para calcular las puntuaciones medias de las escalas, se tuvieron en cuenta los ítems inversos de los cuestionarios.

Cuando las variables independientes tuvieron tres o más niveles de tratamiento, se realizaron pruebas post-hoc para determinar la superioridad/inferioridad de un grupo frente a otro. Se realizó la prueba de Tukey cuando la variable dependiente se distribuyó de forma normal y la prueba  $U$  de Mann-Whitney cuando la variable dependiente se distribuyó de forma asimétrica. Se realizó el test de Levene para analizar la homogeneidad de las varianzas cuando las variables dependientes se distribuyeron de forma normal y seleccionar así las pertinentes pruebas estadísticas. En el caso de que las varianzas no fuesen homogéneas se realizó la prueba de *Welch* y como prueba post hoc se realizó la prueba de Games Howell.

Tanto en las comparaciones intragrupo como en las intergrupo se calcularon los tamaños del efecto. Para las variables normales se calculó el tamaño del efecto  $d$  de Cohen (Cohen, 1988), entendido como la diferencia de medias de los grupos entre la desviación estándar ponderada ( $d = (M1 - M2) / DE$ ). Para las variables asimétricas, cuando se realizaron comparaciones intergrupos, se calculó la probabilidad de superioridad como índice de tamaño del efecto (Ventura-León, 2016), entendido como el valor de la prueba  $U$  de Mann-Whitney entre la multiplicación de las observaciones ( $n$ ) en cada grupo ( $PSest = U/mn$ ). Cuando se realizaron comparaciones intragrupo con variables asimétricas, se calculó el índice  $r$  para el tamaño del efecto, entendido como el valor  $Z$  entre la raíz cuadrada del total de observaciones ( $n$ ) ( $r = Z/\sqrt{n}$ ).

En las comparaciones intragrupos y correlaciones, cuando las variables se distribuyeron de forma distinta en los diferentes momentos temporales, se optó por utilizar pruebas no paramétricas para el análisis de dichas variables. Esta decisión se tomó en base al reducido tamaño muestral de esta investigación, ya que las pruebas paramétricas requieren una distribución normal y si la asimetría es significativa o si los tamaños de muestra son pequeños, las pruebas paramétricas pueden ser poco confiables y obtener resultados incorrectos.

Se calcularon los puntos de corte para calcular la prevalencia de la sintomatología clínica del cuestionario DERS. Se establecieron tres rangos de puntuaciones, rango de sintomatología normal, rango de sintomatología sub-clínica y rango de sintomatología clínica. Dichos puntos de corte no están establecidos, por lo tanto, se tomaron como referencia las medias y desviaciones típicas para la población general de adolescentes españoles entre 12-18 años (Gómez-Simón et al., 2014), entendiéndose como sintomatología sub-clínica puntuaciones directas por encima de la media más una desviación típica y sintomatología clínica puntuaciones directas por encima de la media más dos desviaciones típicas.

Se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para determinar el posible efecto de las variables sociodemográficas sobre las variables de resultado en el post-test. Dado que algunas escalas no se distribuyeron de forma normal, y esto es un requisito para recurrir a un modelo de regresión lineal, se estandarizaron las puntuaciones para poder implementarlo.

Con el fin de identificar a aquellos grupos de menores que disminuyeron o aumentaron los problemas de regulación emocional después de la intervención MAM@, se realizó un análisis de clúster jerárquico mediante el método de Ward, siendo la medida de intervalo la distancia euclídea al cuadrado y observando el dendograma a una distancia de cinco puntos. Se introdujeron por pares (pre-test y post-test) todas las escalas del cuestionario DERS. Las escalas que tuvieron tres o más grupos de clúster se colapsaron en dos grupos, agrupando a los sujetos que aumentaron la desregulación emocional (de forma significativa o no)

por un lado, y a los sujetos que la disminuyeron (de forma significativa o no) por otro.

Finalmente se utilizó un modelo de regresión logístico binario mediante el método de Wald “hacia adelante” para analizar las variables de riesgo/protección (sociodemográficas y de regulación emocional en el pre-test) que se asocian con pertenecer al grupo que disminuyó o aumentó la desregulación emocional tras la intervención MAM@ en cada escala. Este es un método de selección de variables por pasos hacia delante, que contrasta la entrada basándose en la significación del estadístico de puntuación y contrasta la eliminación basándose en la probabilidad del estadístico de Wald.

Todos los análisis se realizaron empleando el programa IBM SPSS v. 28 para Windows.

## **6.2. Resultados**

### *6.2.1. Análisis descriptivo de las características de la muestra*

Se seleccionaron inicialmente un total de  $N = 45$  sujetos, de los cuales  $n = 14$  pertenecían al subgrupo PEDIMET,  $n = 14$  al subgrupo SAPMEX y  $n = 14$  al subgrupo HCUVA. Finalmente,  $N = 32$  sujetos completaron el programa de intervención MAM@, de los cuales  $n = 11$  pertenecían al subgrupo PEDIMET,  $n = 11$  al subgrupo SAPMEX, y  $n = 10$  al subgrupo HCUVA.

Los datos descriptivos de los menores que completaron la intervención, relativos a la edad media, rango de edad, sexo, número de recordatorios y servicio en el que fueron atendidos se presentan a la Tabla 6.2.1. Las pruebas Chi cuadrado encontraron mayor representatividad de chicas que de chicos entre los que finalizaron el tratamiento ( $X^2 = 6.044$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .189$ ), con bajo tamaño del efecto. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las edades de los menores.

**Tabla 6.2.1****Resultados descriptivos de los sujetos que completaron el programa MAM@**

	PEDIMET	SAPMEX	HCUVA	Total	$X^2(p)$	$\eta^2$
<i>N</i> (%)	11 (34.4)	11 (34.4)	10 (31.3)	32 (100)	-	-
<i>M</i> edad ( <i>DT</i> )	13.91 (1.22)	12.18 (.874)	13 (1.24)	13.03 (1.30)	16.604 (.084)	.310
Rango edad	12-16	11-13	12-14	11-16	-	-
<i>N</i> (%) mujeres	5 (45.5)	9 (81.8)	3 (30)	17 (53.1)	6.044	.189
<i>N</i> (%) hombres	6 (54.5)	2 (18.2)	7 (70)	15 (46.9)	(.049)	
<i>M</i> Recordatorios ( <i>DT</i> )	1.82 (1.77)	2.09 (1.86)	1.60 (2.22)	1.84 (1.90)	13.071 (.364)	.011
Rango recordatorios	0-5	0-5	0-7	0-7	-	-

En general, la edad media de las chicas fue de  $M = 13.18$  años ( $DT = 1.629$ ), con un rango de edad entre 11-16 años, y los chicos una edad media de  $M = 12.87$  ( $DT = .834$ ), con un rango de edad entre 12-15 años. No se hallaron diferencias significativas entre chicos y chicas en lo que respecta a la edad ( $X^2 = 6.670$ ;  $p = .239$ ;  $\eta^2 = .01$ ). Por su parte, las chicas recibieron de media  $M = 1.82$  recordatorios ( $DT = 1.74$ ), con un rango de recordatorios entre 0-5, mientras que los chicos recibieron de media  $M = 1.87$  recordatorios ( $DT = 2.13$ ), con un rango de recordatorios entre 0-7. No se hallaron diferencias significativas entre chicos y chicas en lo que respecta a recordatorios ( $X^2 = 4.785$ ;  $p = .572$ ).

### 6.2.2. Pruebas de normalidad de las principales variables dependientes

Debido a que la muestra total de sujetos que completaron el programa de intervención MAM@ fue relativamente baja ( $N = 32$ ), se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar si las variables se distribuyeron normalmente. En función de esta prueba se decidieron realizar análisis paramétricos o no paramétricos, según la pertinencia en cada caso particular.

En lo relativo al cuestionario de Eventos Vitales Estresantes autoinformado por los menores, sólo se distribuyó normalmente el número de eventos vitales



totales sufridos por los menores ( $Z = .116$ ;  $p = .200$ ). El impacto de estos eventos sobre los menores se distribuyó de forma asimétrica ( $Z = .175$ ;  $p < .05$ ), al igual que el resto de ítems del cuestionario. En cuanto al cuestionario de Eventos Vitales Estresantes heteroinformado por los padres o cuidadores de los menores, todos los ítems del cuestionario se distribuyeron de forma asimétrica, al igual que el número de eventos vitales totales sufridos por los menores ( $Z = .214$ ;  $p < .005$ ), y el impacto de estos eventos sobre los menores ( $Z = .181$ ;  $p < .05$ ).

En el Pre-test del cuestionario DERS, las escalas que siguieron una distribución normal fueron las escalas de Conciencia ( $Z = .112$ ;  $p = .200$ ), Impulso ( $Z = .089$ ;  $p = .200$ ), Metas ( $Z = .147$ ;  $p = .088$ ), Estrategias ( $Z = .107$ ;  $p = .200$ ), y Escala total ( $Z = .103$ ;  $p = .200$ ). Las escalas que no siguieron una distribución normal fueron las escalas de No aceptación ( $Z = .184$ ;  $p < .05$ ), y Claridad ( $Z = .199$ ;  $p < .005$ ). Ningún ítem del cuestionario DERS siguió una distribución normal.

En el Post-test, del cuestionario DERS, las escalas que siguieron una distribución normal fueron las escalas de Conciencia ( $Z = .145$ ;  $p = .095$ ), Impulso ( $Z = .129$ ;  $p = .200$ ), Metas ( $Z = .134$ ;  $p = .164$ ), Estrategias ( $Z = .153$ ;  $p = .061$ ), y Escala total ( $Z = .138$ ;  $p = .136$ ). Las escalas que siguieron una distribución asimétrica fueron las escalas de No aceptación ( $Z = .290$ ;  $p < .000$ ), y Claridad ( $Z = .162$ ;  $p < .05$ ). Ningún ítem del cuestionario DERS siguió una distribución normal.

Del mismo modo, se realizó un análisis de normalidad para las puntuaciones totales de los cuestionarios ad hoc que estimaron la valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute de los módulos del programa de intervención. La cantidad de menores que completaron estos cuestionarios varió según el módulo a analizar (véase Tabla 6.2.5-A), y todas las variables se distribuyeron de forma asimétrica.

En cuanto al cuestionario de Factibilidad y Aceptabilidad, las escalas de experiencia con el programa ( $Z = .147$ ;  $p = .087$ ), y satisfacción con el programa ( $Z = .143$ ;  $p = .105$ ) se distribuyeron de forma normal, y la escala de alianza con el terapeuta ( $Z = .233$ ;  $p < .000$ ) de forma asimétrica. Por otra parte, únicamente

el ítem 6 de experiencia con el programa “¿Hasta qué punto has aplicado lo que has aprendido a tu vida real?” ( $Z = .122$ ;  $p = .200$ ), y el ítem 2 de satisfacción con el programa “¿Cómo de eficaz ha sido el programa para ayudarte a afrontar tus problemas?” ( $Z = .157$ ;  $p = .051$ ) se distribuyeron de forma normal. El resto de ítems lo hizo de forma asimétrica.

En lo que se refiere a la valoración final de la usabilidad de la web y las barreras de uso encontradas por los menores a la hora de completar el programa, todos los ítems de ambos cuestionarios se distribuyeron de forma asimétrica, al igual que las escalas totales.

### 6.2.3. *Análisis de Completers vs dropouts*

Los datos presentados a lo largo del apartado de resultados guardan relación con los sujetos que finalizaron el programa de intervención. Sin embargo, para mayor conocimiento de los motivos que llevaron al abandono del programa de tratamiento, se realizó un análisis de completers vs dropouts.

Los datos comparativos de los menores que completaron y no completaron la intervención, relativos a la edad media, rango de edad, sexo, número de recordatorios y servicio en el que fueron atendidos se presentan en la Tabla 6.2.3-A. No se obtuvieron diferencias significativas entre los completers y los dropouts en las variables socio-demográficas estudiadas. Los datos relativos a las puntuaciones medias en la escala DERS en el pre-test se pueden observar en la Tabla 6.2.3-B. No se encontraron diferencias significativas en las escalas pre-test entre completers y dropouts.

Previo a la aplicación del programa de intervención, abandonaron el programa  $n = 4$  usuarios del servicio SAPMEX. Durante la aplicación del programa, abandonaron  $n = 3$  usuarios del SAPMEX,  $n = 1$  de PEDIMET, y  $n = 5$  de HCUVA. La mortalidad experimental previa a la aplicación del programa obedeció a distintos motivos: conflictos graves con los padres (25%); abandono del servicio de atención psicológica (25%); fin del tratamiento antes del inicio de la aplicación del programa (25%); problemas legales (25%). En cambio, los motivos por los que los menores abandonaron el programa durante su aplicación fueron: dejar de asistir al tratamiento (11.11%); no realizar el programa a pesar

de los recordatorios (11.11%); problemas graves con los padres (11.11%); cambio de residencia habitual (11.11%); negativa a completar el programa (55.55%).

**Tabla 6.2.3-A**

*Análisis completers vs dropouts. Características sociodemográficas*

	Completers	Dropouts	$X^2$ (p)	$\eta^2$
N (%)	32 (69.6)	13 (28.3)	-	-
M edad (DT)	13.03 (1.307)	13.08 (.954)	3.489 (.625)	-
Rango edad	11-16	12-15	-	-
N (%) mujeres	17 (46.9)	7 (53.8)	.002 (.965)	-
N (%) hombres	15 (53.1)	6 (46.2)		
M Recordatorios (DT)	1.84 (1.90)	2.31 (2.46)	7.843 (.449)	.01
Rango recordatorios	0-7	0-8	-	-

**Tabla 6.2.3-B**

*Análisis completers vs dropouts. Escalas DERS en el pre-test*

Escala	Completers M (DT)	Dropouts M (DT)	t/u (p)
Conciencia	19.78 (4.818)	17.9 (5.174)	1.060 (.148)
Impulso	13.25 (4.938)	10.9 (5.801)	1.261 (.107)
No aceptación*	12.38 (5.204)	12.7 (6.075)	-.060 (.965)
Metas	13.56 (4.951)	14.9 (4.122)	-.773 (.222)
Claridad*	12.56 (5.291)	12.4 (5.661)	-.030 (.988)
Estrategias	13.84 (4.677)	14.5 (6.169)	-.359 (.361)
Desregulación total	85.38 (24.437)	83.3 (26.293)	.230 (.410)

\* Se empleó u de Mann-Whitney en lugar de t de Student por distribuirse la variable de forma asimétrica.

#### 6.2.4. Análisis de fiabilidad de los cuestionarios administrados de forma online

El cuestionario que se empleó para evaluar la regulación emocional tiene una adecuada consistencia interna. Sin embargo, este cuestionario suele emplearse en formato papel, por lo que se decidió evaluar la fiabilidad de las puntuaciones del cuestionario DERS para su administración online en este estudio. No se

analizó la consistencia interna de los cuestionarios socio-demográficos ni de los cuestionarios preparados ad hoc, por ser instrumentos que recogen datos descriptivos y no mejoría o empeoramiento en cuanto a la regulación emocional. Todos los índices se calcularon teniendo en cuenta los  $N = 32$  sujetos que finalizaron la intervención.

En cuanto al cuestionario DERS, los índices *alpha* de Cronbach y *Omega* de McDonald, los cuales miden consistencia interna del cuestionario fueron muy similares (véase Tabla 6.2.4). Tanto en el pre-test como en el post-test, la magnitud de las puntuaciones de consistencia interna fue muy buena. Además, la fiabilidad de la escala total del cuestionario fue excelente en los dos momentos temporales.

**Tabla 6.2.4**

*Consistencia interna del cuestionario DERS en formato online*

	Conciencia	Impulso	No aceptación	Metas	Claridad	Estrategias	Total
<b>Pre</b>							
<i>Alpha</i> Cronbach	.775	.728	.864	.850	.862	.723	.943
<i>Omega</i> McDonald	.764	.734	.863	.857	.864	.708	.940
<b>Post</b>							
<i>Alpha</i> Cronbach	.752	.886	.941	.886	.877	.875	.961
<i>Omega</i> McDonald	.769	.889	.939	.897	.872	.882	.959

### 6.2.5. *Valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido del programa MAM@*

Debido a que el programa de intervención MAM@ es un programa lineal, y a que se administró de forma telemática, la cantidad de las respuestas de los menores a los cuestionarios ad hoc para analizar la valoración de los módulos fue variable (véase Tabla 6.2.5-A).

Se analizó la valoración general, la usabilidad, utilidad y disfrute de cada uno de los módulos individualmente (véase Tabla 6.2.5-B). Se observó que el módulo mejor valorado fue el módulo de enfado, seguido del de miedo, culpa, tristeza, afecto, empatía y alegría. El módulo considerado como más útil fue el módulo de tristeza, seguido del de miedo, enfado, culpa, empatía, alegría y afecto. El módulo con el nivel de usabilidad más alto fue el módulo de miedo, seguido del de tristeza, enfado, afecto, alegría, empatía y culpa. El módulo con el nivel de disfrute más elevado fue el módulo de tristeza, seguido del miedo, enfado, culpa, alegría, afecto y empatía. Aunque todos los módulos obtuvieron puntuaciones medias muy elevadas.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de valoración, utilidad, usabilidad y disfrute de cada módulo entre los diferentes servicios de procedencia de los menores ni en función del sexo.

Al combinar las puntuaciones de todos los módulos en cada escala se obtuvieron puntuaciones por encima de la media para todos los sujetos (véase Figura 6.2.5).

**Tabla 6.2.5-A**

*Número de sujetos que completaron los módulos de intervención*

	SAPMEX	PEDIMET	HCUVA	Chicos	Chicas	Total
Alegría	13	11	11	14	21	35
Tristeza	6	9	7	9	13	22
Enfado	10	11	7	13	15	28
Miedo	7	11	7	10	15	25
Culpa	8	10	6	11	13	24
Afecto	8	9	6	11	12	23
Empatía	11	11	10	15	17	32

**Tabla 6.2.5-B**

*Medias (DT) de la valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute de los módulos*

	Alegría	Tristeza	Enfado	Miedo	Culpa	Afecto	Empatía
<b>Valoración general</b>							
¿En qué medida el contenido de la emoción trabajada te ha parecido adecuado? (1-10 puntos)	8.11 (1.952)	8.55 (1.371)	8.86 (1.533)	8.8 (1.555)	8.5 (2.265)	8.39 (2.231)	8.38 (2.393)
¿En qué medida la WEB te ha parecido adecuada para realizar el módulo? (1-10 puntos)	8.03 (2.345)	8.59 (1.652)	8.64(1.446)	8.68(2.015)	8.75(1.962)	8.22(2.194)	8.59(2.241)
Total (2-20 puntos)	16.14 (4.18)	17.13 (2.83)	17.5 (2.86)	17.48 (3.07)	17.25 (4.10)	16.60 (4.31)	16.96 (4.54)
Chicos (2-20 puntos)	16.43 (5.68)	17.14 (2.73)	17.43 (3.55)	18.14 (3.67)	15.71 (5.25)	16.14 (5.52)	18.14 (2.73)
Chicas (2-20 puntos)	16.33 (3.2)	17 (3.81)	16.89 (3.14)	17.78 (2.54)	18.11 (3.33)	16 (4.04)	15.25 (5.28)
PEDIMET (2-20 puntos)	15.25 (5.75)	17.25 (3.15)	17.38 (3.58)	18.13 (2.7)	16.25 (5.39)	16.13 (5.17)	17.25 (4.1)
SAPMEX (2-20 puntos)	17 (1.73)	18.67 (1.15)	14.67 (4.16)	16.33 (5.51)	17.33 (4.62)	13.67 (6.03)	13 (7)
HCUVA (2-20 puntos)	17.25 (1.89)	17.25 (3.2)	18.25 (1.5)	18.5 (1.91)	17.75 (2.22)	17.75 (1.71)	18 (1.41)
<b>Utilidad</b>							
La información que me ha proporcionado la web para reconocer, expresar y regular la emoción trabajada me ha parecido útil (1-7 puntos)	5.83 (1.272)	6.32 (0.839)	6.07 (1.215)	6.28 (0.891)	6 (1.414)	5.78 (1.594)	5.81 (1.595)
La información que me ha proporcionado la web para reconocer, expresar y regular la emoción trabajada me ha parecido fácil de entender (1-7 puntos)	6.11 (1.345)	6.36 (0.79)	5.93 (1.386)	6.28 (0.936)	5.83 (1.404)	5.91 (1.535)	5.91 (1.553)
La web me ayuda a entender la información sobre la emoción trabajada de modo más eficaz (1-7 puntos)	5.8 (1.431)	6.41 (0.908)	5.96 (1.036)	6.16 (1.028)	5.75 (1.452)	5.91 (1.345)	5.69 (1.674)
La web me ha facilitado poner en práctica el contenido presentado (estrategias de	5.46 (1.336)	6.18 (1.22)	5.89 (1.197)	6.04 (1.136)	5.58 (1.53)	5.57 (1.647)	5.56 (1.684)

identificación y  
regulación emocional)  
(1-7 puntos)

La web me permite  
poner en práctica más  
intensamente el  
reconocimiento, la  
expresión y regulación  
de la emoción trabajada  
(1-7 puntos)

5.46 (1.521) 6.14 (1.125) 5.89 (1.1) 5.88 (1.333) 5.75 (1.539) 5.65 (1.774) 5.66 (1.677)

La Web es útil para  
poner en práctica el  
reconocimiento, la  
expresión y regulación  
de la emoción trabajada  
(1-7 puntos)

5.54 (1.669) 6.32 (0.894) 6.04 (1.138) 5.64 (1.411) 5.79 (1.444) 5.57 (1.854) 5.75 (1.666)

La web hace que  
practicar las estrategias  
de reconocimiento,  
expresión y regulación  
de la emoción trabajada  
sea más fácil (1-7  
puntos)

5.83 (1.361) 6.18 (1.053) 6.18 (1.056) 5.84 (1.434) 5.88 (1.541) 5.43 (1.805) 5.78 (1.66)

Total (7-49 puntos) 40.02 (8.32) 43.90 (5.14) 41.96 (7.16) 42.12 (6.52) 40.58 (9.78) 39.82 (10.88) 40.15 (10.77)

Chicos (7-49 puntos) 40.71 (9.72) 46 (2.16) 42.57 (7.85) 43.29 (7.54) 39.71 (11.32) 38.86 (12.09) 43.29 (7.65)

Chicas (7-49 puntos) 43.63 (4.41) 44.13 (5.62) 38.25 (8.46) 43.63 (6.52) 43.13 (8.06) 38.75 (12.17) 36.25 (12.13)

PEDIMET (7-49 puntos) 40.38 (9.44) 43.88 (5.46) 38.88 (9.17) 43 (6.48) 39.75 (11.17) 39 (12.33) 39.75 (8.43)

SAPMEX (7-49 puntos) 45.33 (1.15) 46.67 (2.31) 38 (8.72) 41.33 (11.59) 42 (12.12) 31.67 (16.56) 30.33 (17.62)

HCUVA (7-49 puntos) 43.75 (3.77) 46 (2.58) 44.75 (5.44) 46 (3.46) 44.75 (3.3) 43.75 (4.11) 46 (2.94)

### Usabilidad

El modo de interactuar  
con la web es claro y  
comprensible (1-7  
puntos)

5.91 (1.525) 6.27 (0.883) 6.32 (0.905) 6.38 (0.924) 5.92 (1.442) 6.09 (1.564) 6 (1.545)

Interactuar con la web  
no requiere mucho  
esfuerzo mental (1-7  
puntos)

5.53 (1.71) 6.36 (1.136) 5.96 (1.347) 6.33 (1.049) 5.58 (1.816) 6 (1.859) 5.5 (1.901)

En general la web es  
intuitiva y fácil de usar  
(1-7 puntos)

6.15 (1.351) 6.27 (1.202) 6.39 (0.916) 6.25 (0.944) 5.96 (1.706) 6.04 (1.718) 5.94 (1.605)

En general, la web funciona bien (p.ej: cuando le doy a un botón, este realiza la función esperada) (1-7 puntos)	6.44 (1.561)	6.18 (1.097)	6.07 (1.184)	6.42 (0.881)	5.58 (1.909)	6 (1.834)	6.03 (1.555)
Total (4-28 puntos)	24.02 (5.12)	25.09 (3.50)	24.75 (3.29)	25.37 (3.03)	23.04 (6.40)	24.13 (6.69)	23.46 (5.99)
Chicos (4-28 puntos)	23.71 (5.62)	25.86 (1.77)	24.43 (4.43)	24.29 (4.42)	22.14 (7.86)	23.71 (8.38)	24.57 (4.69)
Chicas (4-28 puntos)	26.75 (2.05)	25.63 (3.66)	25.5 (3.66)	26.38 (1.6)	24.75 (4.65)	24.13 (6.9)	24.5 (6.99)
PEDIMET (4-28 puntos)	24.5 (5.53)	25 (3.46)	24.5 (3.7)	25.75 (2.55)	22.25 (8)	23.88 (7.97)	25.88 (3.14)
SAPMEX (4-28 puntos)	27.33 (0.58)	27.33 (1.15)	24 (6.93)	23.67 (6.66)	25 (5.2)	20 (10.58)	17.33 (10.07)
HCUVA (4-28 puntos)	25.5 (2.65)	26 (2.16)	26.75 (1.5)	26 (1.41)	25 (2.45)	27 (0.82)	27.25 (0.96)

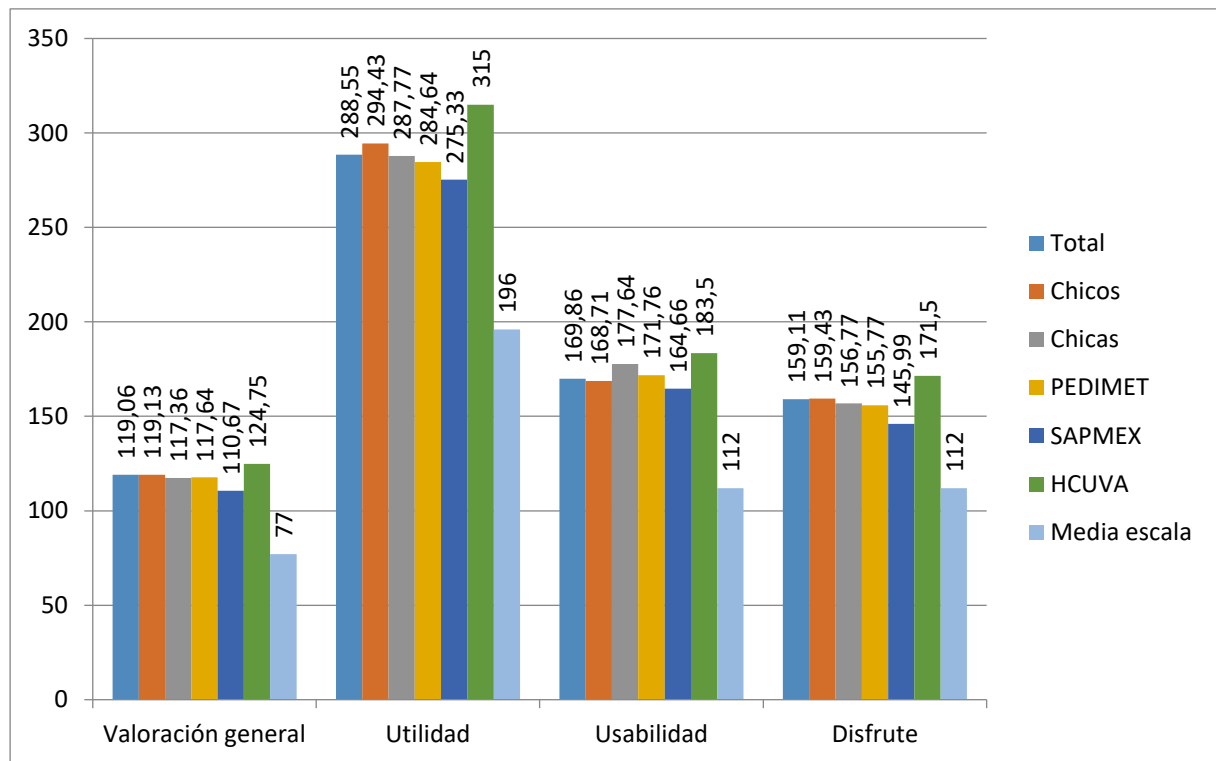
### Disfrute

En general, ¿Qué te parece el módulo? - ¿Aburrido (1) o Interesante (7)?	5.32 (1.628)	6 (1.272)	5.89 (1.1)	5.79 (1.444)	5.63 (1.789)	6 (1.651)	5.53 (1.967)
En general, ¿Qué te parece el módulo? - ¿Desagradable (1) o agradable (7)?	5.88 (1.665)	5.91 (1.477)	5.21 (1.75)	5.96 (1.488)	5.67 (1.786)	5.35 (2.102)	6.06 (1.645)
En general, ¿Qué te parece el módulo? - ¿Soso (1) o estimulante (7)?	5 (1.633)	5.27 (1.316)	5.82 (1.806)	5.58 (1.816)	5.13 (2.028)	5.7 (2.098)	5.22 (1.996)
En general, ¿Qué te parece el módulo? - ¿Con un diseño no atractivo (1) o con un diseño atractivo (7)?	5.88 (1.838)	6.45 (0.912)	5.89 (1.1)	6.13 (1.424)	5.71 (1.853)	6 (1.651)	5.84 (1.725)
Total (4-28 puntos)	22.08 (5.56)	23.63 (3.65)	22.53 (5.20)	23.45 (4.96)	22.12 (6.14)	22.65 (7.25)	22.65 (6.45)
Chicos (4-28 puntos)	21.71 (6.13)	24.14 (3.63)	22.43 (6.5)	24 (4.58)	21 (7.59)	21.29 (7.74)	24.86 (4.63)
Chicas (4-28 puntos)	21.88 (5.64)	23.38 (4.96)	21.75 (3.92)	23.38 (4.24)	23 (4.5)	23.5 (6.8)	19.88 (6.9)
PEDIMET (4-28 puntos)	20.25 (7.07)	22.88 (5.3)	22.38 (4.96)	23.25 (4.46)	20.63 (7.01)	23.38 (6.78)	23 (5.86)
SAPMEX (4-28 puntos)	24.67 (2.08)	24 (3.61)	19.33 (8.08)	23.33 (7.23)	21.33 (6.43)	16.33 (10.41)	17 (10.15)
HCUVA (4-28 puntos)	22.75 (3.77)	25.25 (2.22)	23.5 (3.11)	24.75 (0.96)	25.5 (1.91)	25.25 (2.06)	24.5 (0.58)



**Figura 6.2.5**

*Puntuación media de la valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido para el programa MAM@ completo*



### 6.2.6. Análisis de Factibilidad y Aceptabilidad

En relación a la Factibilidad y Aceptabilidad de la intervención aplicada, se obtuvieron puntuaciones por encima de la media en las escalas de experiencia y satisfacción con el programa y en la alianza con el terapeuta (véase Tabla 6.2.6).

Las preguntas abiertas que se formularon a los menores, con respecto a lo que más y lo que menos les gustó del programa se agruparon por categorías, y se observó que lo que más les gustó fue el contenido de la intervención (58.1%), seguido del aprendizaje de las emociones (16.1%) y el empleo de soportes digitales y método de enseñanza de las emociones (16.1%), y los beneficios secundarios de participar en el programa, como dejar de realizar otras tareas (3.2%). Lo que menos les gustó, fue que la mayoría encontró la evaluación del programa de intervención demasiado larga (48.4%), seguido del contenido

(22.6%), y el empleo de soportes digitales y método de enseñanza de las emociones (3.2%).

En cuanto a la comparación entre los servicios de procedencia de los menores, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el ítem 5 de satisfacción con el programa “¿Cuántas habilidades para manejar tus emociones tenías antes del programa?” ( $H = 11.081$ ;  $p < .005$ ). Se encontraron medias más elevadas en SAPMEX ( $M = 7.09$ ;  $DT = 2.42$ ), seguidos de PEDIMET ( $M = 6.7$ ;  $DT = 2.83$ ) y HCUVA ( $M = 3$ ;  $DT = 2.74$ ). Las pruebas post hoc mostraron diferencias significativas entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -2.976$ ;  $p < .005$ ;  $PSest = .118$ ) y entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.712$ ;  $p < .005$ ;  $PSest = .145$ ), pero no entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -.537$ ;  $p = .605$ ).

Atendiendo a las diferencias estadísticamente significativas entre sexos, se encontraron diferencias significativas en:

- Escala de satisfacción total con el programa ( $t = 1.948$ ;  $p < .05$ ). Se encontraron medias más elevadas para los chicos ( $M = 47.2$ ;  $DT = 7.98$ ), que para las chicas ( $M = 39.56$ ;  $DT = 13.05$ ), con un tamaño del efecto de magnitud elevada ( $d = .701$ ).
- Ítem 2 de satisfacción con el programa “¿Cómo de eficaz ha sido el programa para ayudarte a afrontar tus problemas?” ( $t = 2.049$ ;  $p < .05$ ). Se hallaron medias más elevadas para los chicos ( $M = 7.66$ ;  $DT = 2.19$ ), que para las chicas ( $M = 5.81$ ;  $DT = 2.78$ ), con un tamaño del efecto de magnitud elevada ( $d = .740$ ).

**Tabla 6.2.6**

*Medias (DT) de la Factibilidad y Aceptabilidad de la intervención MAM@ por servicios de procedencia y sexos*

Ítem	Total	SAPMEX	PEDIMET	HCUVA	Chicos	Chicas
1. Tu experiencia con el programa: - 1. ¿Hasta qué punto te ha resultado sencilla de utilizar la web MAM@?	8.39 (1.944)	8.72 (1.61)	7.7 (2.26)	8.7 (1.94)	7.93 (2.28)	8.81 (1.51)
1. Tu experiencia con el programa: - 2. ¿Cómo de fácil te ha resultado	8.55 (2.111)	8.72 (1.67)	8.3 (2)	8.6 (2.75)	8.2 (2.48)	8.87 (1.7)

---

entender lo que te iban contando los vídeos?						
1. Tu experiencia con el programa: -						
3. ¿Cómo de útil te ha resultado lo que te han ido enseñando los distintos vídeos?	7.71 (1.97)	8.27 (1.48)	6.6 (2.41)	8.2 (1.61)	7.6 (2.02)	7.81 (1.97)
1. Tu experiencia con el programa: -						
4. ¿Cómo de fácil te ha resultado incluir el programa MAM@ en tu rutina diaria?	7.23 (2.729)	6.63 (3.17)	7.2 (3.15)	7.9 (1.66)	7.66 (2.02)	6.81 (3.27)
1. Tu experiencia con el programa: -						
5. ¿En qué grado has podido realizar los ejercicios y tareas sin problemas técnicos/informáticos?	8.13 (2.617)	9.18 (1.47)	7.1 (3.17)	8 (2.78)	7.8 (3.25)	8.43 (1.89)
1. Tu experiencia con el programa: -						
6. ¿Hasta qué punto has aplicado lo que has aprendido en MAM@ a tu vida real?	6.48 (2.293)	6.45 (2.46)	5.9 (2.33)	7.1 (2.13)	6.93 (2.12)	6.06 (2.43)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
1. ¿Cuánto has aprendido con el programa?	7.9 (2.399)	7.63 (2.61)	7.3 (2.79)	8.8 (1.54)	8.53 (1.35)	7.31 (3)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
2. ¿Cómo de eficaz ha sido el programa para ayudarte a afrontar tus problemas?	6.71 (2.648)	6.27 (2.41)	6.6 (3.13)	7.3 (2.54)	7.66 (2.19)	5.81 (2.78)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
3. ¿Cuánto has disfrutado realizando este programa?	6.81 (3.381)	6.9 (3.36)	5.6 (4.19)	7.9 (2.23)	7.06 (3.21)	6.56 (3.61)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
4. ¿Hasta qué punto recomendarías el programa a otros chicos/as?	8.1 (2.315)	8 (2.28)	7.5 (2.95)	8.8 (1.54)	8.8 (1.61)	7.43 (2.7)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
5. ¿Cuántas habilidades para manejar tus emociones tenías ANTES del programa?	5.65 (3.179)	7.09 (2.42)	6.7 (2.83)	3 (2.74)	6.26 (3.03)	5.06 (3.29)
2. Tu satisfacción con el programa: -						
6. ¿Cuántas habilidades para manejar tus emociones tienes AHORA?	8.1 (2.135)	8.54 (1.43)	7.4 (2.98)	8.3 (1.76)	8.86 (1.06)	7.37 (2.62)
3. Alianza con el terapeuta: - 1.						
¿Cuánto te ha ayudado tu terapeuta a afrontar tus principales problemas?	8.74 (1.914)	8.72 (1.61)	8.6 (2.54)	8.9 (1.66)	9.13 (1.55)	8.37 (2.18)
3. Alianza con el terapeuta: - 2.						
¿Hasta qué punto te has sentido apreciado/a por tu terapeuta?	9.06 (1.34)	9.09 (0.94)	9.5 (0.84)	8.6 (1.95)	9 (1.69)	9.12 (0.95)
3. Alianza con el terapeuta: - 3.						
¿Hasta qué punto has sentido que tu terapeuta y tú os respetabais mutuamente?	9.65 (0.877)	9.9 (0.3)	9.6 (0.84)	9.4 (1.26)	9.6 (1.05)	9.68 (0.7)

---

3. Alianza con el terapeuta: - 4. ¿Hasta qué punto has estado de acuerdo con tu terapeuta en las cosas que eran importantes para ti para trabajar sobre ellas?	9.16 (1.344)	9.09 (0.83)	9.2 (1.31)	9.2 (1.87)	9.33 (1.54)	9 (1.15)
3. Alianza con el terapeuta: - 5. ¿Hasta qué punto has sentido que tu terapeuta se preocupaba por ti?	9.32 (1.249)	9.18 (1.32)	9.7 (0.67)	9.1 (1.59)	9.46 (1.35)	9.18 (1.16)
3. Alianza con el terapeuta: - 6. ¿Hasta qué punto crees que ha sido correcta la forma en que tú y tu terapeuta habéis trabajado para resolver tus problemas?	9.48 (0.926)	9.45 (0.68)	9.7 (0.67)	9.3 (1.33)	9.53 (1.12)	9.43 (0.72)
Escala Experiencia con el programa PD Total (0-60 puntos)	46.48 (10.086)	48 (7.58)	42.8 (12.85)	48.5 (9.34)	46.13 (11.74)	46.81 (8.62)
Escala Satisfacción con el programa PD Total (0-60 puntos)	43.26 (11.405)	44.45 (9.59)	41.1 (16.52)	44.1 (7.09)	47.2 (7.98)	39.56 (13.05)
Escala Alianza con el terapeuta PD Total (0-60 puntos)	55.42 (6.27)	55.45 (4.34)	56.3 (5.37)	54.5 (8.91)	56.06 (7.53)	54.81 (4.98)

### 6.2.7. Análisis de la usabilidad de la web y barreras de uso

En cuanto a la usabilidad general de la intervención, los usuarios encontraron que la web era sencilla y fácil de utilizar, aunque no emplearían con frecuencia dicha web. En lo relativo a los obstáculos que los menores hallaron a la hora de cumplimentar la web, destacó que se les olvidaba completar los módulos, que no tenían tiempo o que la web les pareció aburrida (véase Tabla 6.2.7).

No se encontraron diferencias significativas en las escalas totales de usabilidad y barreras de uso entre chicos y chicas, ni entre los distintos servicios de procedencia. Al analizar si existían diferencias estadísticamente significativas en los ítems de usabilidad y barreras de uso, no se observaron diferencias entre los diferentes servicios de procedencia de los menores. Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas en el ítem 2 de las barreras de uso “No tenía tiempo de emplear la web” en función del sexo de los menores ( $Z = -2.867$ ;  $p < .005$ ). Se obtuvieron puntuaciones superiores para las mujeres ( $M = 2$ ;  $DT = 1.366$ ), frente a los hombres ( $M = .66$ ;  $DT = 1.046$ ), con un tamaño del efecto de magnitud bajo-moderado ( $PSest = .212$ ).

**Tabla 6.2.7****Medias (DT) de la usabilidad y barreras de uso por servicio de procedencia y sexos**

Ítem	Total	SAPMEX	PEDIMET	HCUVA	Chicos	Chicas
<b>Usabilidad</b>						
1. Creo que usaría esta web con frecuencia (p.ej., todas las semanas) (1-5 puntos)	3.03 (1.169)	3.09 (1.221)	2.6 (1.173)	3.4 (1.074)	3 (1.133)	3.062 (1.236)
2. Creo que la web es compleja (1-5 puntos)	2 (1.317)	2.181 (1.47)	2.2 (1.398)	1.6 (1.074)	1.8 (1.264)	2.187 (1.376)
3. Creo que la web fue fácil de usar (1-5 puntos)	4.61 (0.803)	4.545 (0.934)	4.7 (0.674)	4.6 (0.843)	4.733 (0.593)	4.5 (0.966)
4. Creo que necesitaría ayuda de alguien más experto para poder usar esta web (1-5 puntos)	1.45 (0.995)	1.636 (1.286)	1.5 (1.08)	1.2 (0.421)	1.333 (0.723)	1.562 (1.209)
5. Creo que las diversas funciones de la web (ver vídeos, realizar ejercicios) están bien integradas (1-5 puntos)	4.42 (1.057)	4.636 (0.674)	4.7 (0.674)	3.9 (1.523)	4.2 (1.32)	4.625 (0.718)
6. Creo que la web es muy inconsistente (que no tiene sentido) (1-5 puntos)	1.32 (0.748)	1.181 (0.404)	1.6 (1.074)	1.2 (0.632)	1.133 (0.516)	1.5 (0.894)
7. Creo que la mayoría de la gente aprendería muy rápido a usar esta web (1-5 puntos)	4.65 (0.608)	4.363 (0.809)	4.7 (0.483)	4.9 (0.316)	4.6 (0.632)	4.687 (0.602)
8. Encontré la web muy complicada de utilizar (1-5 puntos)	1.29 (0.902)	1.181 (0.404)	1.7 (1.494)	1 (0)	1.266 (1.032)	1.312 (0.793)
9. Me sentí muy seguro/a y confiado/a al usar la web (no tuve dudas al usarla) (1-5 puntos)	4.26 (1.064)	4.272 (1.009)	4.2 (1.229)	4.3 (1.059)	4.466 (0.915)	4.062 (1.181)
10. Necesité aprender muchas cosas antes de poder utilizar esta web (1-5 puntos)	1.48 (1.092)	1.636 (1.286)	1.6 (1.264)	1.2 (0.632)	1.6 (1.298)	1.375 (0.885)
Total (10-50 puntos)	28.51 (3.51)	28.72 (1.9)	29.5 (5.29)	27.3 (2.49)	28.13 (3.46)	28.87 83.63)
<b>Barreras de uso</b>						
1. Se me olvidaba utilizarla (0-4 puntos)	1.68 (1.681)	1.545 (1.809)	2.1 (1.852)	1.4 (1.429)	1.6 (1.681)	1.75 (1.732)
2. No tenía tiempo (0-4 puntos)	1.35 (1.380)	1.727 (1.489)	1.1 (1.37)	1.2 (1.316)	0.666 (1.046)	2 (1.366)
3. Pensaba que no sería útil (0-4 puntos)	0.94 (1.436)	0.363 (0.924)	1.1 (1.791)	1.4 (1.429)	0.866 (1.355)	1 (1.549)

4. No me resultaba fácil utilizarla (0-4 puntos)	0.39 (1.022)	0.272 (0.904)	0.7 (1.494)	0.2 (0.421)	0.333 (0.816)	0.437 (1.209)
5. La web funcionaba mal (0-4 puntos)	0.39 (0.919)	0.272 (0.904)	0.2 (0.421)	0.7 (1.251)	0.266 (0.798)	0.5 (1.032)
6. No me funcionaba bien Internet (0-4 puntos)	0.39 (0.919)	0.545 (1.213)	0.2 (0.421)	0.4 (0.966)	0.6 (1.242)	0.187 (0.403)
7. La web me parecía aburrida (0-4 puntos)	1.10 (1.513)	0.818 (1.167)	1.3 (1.888)	1.2 (1.549)	0.866 (1.505)	1.312 (1.537)
Total (0-28)	6.22 (4.84)	5.54 (3.17)	6.7 (6.3)	6.5 (5.12)	5.2 (4.16)	7.18 (5.35)

### 6.2.8. Análisis de los Eventos Vitales Estresantes Autoinformados

El cuestionario de Eventos Vitales Estresantes Autoinformado por los propios menores fue completado por un total de  $N = 29$  sujetos ( $n = 14$  chicas) de los que se pudo conseguir su participación ( $n = 11$  PEDIMET;  $n = 8$  SAPMEX;  $n = 10$  HCUVA). Los datos relativos a la frecuencia de ocurrencia de cada ítem (para toda la muestra), las medias y desviaciones típicas por servicio de procedencia y por sexo, así como su contraste estadístico se pueden observar en la Tabla 6.2.8.

Al centrarnos en la comparación por sexos, no fue significativa ninguna escala global del cuestionario (número total de eventos estresantes sufridos o impacto de esos eventos), pero sí fue significativo el ítem 4, relativo a la muerte de alguien significativo cercano ( $Z = -2.22$ ;  $p < .03$ ), donde los chicos superaron a las chicas con un tamaño del efecto moderado ( $PSest = .30$ ).

Al analizar las comparaciones entre los distintos servicios, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número total de eventos vitales estresantes sufridos por los menores ( $F = 4.743$ ;  $p < .05$ ), con un tamaño del efecto de magnitud moderada ( $\eta^2 = .267$ ). La prueba Post hoc de Tukey reveló que solo fueron estadísticamente significativas las diferencias encontradas entre los grupos PEDIMET y HCUVA ( $t = 7.473$ ;  $p < .05$ ) y SAPMEX con PEDIMET ( $t = 7.773$ ;  $p < .05$ ), pero no fueron significativas las diferencias encontradas entre los grupos HCUVA y SAPMEX ( $t = .300$ ;  $p = .995$ ). En todas las comparaciones

que resultaron ser significativas, el grupo PEDIMET superó al resto de grupos, con tamaños del efecto elevados, tanto para las comparaciones con el grupo SAPMEX ( $d = 1.229$ ), como para el grupo HCUVA ( $d = 1.072$ ).

Del mismo modo, se observaron diferencias significativas entre los servicios de procedencia en el índice de impacto que tuvieron estos eventos en los menores ( $H = 7.534$ ;  $p < .05$ ). La prueba Post hoc U de Mann Whitney reveló que sólo fueron estadísticamente significativas las diferencias halladas entre los grupos PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.290$ ;  $p < .05$ ) y SAPMEX con PEDIMET ( $Z = -2.355$ ;  $p < .05$ ), pero no fueron significativas las diferencias encontradas entre los grupos HCUVA y SAPMEX ( $Z = .000$ ;  $p = 1$ ). En todas las comparaciones que resultaron ser significativas, el grupo PEDIMET superó al resto de grupos, con tamaños del efecto moderados, tanto para las comparaciones con el grupo SAPMEX (PSest = .176), como para el grupo HCUVA ( $d = .204$ ).

Al centrarnos en el análisis por ítems del cuestionario, se encontraron diferencias significativas entre los servicios de procedencia en los siguientes ítems:

- Ítem 2: Separación o divorcio de los padres ( $H = 10.35$ ;  $p < .05$ ), donde únicamente fue significativa la comparación entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -3.44$ ;  $p < .001$ ), con un bajo tamaño del efecto a favor del grupo SAPMEX (PSest = .037). No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -1.887$ ;  $p = .075$ ), ni PEDIMET con HCUVA ( $Z = -.675$ ;  $p = .605$ ).
- Ítem 11: Experiencias de maltrato o abuso ( $H = 6.35$ ;  $p < .05$ ), donde únicamente fue significativa la comparación entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.47$ ;  $p < .05$ ), con un moderado tamaño del efecto a favor del grupo PEDIMET (PSest = .222). No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -.959$ ;  $p = .573$ ), ni entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -1.274$ ;  $p = .272$ ).
- Ítem 18: Familiar que deja el hogar ( $H = 10.61$ ;  $p < .005$ ), donde fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.961$ ;  $p < .005$ ), con un tamaño del efecto bajo (PSest = .136) a favor del grupo

PEDIMET y las comparaciones entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -2.353$ ;  $p < .05$ ), con un tamaño del efecto bajo a favor del grupo PEDIMET ( $PSest = .187$ ). No fue significativa la comparación entre HCUVA y SAPMEX ( $Z = -.373$ ;  $p = .762$ ).

- Ítem 26: Cambio de colegio ( $H = 9.38$ ;  $p < .01$ ), donde únicamente fue significativa la comparación entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.916$ ;  $p < .005$ ), con un bajo tamaño del efecto a favor del grupo PEDIMET ( $PSest = .140$ ). No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -1.219$ ;  $p = .315$ ), ni SAPMEX con PEDIMET ( $Z = -1.826$ ;  $p = .075$ ).
- Ítem 29: Cambio de hábito de dormir ( $H = 6.46$ ;  $p < .05$ ), donde únicamente fue significativa la comparación entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -2.305$ ;  $p < .05$ ), con un moderado tamaño del efecto ( $PSest = .215$ ) a favor del grupo PEDIMET. No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -.919$ ;  $p = .515$ ), ni entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -1.683$ ;  $p = .132$ ).



**Tabla 6.2.8**

*Eventos Vitales Estresantes Autoinformado, frecuencia de los ítems, M y DT por servicio de procedencia y por sexos*

	Frecuencia del ítem para la muestra total (%)					Media (DT) por servicio			Media (DT) por sexos			M (DT)	
	No sucedió	Le	Le	Le	Le	PEDIME T	SAPM EX	HCUV A	F/H (p)	Chico	Chica		t/z (p)
		sucedió y le afectó nada	sucedió y le afectó algo	sucedió y le afectó bastante	sucedió y le afectó Mucho								
Número de eventos sufridos totales	-	-	-	-	-	17.27 (7.21)	9.50 (4.78)	9.80 (6.69)	<b>4.743</b> <b>(.018)*</b>	13.2 (6.21)	11.86 (8.43)	.490 (.314)	12.55 (7.26)
Impacto sufrido (sumatorio)	-	-	-	-	-	42.64 (19.54)	21 (13.49)	21.20 (16.60)	<b>7.534</b> <b>(.023)</b>	29.2 (17.66)	29.36 (22.13)	-.044 (.965)	29.28 (19.58)
1. Muerte del padre-madre-otro familiar	12 (41.38)	1 (3.45)	6 (20.69)	5 (17.24)	5 (17.24)	2.27 (1.42)	1.25 (1.75)	1.3 (1.57)	2.5 (.29)	2.07 (1.33)	1.21 (1.76)	-1.46 (.14)	1.66 (1.59)
2. Separación-divorcio padres	14 (48.28)	6 (20.69)	3 (10.34)	5 (17.24)	1 (3.45)	1 (1.55)	2.13 (0.83)	0.3 (0.48)	<b>10.35</b> <b>(.01)</b>	0.67 (1.11)	1.5 (1.34)	-1.91 (.06)	1.07 (1.28)
3. Encarcelamiento padre-madre-otro familiar	27 (93.1)	-	2 (6.9)	-	-	0.18 (0.6)	0.25 (0.71)	-	1.17 (.56)	0.13 (0.52)	0.14 (0.53)	-0.05 (.96)	0.14 (0.52)
4. Muerte de alguien significativo cercano (amigo íntimo, profesor...)	21 (72.41)	2 (6.9)	3 (10.34)	1 (3.45)	2 (6.9)	1 (1.48)	0.25 (0.71)	0.6 (1.26)	1.52 (.47)	1.07 (1.44)	0.21 (0.8)	<b>-2.22</b> <b>(.03)</b>	0.66 (1.23)
5. Lesión o enfermedad del menor	21 (72.41)	3 (10.34)	3 (10.34)	2 (6.9)	-	0.55 (1.04)	0.38 (0.74)	0.6 (1.07)	0.12 (.94)	0.6 (0.99)	0.43 (0.94)	-0.64 (.52)	0.52 (0.95)
6. Lesión o enfermedad de familiares directos	11 (37.93)	5 (17.24)	7 (24.14)	3 (10.34)	3 (10.34)	1.91 (1.38)	1.13 (1.64)	1 (1.05)	2.83 (.24)	1.67 (1.29)	1.07 (1.44)	-1.36 (.17)	1.38 (1.37)

7. Paro (padre-madre-otro familiar.	17 (58.62)	5 (17.24)	5 (17.24)	2 (6.9)	-	1 (1)	0.63 (0.92)	0.5 (1.08)	2.49 (.29)	0.8 (1.01)	0.64 (1.01)	-0.52 (.61)	0.72 (1)
8. Reconciliación matrimonial entre tus progenitores	25 (86.21)	3 (10.34)	1 (3.45)	-	-	0.27 (0.65)	0 (0)	0.2 (0.42)	1.7 (.43)	0.27 (0.59)	0.07 (0.27)	-1.02 (.31)	0.17 (0.47)
9. Cambio de salud de un miembro de la familia	19 (65.52)	5 (17.24)	3 (10.34)	2 (6.9)		0.55 (0.69)	1.25 (1.83)	0.3 (0.67)	1.49 (.48)	0.73 (1.16)	0.57 (1.16)	-0.59 (.55)	0.66 (1.14)
10. Drogadicción y/o alcoholismo (padre-madre-otro.)	25 (86.21)	-	1 (3.45)	-	3 (10.34)	1.09 (1.87)	0.25 (0.71)	-	3.43 (.18)	0.27 (1.03)	0.71 (1.49)	-1.09 (.27)	0.48 (1.27)
11. ¿Ha habido alguna experiencia de maltrato o abuso?	19 (65.52)	-	2 (6.9)	2 (6.9)	6 (20.69)	2.09 (1.81)	1 (1.85)	0.3 (0.95)	<b>6.35</b> <b>(.04)</b>	0.73 (1.53)	1.64 (1.82)	-1.53 (.13)	1.17 (1.71)
12. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	20 (68.97)	5 (17.24)	-	2 (6.9)	2 (6.9)	0.91 (1.38)	0.63 (1.41)	0.4 (0.97)	1.55 (.46)	0.73 (1.22)	0.57 (1.28)	-0.88 (.38)	0.66 (1.23)
13. Cambio de situación económica	14 (48.28)	5 (17.24)	6 (20.69)	3 (10.34)	1 (3.45)	1.18 (1.47)	0.88 (0.99)	1 (1.15)	0.12 (.94)	0.87 (1.13)	1.21 (1.31)	-0.7 (.48)	1.03 (1.21)
14. Cambio en el tipo de trabajo (padre-madre-otro.	18 (62.07)	7 (24.14)	-	3 (10.34)	1 (3.45)	1.18 (1.47)	0.5 (1.07)	0.3 (0.48)	2.69 (.26)	0.93 (1.16)	0.43 (1.09)	-1.64 (.1)	0.69 (1.14)
15. Mala relación con padre-madre-otro.	18 (62.07)	2 (6.9)	2 (6.9)	4 (13.79)	3 (10.34)	1.27 (1.62)	0.63 (1.19)	1.1 (1.66)	0.97 (.62)	0.73 (1.39)	1.36 (1.6)	-1.2 (.23)	1.03 (1.5)
16. Pérdida de la casa familiar	22 (75.86)	2 (6.9)	-	2 (6.9)	3 (10.34)	1.36 (1.75)	0.63 (1.41)	-	5.66 (.06)	0.67 (1.4)	0.71 (1.44)	-0.47 (.64)	0.69 (1.39)
17. ¿Ha cambiado su responsabilidad en las	13 (44.83)	2 (6.9)	8 (27.59)	3 (10.34)	3 (10.34)	1.64 (1.5)	0.75 (1.04)	1.5 (1.58)	1.98 (.37)	1.13 (1.51)	1.57 (1.34)	-0.93 (.35)	1.34 (1.42)

tareas del hogar-colegio- otro?													
18. Familiar que deja el hogar (padre-madre-hermano/a.)	14 (48.28)	4 (13.79)	5 (17.24)	4 (13.79)	2 (6.9)	2.27 (1.35)	0.63 (1.06)	0.4 (0.7)	<b>10.61</b> <b>(.005)</b>	1.2 (1.26)	1.14 (1.51)	-0.21 (.83)	1.17 (1.36)
19. Problemas legales (padre-madre-otro.)	21 (72.41)	2 (6.9)	1 (3.45)	3 (10.34)	2 (6.9)	1.27 (1.68)	0.75 (1.39)	0.1 (0.32)	3.7 (.16)	0.33 (0.82)	1.14 (1.66)	-1.22 (.22)	0.72 (1.33)
20. La madre comienza o deja de trabajar	21 (72.41)	3 (10.34)	2 (6.9)	2 (6.9)	1 (3.45)	0.91 (1.45)	0.63 (1.19)	0.2 (0.42)	1.16 (.56)	0.6 (0.99)	0.57 (1.28)	-0.53 (.6)	0.59 (1.12)
21. Comienzo o fin de la escolaridad	18 (62.07)	5 (17.24)	4 (13.79)	1 (3.45)	1 (3.45)	0.64 (1.03)	0.5 (0.93)	0.9 (1.29)	0.76 (.69)	0.8 (1.26)	0.57 (0.85)	-0.3 (.76)	0.69 (1.07)
22. Cambio en las condiciones de vida	19 (65.52)	-	6 (20.69)	2 (6.9)	2 (6.9)	1.36 (1.69)	1.13 (1.25)	0.2 (0.63)	4.18 (.12)	0.47 (0.99)	1.36 (1.55)	-1.74 (.08)	0.9 (1.35)
23. Problemas con el profesor/a	24 (82.76)	1 (3.45)	3 (10.34)	1 (3.45)	-	0.45 (1.04)	0.25 (0.71)	0.3 (0.67)	0.17 (.92)	0.47 (0.83)	0.21 (0.8)	-1.23 (.22)	0.34 (0.81)
24. Cambio de turno o de condiciones laborales (padre-madre-otro.)	20 (68.97)	2 (6.9)	4 (13.79)	2 (6.9)	1 (3.45)	1.18 (1.54)	0.5 (0.93)	0.3 (0.67)	2.46 (.29)	1 (1.41)	0.36 (0.74)	-1.28 (.2)	0.69 (1.17)
25. Cambio de residencia	20 (68.97)	2 (6.9)	2 (6.9)	1 (3.45)	4 (13.79)	1.45 (1.86)	0.5 (0.93)	0.5 (1.27)	2.22 (.33)	0.73 (1.44)	1 (1.57)	-0.51 (.61)	0.86 (1.48)
26. Cambio de colegio	13 (44.83)	3 (10.34)	5 (17.24)	5 (17.24)	3 (10.34)	2.36 (1.21)	1.13 (1.36)	0.5 (1.27)	<b>9.38</b> <b>(.009)</b>	1.27 (1.39)	1.5 (1.61)	-0.41 (.68)	1.38 (1.47)
27. Cambio de actividades de ocio (actividades extraescolares, etc.)	18 (62.07)	5 (17.24)	3 (10.34)	1 (3.45)	2 (6.9)	1.18 (1.4)	0.25 (0.46)	0.7 (1.34)	2.65 (.27)	0.87 (1.3)	0.64 (1.15)	-0.4 (.69)	0.76 (1.21)

28. Cambio de actividades sociales de los padres del menor.	23 (79.31)	2 (6.9)	3 (10.34)	1 (3.45)	-	0.73 (1.1)	0.25 (0.71)	0.1 (0.32)	2.88 (.24)	0.4 (0.74)	0.36 (0.93)	-0.62 (.54)	0.38 (0.82)
29. Cambio de hábito de dormir.	18 (62.07)	5 (17.24)	2 (6.9)	3 (10.34)	1 (3.45)	1.45 (1.44)	0.13 (0.35)	0.5 (0.97)	<b>6.46</b> <b>(.039)</b>	0.6 (0.91)	0.93 (1.44)	-0.2 (.84)	0.76 (1.18)
30. Cambio en el número de reuniones familiares (con otros familiares, abuelos, tíos, etc)	17 (58.62)	2 (6.9)	3 (10.34)	4 (13.79)	3 (10.34)	1.82 (1.66)	0.25 (0.71)	1 (1.49)	5.37 (.07)	0.67 (1.11)	1.57 (1.74)	-1.37 (.17)	1.1 (1.5)
31. Cambio de hábitos alimentarios.	15 (51.72)	3 (10.34)	4 (13.79)	5 (17.24)	2 (6.9)	1.64 (1.43)	0.25 (0.71)	1.4 (1.58)	5.67 (.059)	1.13 (1.3)	1.21 (1.58)	-0.02 (.98)	1.17 (1.42)
32. Vacaciones.	13 (44.83)	3 (10.34)	4 (13.79)	5 (17.24)	4 (13.79)	1.55 (1.51)	0.75 (1.16)	1.9 (1.79)	2.29 (.32)	1.8 (1.61)	1.07 (1.44)	-1.31 (.19)	1.45 (1.55)
33. Navidades.	13 (44.83)	5 (17.24)	3 (10.34)	3 (10.34)	5 (17.24)	1.27 (1.35)	0.63 (1.06)	2.1 (1.91)	3.02 (.22)	1.93 (1.71)	0.79 (1.19)	-1.8 (.07)	1.38 (1.57)
34. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente (p.e. tráfico, catástrofe natural, etc.)?	26 (89.66)	2 (6.9)	-	-	1 (3.45)	0.45 (1.21)	-	0.1 (0.32)	1.65 (.44)	0.33 (1.05)	0.07 (0.27)	-0.58 (.56)	0.21 (0.77)
35. ¿Ha estado expuesto a exploraciones médicas y ha experimentado miedo?	23 (79.31)	-	3 (10.34)	1 (3.45)	2 (6.9)	1 (1.48)	-	0.6 (1.35)	3.49 (.17)	0.53 (1.19)	0.64 (1.34)	-0.15 (.88)	0.59 (1.24)
36. Leves transgresiones de la ley.	28 (96.55)	-	1 (3.45)	-	-	0.18 (0.6)	-	-	1.64 (.44)	-	0.14 (0.53)	-1.04 (.3)	0.07 (0.37)

Nota: \*Se empleó F de Snedecor o t de Student en lugar de H de Kruskal-Wallis o U de Mann Whitney por distribuirse la variable de forma normal.

### 6.2.9. Análisis de los Eventos Vitales Estresantes Heteroinformados

El cuestionario de Eventos Vitales Estresantes heteroinformado por los cuidadores o padres de los menores fue completado para un total de  $N = 29$  sujetos ( $n = 14$  chicas) de los que se pudo conseguir su participación ( $n = 11$  PEDIMET;  $n = 8$  SAPMEX;  $n = 10$  HCUVA). Los datos relativos a la frecuencia de ocurrencia de cada ítem (para toda la muestra), las medias y desviaciones típicas por servicio de procedencia y por sexo, se presentan en la Tabla 6.2.9.

Al centrarnos en las comparaciones por sexos, no fue significativa ninguna escala global del cuestionario (número total de eventos estresantes sufridos o impacto de esos eventos), ni ningún ítem del cuestionario.

Al examinar las comparaciones entre los distintos servicios, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número total de eventos vitales estresantes sufridos por los menores ( $H = 6.641$ ;  $p < .05$ ). La prueba post hoc U de Mann Whitney mostró que fueron significativas las diferencias entre los grupos PEDIMET y HCUVA con un bajo tamaño del efecto a favor del grupo PEDIMET ( $Z = -2.367$ ;  $p < .05$ ;  $PSest = .195$ ), pero no fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y SAPMEX ( $Z = -1.328$ ;  $p = .184$ ) ni SAPMEX con HCUVA ( $Z = -1.517$ ;  $p = .129$ ).

También se detectaron diferencias significativas entre los servicios de procedencia en el índice de impacto que tuvieron estos eventos en los menores ( $H = 7.432$ ;  $p < .05$ ). La prueba Post hoc U de Mann Whitney reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos PEDIMET con HCUVA con un bajo tamaño del efecto a favor del grupo PEDIMET ( $Z = -2.573$ ;  $p < .01$ ;  $PSest = .168$ ). No fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y SAPMEX ( $Z = -1.570$ ;  $p = .117$ ), ni entre SAMPEX con HCUVA ( $Z = -1.246$ ;  $p = .213$ ).

Al centrarnos en el análisis por ítems del cuestionario, se evidenciaron diferencias significativas entre los servicios de procedencia en los siguientes ítems:

- Ítem 2: Separación-divorcio de los padres ( $H = 6.483$ ;  $p < .05$ ). Fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.316$ ;  $p < .05$ ;  $PSest = .250$ ) con un moderado tamaño del efecto a favor de PEDIMET y las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -2.227$ ;  $p < .05$ ;  $PSest = .237$ ) con un moderado tamaño del efecto a favor de SAPMEX. No fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y SAPMEX ( $Z = -.738$ ;  $p = .460$ ).
- Ítem 7: Paro de padre, madre u otro familiar ( $H = 9.163$ ;  $p < .01$ ). Únicamente fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.947$ ;  $p < .005$ ) con un pequeño tamaño del efecto a favor del grupo PEDIMET ( $PSest = .181$ ). No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -1.627$ ;  $p = .408$ ) ni entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -1.443$ ;  $p = .206$ ).
- Ítem 16: Pérdida de la casa familiar ( $H = 6.069$ ;  $p < .05$ ). Únicamente fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.361$ ;  $p < .05$ ) con un pequeño-moderado tamaño del efecto a favor de PEDIMET ( $PSest = .272$ ). No fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -1.627$ ;  $p = .408$ ) ni entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -1.149$ ;  $p = .351$ ).
- Ítem 25: Cambio de residencia ( $H = 12.228$ ;  $p < .005$ ). Fueron significativas las comparaciones entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -2.440$ ;  $p < .05$ ) con un pequeño tamaño del efecto ( $PSest = .179$ ) a favor de PEDIMET y entre HCUVA y PEDIMET ( $Z = -3.105$ ;  $p < .05$ ), con un pequeño tamaño del efecto ( $PSest = .131$ ) a favor de PEDIMET. No fueron significativas las comparaciones entre HCUVA y SAPMEX ( $Z = -1.221$ ;  $p = .222$ ).
- Ítem 26: Cambio de colegio ( $H = 15.137$ ;  $p < .001$ ). Fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -3.220$ ;  $p < .001$ ) con un pequeño tamaño del efecto a favor de PEDIMET ( $PSest = .104$ ), y entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -3.118$ ;  $p < .001$ ), con un pequeño tamaño del

efecto ( $PSest = .085$ ) a favor de PEDIMET. No fueron significativas las comparaciones entre HCUVA y SAPMEX ( $Z = -.183$ ;  $p = .855$ ).

- Ítem 27: Cambio de actividades de ocio ( $H = 11.982$ ;  $p < .005$ ). Fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.944$ ;  $p < .005$ ) con un pequeño tamaño del efecto a favor de PEDIMET ( $PSest = .181$ ), y entre SAPMEX y PEDIMET ( $Z = -2.309$ ;  $p < .05$ ), con un pequeño-moderado tamaño del efecto ( $PSest = .215$ ) a favor de PEDIMET. No fueron significativas las comparaciones entre HCUVA y SAPMEX ( $Z = -.1.118$ ;  $p = .264$ ).
- Ítem 30: Cambio en el número de reuniones familiares ( $H = 6.993$ ;  $p < .05$ ). Fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y HCUVA ( $Z = -2.676$ ;  $p < .005$ ) con un pequeño-moderado tamaño del efecto a favor de PEDIMET ( $PSest = .227$ ), y entre SAPMEX y HCUVA ( $Z = -2.062$ ;  $p < .05$ ), con un moderado tamaño del efecto ( $PSest = .312$ ) a favor de SAPMEX. No fueron significativas las comparaciones entre PEDIMET y SAPMEX ( $Z = -.560$ ;  $p = .575$ ).

**Tabla 6.2.9**

*Eventos Vitales Estresantes Heteroinformado, frecuencia de los ítems, M y DT por servicio de procedencia y por sexos*

	Frecuencia del ítem para la muestra total (%)				Media (DT) por servicio			Media (DT) por sexos			M (DT)		
	No sucedió	Le sucedió y le afectó nada	Le sucedió y le afectó algo	Le sucedió y le afectó bastante	Le sucedió y le afectó Mucho	PEDIME T	SAPME X	HCUV A	H (p)	Chico	Chica	Z (p)	Total
Número de eventos sufridos totales	-	-	-	-	-	14.363 (7.99)	9.625 (5.804)	5.4 (3.565)	<b>6.641</b> <b>(.036)</b>	10.933 (7.255)	8.928 (7.043)	-0.832 (.405)	9.965 (7.098)
Impacto sufrido (sumatorio)	-	-	-	-	-	39.909 (24.271)	22.5 (14.716)	13.1 (9.527)	<b>7.432</b> <b>(.024)</b>	27 (18.754)	24.642 (23.45)	-0.611 (.54)	25.862 (20.799)
1. Muerte del padre-madre-otro familiar	18 (62.06)	1 (3.44)	4 (13.79)	2 (6.89)	4 (13.79)	0.818 (1.47)	0.875 (1.246)	1.5 (1.84)	1.221 (.542)	1.466 (1.641)	0.642 (1.336)	-1.606 (.108)	1.068 (1.533)
2. Separación-divorcio padres	17 (58.62)	2 (6.89)	2 (6.89)	5 (17.24)	3 (10.34)	1.909 (1.868)	1.25 (1.281)	0.2 (0.632)	<b>6.483</b> <b>(.039)</b>	1 (1.603)	1.285 (1.489)	-0.612 (.54)	1.137 (1.528)
3. Encarcelamiento padre-madre-otro familiar	24 (82.75)	2 (6.89)	2 (6.89)	1 (3.44)	-	0.363 (0.924)	0.625 (0.916)	-	4.108 (.128)	0.266 (0.798)	0.357 (0.744)	-0.53 (.595)	0.31 (0.76)
4. Muerte de alguien significativo cercano (amigo íntimo, profesor...)	28 (96.55)	-	-	1 (3.44)	-	0.272 (0.904)	-	-	1.636 (.441)	0.2 (0.774)	-	-0.966 (.333)	0.103 (0.557)



5. Lesión o enfermedad del menor	21 (72.41)	2 (6.89)	1 (3.44)	4 (13.79)	1 (3.44)	0.727 (1.272)	0.75 (1.388)	0.6 (1.264)	0.005 (.997)	0.933 (1.387)	0.428 (1.089)	-1.387 (.165)	0.689 (1.256)
6. Lesión o enfermedad de familiares directos	17 (58.62)	1 (3.44)	5 (17.24)	4 (13.79)	2 (6.89)	1.454 (1.507)	1.375 (1.597)	0.4 (0.966)	3.19 (.202)	1.2 (1.521)	0.928 (1.328)	-0.515 (.606)	1.068 (1.412)
7. Paro (padre-madre-otro familiar.	20 (68.96)	1 (3.44)	4 (13.79)	4 (13.79)	-	1.454 (1.293)	0.625 (1.187)	-	<b>9.163</b> <b>(.01)</b>	0.933 (1.279)	0.5 (1.019)	-1.068 (.285)	0.724 (1.161)
8. Reconciliación matrimonial entre tus progenitores	28 (96.55)	1 (3.44)	-	-	-	-	-	0.1 (0.316)	1.9 (.386)	0.066 (0.258)	-	-0.966 (.333)	0.034 (0.185)
9. Cambio de salud de un miembro de la familia	19 (65.51)	2 (6.89)	5 (17.24)	2 (6.89)	1 (3.44)	1.09 (1.445)	1 (1.195)	0.2 (0.632)	3.825 (.147)	0.8 (1.082)	0.714 (1.325)	-0.464 (.641)	0.758 (1.184)
10. Drogadicción y/o alcoholismo (padre-madre-otro.)	22 (75.86)	-	1 (3.44)	1 (3.44)	-	1.545 (1.863)	0.5 (1.414)	0.4 (1.264)	3.718 (.155)	0.866 (1.552)	0.857 (1.703)	-0.145 (.883)	0.862 (1.597)
11. ¿Ha habido alguna experiencia de maltrato o abuso?	18 (62.06)	2 (6.89)	2 (6.89)	2 (6.89)	5 (17.24)	1.636 (1.911)	1.5 (1.69)	0.2 (0.632)	5.234 (.072)	0.8 (1.521)	1.428 (1.696)	-1.179 (.238)	1.103 (1.611)
12. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	19 (65.51)	3 (10.34)	3 (10.34)	4 (13.79)	-	1.181 (1.167)	0.375 (1.06)	0.5 (1.08)	4.83 (.089)	0.666 (1.112)	0.785 (1.188)	-0.206 (.836)	0.724 (1.13)
13. Cambio de situación económica	18 (62.06)	2 (6.89)	2 (6.89)	6 (20.68)	1 (3.44)	1.545 (1.634)	0.75 (1.164)	0.5 (1.08)	3.234 (.198)	0.866 (1.355)	1.071 (1.439)	-0.427 (.668)	0.965 (1.375)

14. Cambio en el tipo de trabajo (padre-madre-otro.)	22 (75.86)	2 (6.89)	3 (10.34)	1 (3.44)	1 (3.44)	1.09 (1.445)	0.125 (0.353)	0.2 (0.632)	4.784 (.091)	0.666 (1.046)	0.357 (1.081)	-1.134 (.256)	0.517 (1.056)
15. Mala relación con padre-madre-otro.	17 (58.62)	4 (13.79)	1 (3.44)	2 (6.89)	5 (17.24)	1.454 (1.863)	1.125 (1.807)	0.7 (1.059)	0.503 (.777)	0.866 (1.355)	1.357 (1.823)	-0.564 (.572)	1.103 (1.588)
16. Pérdida de la casa familiar	22 (75.86)	2 (6.89)	2 (6.89)	-	3 (10.34)	1.363 (1.804)	0.375 (0.744)	-	<b>6.069</b> <b>(.048)</b>	0.333 (0.723)	0.928 (1.685)	-0.727 (.466)	0.62 (1.293)
17. ¿Ha cambiado su responsabilidad en las tareas del hogar-colegio-otro?	11 (37.93)	3 (10.34)	3 (10.34)	9 (31.03)	3 (10.34)	2.09 (1.578)	1.625 (1.597)	1.2 (1.398)	1.873 (.391)	1.8 (1.32)	1.5 (1.743)	-0.502 (.615)	1.655 (1.518)
18. Familiar que deja el hogar (padre-madre-hermano/a.)	23 (79.31)	1 (3.44)	2 (6.89)	2 (6.89)	1 (3.44)	0.909 (1.445)	0.625 (1.187)	-	4.128 (.126)	0.666 (1.29)	0.357 (0.928)	-0.801 (.422)	0.517 (1.121)
19. Problemas legales (padre-madre-otro.)	21 (72.41)	-	2 (6.89)	3 (10.34)	3 (10.34)	1.272 (1.793)	1.125 (1.642)	0.2 (0.632)	2.775 (.249)	0.8 (1.424)	0.928 (1.591)	-0.194 (.845)	0.862 (1.481)
20. La madre comienza o deja de trabajar	22 (75.86)	1 (3.44)	2 (6.89)	3 (10.34)	1 (3.44)	1.272 (1.618)	0.25 (0.707)	0.2 (0.632)	4.927 (.085)	0.533 (0.99)	0.714 (1.437)	-0.029 (.976)	0.62 (1.207)
21. Comienzo o fin de la escolaridad	19 (65.51)	3 (10.34)	2 (6.89)	2 (6.89)	3 (10.34)	1.181 (1.662)	0.75 (1.488)	0.6 (1.074)	0.964 (.617)	1.133 (1.355)	0.571 (1.452)	-1.752 (.079)	0.862 (1.407)
22. Cambio en las condiciones de vida	17 (58.62)	1 (3.44)	3 (10.34)	5 (17.24)	3 (10.34)	1.818 (1.834)	1.125 (1.356)	0.5 (1.08)	3.642 (0.161)	1.066 (1.387)	1.285 (1.728)	-0.392 (.694)	1.172 (1.536)
23. Problemas con el profesor/a	23 (79.31)	1 (3.44)	2 (6.89)	2 (6.89)	1 (3.44)	0.181 (0.603)	0.375 (1.06)	1 (1.49)	3.358 (.186)	0.666 (1.29)	0.357 (0.928)	-0.801 (.422)	0.517 (1.121)

24. Cambio de turno														
o de condiciones laborales (padre-madre-otro.)	23 (79.31)	1 (3.44)	4 (13.79)	1 (3.44)	-	0.636 (1.12)	0.375 (0.744)	0.2 (0.632)	1.11 (.573)	0.533 (0.915)	0.285 (0.825)	-0.803 (.421)	0.413 (0.866)	
25. Cambio de residencia	16 (55.17)	1 (3.44)	3 (10.34)	5 (17.24)	4 (13.79)	2.636 (1.501)	0.75 (1.164)	0.3 (0.948)	<b>12.22</b> <b>8</b> <b>(.002)</b>	1.266 (1.486)	1.357 (1.78)	-0.168 (.866)	1.31 (1.605)	
26. Cambio de colegio	15 (51.72)	3 (10.34)	3 (10.34)	5 (17.24)	3 (10.34)	2.636 (1.286)	0.375 (0.744)	0.4 (0.966)	<b>15.13</b> <b>7</b> <b>(.001)</b>	1.333 (1.397)	1.142 (1.657)	-0.377 (.705)	1.241 (1.503)	
27. Cambio de actividades de ocio (actividades extraescolares, etc.)	21 (72.41)	3 (10.34)	2 (6.89)	3 (10.34)	-	1.363 (1.286)	0.125 (0.353)	-	<b>11.98</b> <b>2</b> <b>(.002)</b>	0.466 (0.915)	0.642 (1.15)	-0.249 (.802)	0.551 (1.02)	
28. Cambio de actividades sociales de los padres del menor.	26 (89.65)	1 (3.44)	-	2 (6.89)	-	0.272 (0.904)	0.5 (1.069)	-	2.801 (.246)	0.2 (0.774)	0.285 (0.825)	-0.619 (.535)	0.241 (0.786)	
29. Cambio de hábito de dormir.	24 (82.75)	2 (6.89)	1 (3.44)	1 (3.44)	1 (3.44)	0.545 (1.035)	0.125 (0.353)	0.4 (1.264)	1.12 (.571)	0.533 (1.245)	0.214 (0.578)	-0.497 (.618)	0.379 (0.978)	
30. Cambio en el número de reuniones familiares (con otros familiares, abuelos, tíos, etc)	20 (68.96)	1 (3.44)	-	8 (27.58)	-	1.454 (1.507)	1.125 (1.552)	-	<b>6.993</b> <b>(.03)</b>	0.666 (1.234)	1.071 (1.491)	-0.648 (.516)	0.862 (1.355)	

31. Cambio de hábitos alimentarios.	24 (82.75)	1 (3.44)	1 (3.44)	1 (3.44)	2 (6.89)	0.636 (1.433)	0.125 (0.353)	0.6 (1.349)	0.314 (.854)	0.466 (1.245)	0.5 (1.16)	-0.464 (.642)	0.482 (1.183)
32. Vacaciones.	20 (68.96)	1 (3.44)	1 (3.44)	6 (20.68)	1 (3.44)	1.181 (1.47)	0.75 (1.388)	0.6 (1.349)	1.394 (.498)	1.066 (1.486)	0.642 (1.277)	-0.964 (.334)	0.862 (1.381)
33. Navidades.	20 (68.96)	-	3 (10.34)	4 (13.79)	2 (6.89)	1.09 (1.578)	0.75 (1.388)	0.8 (1.398)	0.313 (.854)	0.733 (1.334)	1.071 (1.542)	-0.613 (.539)	0.896 (1.422)
34. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente (p.e. tráfico, catástrofe natural, etc.)?	28 (96.55)	-	-	1 (3.44)	-	0.272 (0.904)	-	-	1.636 (.441)	0.2 (0.774)	-	-0.966 (.333)	0.103 (0.557)
35. ¿Ha estado expuesto a exploraciones médicas y ha experimentado miedo?.	24 (82.75)	1 (3.44)	1 (3.44)	3 (10.34)	-	0.272 (0.904)	0.375 (0.744)	0.6 (1.264)	0.675 (.713)	0.733 (1.279)	0.071 (0.267)	-1.493 (.135)	0.413 (0.982)
36. Leves transgresiones de la ley.	28 (96.55)	-	-	1 (3.44)	-	0.272 (0.904)	-	-	1.636 (.441)	0.2 (0.774)	-	-0.966 (.333)	0.103 (0.557)

### 6.2.10. Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados

Se analizaron las correlaciones de Spearman entre el cuestionario de Eventos Vitales Estresantes en formato autoinforme y heteroinforme (véase Tabla 6.2.10). Algunos de los ítems y escalas presentaron correlaciones estadísticamente significativas, con puntuaciones de magnitud moderadas y altas, por encima de  $p = .381$  y máximo de  $p = .734$ . Las mayores correlaciones se dieron entre los ítems 20 “La madre comienza o deja de trabajar” ( $p = .734$ ), 25 “Cambio de residencia” ( $p = .676$ ), 20 padres “La madre comienza o deja de trabajar” con 18 menores “Familiar que deja el hogar” ( $p = .671$ ), 9 “Cambio de salud de un miembro de la familia” ( $p = .654$ ), 10 “Drogadicción o alcoholismo del padre o madre” ( $p = .651$ ), o el ítem 26 “Cambio de colegio” ( $p = .620$ ).

Por otro lado, se hallaron correlaciones de magnitud moderada entre las escalas generales de los cuestionarios. Siendo la correlación más elevada el número de eventos sufridos informado por los menores con el impacto de estos eventos informado por los padres ( $p = .565$ ), seguido de la correlación entre el número de eventos totales informado por padres y menores ( $p = .521$ ), y de la correlación entre el impacto de estos eventos informado por los menores y padres ( $p = .474$ ). La correlación entre el impacto informado por los menores y el número de eventos sufridos informado por los padres no fue significativo ( $p = .375$ ).

**Tabla 6.2.10**

*Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados*

	NM	IM	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M
NP	<b>.521**</b>	.375	-.012	.360	-.264	.114	.073	.123	.368	.244	.256	.190	.113	<b>.417*</b>	.211	<b>.422*</b>	.108
IP	<b>.565**</b>	<b>.474*</b>	-.061	<b>.388*</b>	-.345	.200	.126	.101	.344	.183	.198	.235	.158	<b>.482*</b>	.226	.372	.151
1P	.066	.003	<b>.407*</b>	-.061	.000	.007	-.069	.235	-.017	.359	.134	-.094	-.234	.141	-.001	.023	-.155
2P	.310	.175	.012	<b>.412*</b>	-.225	-.163	-.090	.115	.319	-.039	.259	-.051	-.130	.303	.143	.120	-.071
3P	.257	.073	.199	.138	.333	.037	-.225	.172	.371	.207	<b>.383*</b>	.277	-.244	.180	.331	.211	.001
4P	.126	.126	.013	-.177	-.055	.281	-.125	.104	-.167	-.082	.292	-.069	-.136	.317	.296	.315	-.146
5P	.203	.036	-.020	.096	.130	.130	.107	-.272	.038	<b>.404*</b>	-.288	-.206	-.082	.109	-.124	-.183	.221
6P	.217	.260	-.044	.011	-.225	.237	<b>.396*</b>	.216	.192	.017	.139	-.017	<b>.412*</b>	.341	-.087	.287	-.081
7P	<b>.448*</b>	<b>.407*</b>	.067	.182	-.196	.343	.183	.306	<b>.507**</b>	-.041	.277	.335	.164	<b>.464*</b>	.204	<b>.614**</b>	-.054
8P	-.240	-.277	.013	-.177	-.055	-.125	.219	-.052	-.167	<b>.449*</b>	-.146	-.069	-.136	-.136	-.188	-.157	.131
9P	.305	.247	-.136	<b>.403*</b>	-.210	.188	.226	.263	.145	.160	<b>.654**</b>	.193	.109	<b>.472*</b>	.278	.286	-.109
10P	.311	.109	.081	.159	-.166	.028	-.216	-.032	.284	.222	-.025	<b>.651**</b>	.067	.230	.278	.249	.032
11P	<b>.481*</b>	.374	-.036	.350	-.210	-.081	.190	.178	.324	.204	<b>.433*</b>	.298	.293	<b>.416*</b>	.367	.255	.174
12P	<b>.431*</b>	.284	.023	.182	-.210	-.171	-.075	-.005	<b>.403*</b>	-.026	.243	-.088	.059	<b>.421*</b>	<b>.384*</b>	.087	.006
13P	<b>.509**</b>	<b>.403*</b>	-.189	.239	-.226	.063	.250	.053	<b>.470*</b>	.189	.245	.291	<b>.390*</b>	<b>.587**</b>	.379	.209	.310
14P	<b>.542**</b>	.371	.039	.120	-.165	.242	-.042	.163	.244	.293	<b>.389*</b>	<b>.423*</b>	-.057	.372	<b>.509**</b>	<b>.542**</b>	.081
15P	.270	.174	<b>-.419*</b>	.302	-.241	.086	.223	-.312	.318	.157	-.225	.209	.066	.325	.101	.165	<b>.509**</b>

*Nota:* M se refiere al cuestionario de menores; P se refiere al cuestionario para cuidadores o padres.

\* $p < .001$ ; \*\* $p < .005$

**Tabla 6.2.10**

*Correlaciones entre Eventos Vitales Estresantes Autoinformados y Heteroinformados (continuación)*

	16M	17M	18M	19M	20M	21M	22M	23M	24M	25M	26M	27M	28M	29M	30M	31M	32M	33M	34M	35M	36M
16P	<b>.493**</b>	.317	<b>.508**</b>	<b>.569**</b>	.230	-.198	<b>.618**</b>	.210	.101	<b>.583**</b>	<b>.411*</b>	.270	.298	.047	.233	.248	.015	-.056	-.206	.130	<b>.393*</b>
17P	.286	.332	.180	.111	.270	.053	.143	.128	.062	.324	.078	.243	-.073	-.230	.147	-.011	.286	.247	<b>-.404*</b>	.016	.317
18P	.151	-.006	.086	.048	.187	-.263	.061	-.251	.084	.098	-.031	.241	-.115	-.003	-.048	.267	.015	.052	-.187	-.080	-.104
19P	.252	.050	<b>.399*</b>	.358	<b>.462*</b>	-.153	<b>.394*</b>	.172	.141	.321	.162	.016	.119	.099	.087	.235	.175	.131	-.225	.058	.375
20P	<b>.496**</b>	.142	<b>.671**</b>	<b>.468*</b>	<b>.734**</b>	.011	.199	.176	<b>.593**</b>	.141	.048	.055	.379	.156	.299	-.034	.133	-.017	.106	<b>.381*</b>	.360
21P	.364	.339	.314	.110	.099	.222	.133	.028	<b>.412*</b>	.222	.103	.227	.000	-.208	.008	.061	.137	.241	-.094	-.045	-.146
22P	.146	.302	.161	.338	.173	-.295	.359	-.125	-.011	.352	.219	<b>.481*</b>	-.034	.065	.213	.163	.051	.034	-.300	.139	.334
23P	-.281	.320	-.016	.020	-.194	.189	.069	.148	-.032	.098	.021	-.005	-.068	.057	.127	.079	.183	.304	.133	.006	-.104
24P	.352	.029	<b>.430*</b>	.059	.294	<b>.387*</b>	.058	.283	<b>.541**</b>	.006	.258	-.015	.234	-.129	-.077	-.158	.045	-.042	-.187	-.022	<b>.451*</b>
25P	<b>.619**</b>	.348	<b>.506**</b>	.316	.041	-.245	<b>.526**</b>	.326	.038	<b>.676**</b>	<b>.537**</b>	.233	.265	.212	.195	.258	.217	.102	-.082	.094	.314
26P	<b>.566**</b>	.367	<b>.495**</b>	.293	.054	-.047	<b>.470*</b>	.361	.033	<b>.625**</b>	<b>.620**</b>	.240	.245	.147	.262	.258	.320	.133	-.079	.096	.322
27P	.297	.325	<b>.580**</b>	<b>.395*</b>	.115	-.170	.236	-.302	.284	.257	.176	.078	.021	.192	.244	.165	.008	.019	.019	.081	-.125
28P	.050	-.086	-.048	.008	.339	-.096	-.001	.191	-.056	-.021	-.051	.037	.158	.090	.011	-.013	.214	.114	-.125	.115	<b>.577**</b>
29P	.160	.366	.304	.232	-.302	.172	.301	-.225	.140	.140	.368	.108	.141	.185	.134	.229	.193	.216	.166	.047	-.093
30P	.335	.111	.370	<b>.584**</b>	<b>.486*</b>	-.261	<b>.413*</b>	.112	-.038	.378	.156	-.047	.368	.208	.220	.057	.049	-.156	.000	.221	.290
31P	-.042	<b>.508**</b>	.119	.267	-.302	.214	.342	-.225	-.117	.192	<b>.515**</b>	.257	.155	.227	<b>.395*</b>	<b>.458*</b>	.205	.153	.155	.037	-.093
32P	.176	.193	-.066	.055	.067	-.192	.061	.060	-.160	<b>.402*</b>	-.042	.136	.021	-.148	-.097	.025	.330	.210	-.245	-.001	.287
33P	.045	.252	-.082	.143	.097	-.209	.169	.059	-.355	<b>.437*</b>	-.027	-.049	-.141	-.118	.082	.114	<b>.603**</b>	<b>.424*</b>	-.244	.036	.286
34P	-.104	-.013	.136	-.125	-.125	.142	-.125	-.093	.346	-.125	.079	.142	-.104	-.156	-.167	.027	-.210	.000	-.069	-.104	-.038
35P	-.251	-.289	-.103	-.302	.065	-.068	-.302	-.225	.079	-.132	-.358	-.223	-.251	-.089	-.280	-.044	.153	.287	-.167	-.251	-.093
36P	.329	.107	.259	-.125	-.125	.341	-.125	-.093	.346	-.125	.079	-.156	-.104	-.156	-.167	-.188	.184	.184	-.069	-.104	-.038

Nota: M se refiere al cuestionario de menores; P se refiere al cuestionario para cuidadores o padres.

\* $p < .001$ ; \*\* $p < .005$

### 6.2.11. Análisis intergrupos del cuestionario DERS en el Pre-test

El cuestionario DERS fue completado por el total de los sujetos ( $N = 32$ ). Dado que este cuestionario no cuenta con puntos de corte establecidos con los que poder calcular prevalencias mediante las que establecer rangos clínicos, subclínicos y normales, se calcularon dichos puntos de corte. Estos puntos se calcularon a partir de las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las escalas del cuestionario para población general de adolescentes españoles entre 12-18 años (Gómez-Simón et al., 2014). Se consideró rango de sintomatología subclínica la media más una desviación típica y sintomatología clínica la media más dos desviaciones típicas (véase Tabla 6.2.11-A).

**Tabla 6.2.11-A**

*Puntos de corte (puntuaciones directas) para las escalas del cuestionario DERS*

Escalas	Mínimo- Máximo	$M (DT)$ MAM@	$M (DT)$ P. General	Puntos Corte (basados en población general)		
				Normal	Subclínico	Clínico
Conciencia	6-30	19.78 (4.81)	16.07 (4.39)	6-20	21-24	25-30
Impulso	6-30	13.25 (4.93)	12.80 (5.35)	6-18	19-23	24-30
No Aceptación	7-35	12.38 (5.2)	14.02 (6.18)	7-20	21-26	27-35
Metas	5-25	13.56 (4.95)	14.91 (5.05)	5-19	20-24	25
Claridad	5-25	12.56 (5.29)	9.98 (3.68)	5-13	14-17	18-25
Estrategias	7-35	13.84 (4.67)	14.94 (5.59)	7-20	21-26	27-35
Total	36-180	85.38 (24.43)	82.72 (19.40)	36-102	103-121	122-180

En función de estos puntos de corte se calcularon las prevalencias para la sintomatología clínica o subclínica de las escalas del cuestionario DERS en el Pre-test, para el total de la muestra, por servicio de procedencia y por sexos (véase Tabla 6.2.11-B). Las prevalencias se calcularon sobre el total de menores, teniendo en cuenta que PEDIMET supone el 34.4% de la muestra total, SAPMEX el 34.4% y HCUVA el 31.3%. Por su parte los chicos suponen el 46.9% de la



muestra total y las chicas el 53.1%. No se evidenciaron diferencias significativas entre servicios, pero si entre chicos y chicas para la escala de conciencia ( $X^2 = 8.416$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .139$ ), con bajo tamaño del efecto, y para la escala de desregulación emocional total ( $X^2 = 6.788$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .207$ ), con moderado tamaño del efecto, encontrándose más chicas que chicos con sintomatología clínica en ambas escalas.

**Tabla 6.2.11-B**

*Prevalencias de rango normal, clínico y subclínico en el Pre-test del cuestionario DERS, diferencias entre sexos y servicio de procedencia*

		Sexo					Servicio de procedencia				
		Total (n)	Chico (n)	Chica (n)	$X^2 (p)$	$\eta^2$	PEDIMET (n)	SAPMEX (n)	HCUVA (n)	$X^2 (p)$	$\eta^2$
Conciencia	N	56.25 (18)	31.3 (10)	25 (8)	<b>8.416</b> <b>(.015)</b>	<b>.139</b>	25 (8)	21.9 (7)	9.4 (3)	7.354 (.118)	.049
	S	21.88 (7)	15.6 (5)	6.3 (2)			3.1 (1)	3.1 (1)	15.6 (5)		
	C	21.88 (7)	-	21.9 (7)			6.3 (2)	9.4 (3)	6.3 (2)		
Impulso	N	87.5 (28)	46.9 (15)	40.6 (13)	4.034 (.133)	.110	28.1 (9)	31.3 (10)	28.1 (9)	1.977 (.740)	.036
	S	9.38 (3)	-	9.4 (3)			3.1 (1)	3.1 (1)	3.1 (1)		
	C	3.13 (1)	-	3.1 (1)			3.1 (1)	-	-		
No aceptación	N	93.75 (30)	46.9 (15)	46.9 (15)	1.882 (.170)	.059	31.3(10)	31.3(10)	31.3(10)	.970 (.616)	.030
	S	6.25 (2)	-	6.3 (2)			3.1 (1)	3.1 (1)	-		
	C	-	-	-			-	-	-		
Metas	N	84.38 (27)	40.6 (13)	43.8 (14)	.112 (.737)	.003	31.3(10)	31.3(10)	21.9 (7)	2.280 (.320)	.071
	S	15.63 (5)	6.3 (2)	9.4 (3)			3.1 (1)	3.1 (1)	9.4 (3)		
	C	-	-	-			-	-	-		
Claridad	N	71.88 (23)	40.6 (13)	31.3 (10)	3.279 (.194)	.082	25 (8)	25 (8)	21.9 (7)	2.243 (.691)	.004
	S	3.13 (1)	-	3.1 (1)			3.1 (1)	-	-		
	C	25 (8)	6.3 (2)	18.8 (6)			6.3 (2)	9.4 (3)	9.4 (3)		
Estrategias	N	90.63 (29)	46.9 (15)	43.8 (14)	2.921 (.087)	.091	31.3(10)	31.3(10)	28.1 (9)	.007 (.997)	-
	S	9.38 (3)	-	9.4 (3)			3.1 (1)	3.1 (1)	3.1 (1)		
	C	-	-	-			-	-	-		
Total	N	71.88 (23)	43.8 (14)	28.1 (9)	<b>6.788</b> <b>(.034)</b>	<b>.207</b>	25 (8)	25 (8)	21.9 (7)	.913 (.923)	.002
	S	15.63 (5)	3.1 (1)	12.5 (4)			6.3 (2)	3.1 (1)	6.3 (2)		
	C	12.5 (4)	-	12.5 (4)			3.1 (1)	6.3 (2)	3.1 (1)		

Nota: N = Rango normal; S = Rango sub-clínico; C = Rango clínico.

Los datos relativos a la frecuencia de ocurrencia de cada ítem (para toda la muestra), las medias y desviaciones típicas por servicio de procedencia y por sexo, así como su contraste estadístico se pueden apreciar en la Tabla 6.2.11-C.

Al centrarnos en las comparaciones por servicio de procedencia, no se encontraron diferencias significativas en ninguna escala del cuestionario ni en ningún ítem.

Al analizar las comparaciones por sexos, se observó que la escala Conciencia ( $t = -1.767$ ;  $p < .05$ ;  $d = .610$ ), Estrategias ( $t = -2.928$ ;  $p < .005$ ;  $d = 1.039$ ) y Total de Desregulación ( $t = -1.993$ ;  $p < .05$ ;  $d = .683$ ) fueron significativas. En todas las escalas, las chicas superaron a los chicos, con un elevado tamaño del efecto. En cuanto a los ítems, se encontraron diferencias significativas en los siguientes:

- Ítem 3. “Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control”, ( $Z = -2.05$ ;  $p < .05$ ). Las chicas destacaron sobre los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .30).
- Ítem 6. “Estoy atento/a a mis sentimientos”, ( $Z = -2.105$ ;  $p < .05$ ). Las chicas resaltaron sobre los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .445).
- Ítem 9. “Estoy confuso/a sobre lo que siento”, ( $Z = -2.054$ ;  $p < .05$ ). Las chicas superaron a los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .296).
- Ítem 10. “Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...)”, ( $Z = -2.675$ ;  $p < .01$ ). Las chicas prevalecieron sobre los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .213).
- Ítem 16. “Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a”, ( $Z = -2.082$ ;  $p < .05$ ). Las chicas superaron a los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .303).
- Ítem 22. “Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor”, ( $Z = -3.172$ ;  $p < .005$ ). Las chicas

sobresalieron por encima de los chicos con un bajo tamaño del efecto ( $PSest = .178$ ).

- Ítem 34. “Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente”, ( $Z = -2.466$ ;  $p < .05$ ). Las chicas superaron a los chicos con un moderado tamaño del efecto ( $PSest = .256$ ).

**Tabla 6.2.11-C**

*Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Pre-test para el cuestionario DERS*

Ítems	Frecuencia de los ítems para la muestra total <i>n</i> (%)				
	1. Casi nunca	2. Algunas veces	3. La mitad de las veces	4. La mayoría de las veces	5. Casi siempre
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	6 (18.75)	7 (21.88)	8 (25)	8 (25)	3 (9.38)
2. Pongo atención a cómo me siento.	3 (9.38)	9 (28.13)	10 (31.25)	7 (21.88)	3 (9.38)
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	14 (43.75)	10 (31.25)	5 (15.63)	1 (3.13)	2 (6.25)
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	17 (53.13)	5 (15.63)	4 (12.5)	4 (12.5)	2 (6.25)
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	10 (31.25)	11 (34.38)	4 (12.5)	4 (12.5)	3 (9.38)
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	5 (15.63)	7 (21.88)	6 (18.75)	9 (28.13)	5 (15.63)
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	4 (12.5)	8 (25)	7 (21.88)	6 (18.75)	7 (21.88)
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	3 (9.38)	9 (28.13)	8 (25)	7 (21.88)	5 (15.63)
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	12 (37.5)	10 (31.25)	4 (12.5)	3 (9.38)	3 (9.38)
10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	4 (12.5)	11 (34.38)	3 (9.38)	8 (25)	6 (18.75)
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	13 (40.63)	8 (25)	8 (25)	1 (3.13)	2 (6.25)
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	19 (59.38)	5 (15.63)	4 (12.5)	3 (9.38)	1 (3.13)
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	9 (28.13)	10 (31.25)	4 (12.5)	8 (25)	1 (3.13)
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	14 (43.75)	10 (31.25)	3 (9.38)	2 (6.25)	3 (9.38)
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	12 (37.5)	9 (28.13)	9 (28.13)	1 (3.13)	1 (3.13)
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	16 (50)	12 (37.5)	1 (3.13)	1 (3.13)	2 (6.25)
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	-	3 (9.38)	6 (18.75)	15 (46.88)	8 (25)

18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	5 (15.63)	9 (28.13)	8 (25)	8 (25)	2 (6.25)
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	17 (53.13)	6 (18.75)	6 (18.75)	2 (6.25)	1 (3.13)
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	4 (12.5)	6 (18.75)	5 (15.63)	12 (37.5)	5 (15.63)
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	21 (65.63)	6 (18.75)	3 (9.38)	2 (6.25)	-
22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	9 (28.13)	6 (18.75)	6 (18.75)	7 (21.88)	4 (12.5)
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	12 (37.5)	15 (46.88)	5 (15.63)	-	-
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	5 (15.63)	7 (21.88)	8 (25)	6 (18.75)	6 (18.75)
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	20 (62.5)	8 (25)	2 (6.25)	2 (6.25)	-
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	9 (28.13)	7 (21.88)	5 (15.63)	6 (18.75)	5 (15.63)
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	14 (43.75)	6 (18.75)	6 (18.75)	3 (9.38)	3 (9.38)
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	21 (65.63)	7 (21.88)	2 (6.25)	1 (3.13)	1 (3.13)
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	18 (56.25)	8 (25)	3 (9.38)	3 (9.38)	-
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	16 (50)	9 (28.13)	4 (12.5)	2 (6.25)	1 (3.13)
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	20 (62.5)	10 (31.25)	1 (3.13)	-	1 (3.13)
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	16 (50)	4 (12.5)	6 (18.75)	5 (15.63)	1 (3.13)
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	7 (21.88)	11 (34.38)	10 (31.25)	3 (9.38)	1 (3.13)
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	-	3 (9.38)	8 (25)	13 (40.63)	8 (25)
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	8 (25)	15 (46.88)	6 (18.75)	3 (9.38)	-
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	15 (46.88)	5 (15.63)	7 (21.88)	4 (12.5)	1 (3.13)

**Tabla 6.2.11-C**

*Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Pre-test para el cuestionario DERS (continuación)*

Escalas/ítem	Media (DT) por servicio				Media (DT) por sexos		
	PEDIMET	SAPMEX	HCUVA	F/H (p)	Chico	Chica	t/u (p)
Conciencia*&	19 (5.254)	19.27 (5.405)	21.2 (3.676)	.624 (.543)	18.27 (3.595)	21.12 (5.442)	<b>-1.767 (.044)</b>
Impulso*&	13.45 (6.393)	12.09 (4.549)	14.3 (3.561)	.522 (.599)	12.4 (3.18)	14 (6.093)	-0.946 (.177)
No Aceptación	13.73 (1.706)	12.73 (1.815)	10.50 (1.057)	1.765 (.414)	11.13 (3.720)	13.47 (6.135)	-0.970 (.350)
Metas*	13.64 (4.225)	12.73 (5.605)	14.4 (5.296)	.287 (.753)	12.87 (4.34)	14.18 (5.491)	-0.741 (.232)
Claridad	11.91 (1.310)	12.45 (1.708)	13.4 (1.962)	.136 (.934)	10.67 (1.063)	14.24 (5.75)	-1.953 (.053)
Estrategias*	13.55 (5.41)	13.45 (4.251)	14.6 (4.671)	.181 (.835)	11.53 (3.543)	15.88 (4.689)	<b>-2.928 (.003)</b>
Total*&	85.27 (26.695)	82.73 (27.957)	88.4 (19.438)	.133 (.876)	76.87 (16.331)	92.88 (28.211)	<b>-1.993 (.028)</b>
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	3 (1.183)	3.09 (1.136)	2.4 (1.506)	1.754 (.416)	2.53 (1.356)	3.12 (1.166)	-1.277 (.201)
2. Pongo atención a cómo me siento.	2.73 (0.786)	2.82 (1.401)	3.3 (1.16)	1.888 (.389)	2.73 (1.1)	3.12 (1.166)	-0.917 (.359)
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	1.82 (0.874)	2.36 (1.502)	1.7 (0.949)	1.188 (.552)	1.47 (0.516)	2.41 (1.372)	<b>-2.05 (.04)</b>
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1.64 (0.809)	1.82 (1.25)	2.7 (1.703)	2.473 (.29)	1.73 (1.1)	2.29 (1.49)	-1.028 (.304)
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	2.45 (1.214)	2.09 (1.221)	2.5 (1.581)	.547 (.761)	2.13 (1.302)	2.53 (1.328)	-0.982 (.326)
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	2.91 (1.375)	2.64 (1.502)	3.7 (0.949)	3.357 (.187)	2.93 (1.387)	3.18 (1.334)	-0.541 (.588)
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	2.82 (1.401)	3.09 (1.446)	3.5 (1.269)	1.265 (.531)	2.6 (1.242)	3.59 (1.326)	<b>-2.105 (.035)</b>
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	2.91 (1.3)	2.64 (1.286)	3.7 (0.949)	4.331 (.115)	2.87 (1.246)	3.24 (1.251)	-0.814 (.415)
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	2 (1.095)	2.36 (1.567)	2.3 (1.337)	.279 (.87)	1.67 (0.816)	2.71 (1.49)	<b>-2.054 (.04)</b>

10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	2.82 (1.662)	3.36 (1.206)	2.9 (1.287)	1.034 (.596)	2.33 (1.175)	3.65 (1.272)	<b>-2.675 (.007)</b>
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2 (0.775)	2.64 (1.567)	1.6 (0.843)	3.023 (.221)	1.87 (1.125)	2.29 (1.213)	-1.133 (.257)
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	2.09 (1.3)	2.09 (1.375)	1.2 (0.422)	3.557 (.169)	1.6 (0.986)	2 (1.323)	-.874 (.382)
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	2.36 (1.027)	2.45 (1.368)	2.5 (1.434)	.002 (.999)	2.2 (1.014)	2.65 (1.412)	-.822 (.411)
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	2.18 (1.328)	1.64 (1.206)	2.4 (1.35)	2.961 (.227)	2.13 (1.187)	2 (1.414)	-.743 (.458)
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1.64 (0.809)	1.91 (1.044)	2.7 (1.059)	5.776 (.056)	1.87 (0.834)	2.24 (1.2)	-.775 (.439)
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1.91 (1.221)	1.91 (1.375)	1.5 (0.527)	.307 (.858)	1.33 (0.488)	2.18 (1.334)	<b>-2.082 (.037)</b>
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	3.82 (0.874)	3.82 (0.982)	4 (0.943)	.371 (.831)	4 (0.845)	3.76 (0.97)	-.707 (.48)
18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	3 (1)	2.55 (1.368)	2.8 (1.229)	.819 (.664)	2.67 (0.9)	2.88 (1.409)	-.486 (.627)
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	2 (1.342)	1.55 (1.036)	2.1 (0.994)	2.314 (.314)	1.93 (1.033)	1.82 (1.237)	-.557 (.577)
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	3.27 (1.104)	3.09 (1.446)	3.4 (1.43)	.311 (.856)	3 (1.363)	3.47 (1.231)	-.939 (.348)
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	1.91 (1.044)	1.55 (0.934)	1.2 (0.632)	4.128 (.127)	1.4 (0.737)	1.71 (1.047)	-.874 (.382)



22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	2.64 (1.567)	2.82 (1.471)	2.7 (1.337)	.122 (.941)	1.87 (0.99)	3.47 (1.328)	<b>-3.172 (.002)</b>
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	2 (0.632)	1.73 (0.905)	1.6 (0.516)	1.898 (.387)	1.6 (0.632)	1.94 (0.748)	-1.317 (.188)
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	2.91 (1.446)	2.64 (1.433)	3.6 (1.075)	2.763 (.251)	3 (1.254)	3.06 (1.478)	-.193 (.847)
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	1.64 (0.924)	1.45 (0.934)	1.6 (0.843)	.627 (.731)	1.6 (0.737)	1.53 (1.007)	-.79 (.43)
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	2.55 (1.44)	2.36 (1.433)	3.3 (1.494)	2.45 (.294)	2.67 (1.447)	2.76 (1.522)	-.155 (.877)
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	2.18 (1.079)	2.09 (1.578)	2.4 (1.506)	.467 (.792)	2.07 (1.223)	2.35 (1.498)	-.358 (.721)
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	1.82 (1.401)	1.45 (0.688)	1.4 (0.699)	.222 (.895)	1.33 (0.816)	1.76 (1.091)	-1.549 (.121)
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2.09 (1.221)	1.55 (0.934)	1.5 (0.707)	1.648 (.439)	1.53 (0.743)	1.88 (1.166)	-.673 (.501)
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	2 (1.095)	1.73 (0.905)	1.8 (1.317)	.534 (.766)	1.53 (0.743)	2.12 (1.269)	-1.31 (.19)
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	1.36 (0.505)	1.45 (0.522)	1.7 (1.337)	.181 (.914)	1.33 (0.617)	1.65 (0.996)	-1.086 (.278)
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	2.36 (1.502)	1.82 (1.168)	2.1 (1.197)	.979 (.613)	1.8 (1.014)	2.35 (1.455)	-.996 (.319)
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	2.45 (0.934)	2.27 (1.191)	2.4 (1.075)	.448 (.799)	2.33 (0.976)	2.41 (1.121)	-.138 (.89)

34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	3.82 (0.874)	4 (0.775)	3.6 (1.174)	.676 (.713)	3.4 (0.828)	4.18 (0.883)	<b>-2.466 (.014)</b>
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	1.91 (0.831)	2.36 (1.027)	2.1 (0.876)	1.078 (.583)	1.8 (0.676)	2.41 (1.004)	-1.776 (.076)
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	2.27 (1.191)	1.55 (1.036)	2.5 (1.354)	3.885 (.143)	2 (1.254)	2.18 (1.237)	-.402 (.688)

*Nota:* \* Se empleó t de Student en lugar de U de Man Whitney y F de Snedecor en lugar de H de Kruskal Wallis por distribuirse las variables de forma normal.

& No se asumieron varianzas iguales por resultar significativa la prueba de Levene.

### 6.2.12. *Análisis intergrupos del cuestionario DERS en el Post-test*

El cuestionario DERS fue completado por un total de  $N = 31$  de los menores. No se pudo obtener la respuesta de una chica perteneciente al grupo PEDIMET. Se calcularon las prevalencias para la sintomatología clínica o subclínica de las escalas del cuestionario DERS en el Post-test, para el total de la muestra, por servicio de procedencia y por sexos (véase Tabla 6.2.12-A), siguiendo los puntos basados en la media y desviación típica para población general, descritos en el apartado anterior. Las prevalencias se calcularon sobre el total de sujetos, teniendo en cuenta que PEDIMET supone el 32.3% de la muestra total, SAPMEX el 35.5% y HCUVA el 32.3%. Por su parte los chicos suponen el 48.4% de la muestra total y las chicas el 51.6%.

No se encontraron diferencias significativas entre servicios, pero si entre chicos y chicas para la escala de claridad ( $X^2 = 6.775$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .215$ ), con moderado tamaño del efecto, escala de estrategias ( $X^2 = 5.589$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .180$ ), con bajo tamaño del efecto, y para la escala de desregulación emocional total ( $X^2 = 7.278$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .223$ ), con moderado tamaño del efecto, encontrándose más chicas que chicos con sintomatología clínica en las tres escalas.

**Tabla 6.2.12-A**

*Prevalencias de rango normal, clínico y subclínico en el Post-test del cuestionario DERS, diferencias entre sexos y servicio de procedencia*

		Sexo					Servicio de procedencia				
		Total (n)	Chico (n)	Chica (n)	$\chi^2 (p)$	$\eta^2$	PEDIMET (n)	SAPMEX (n)	HCUVA (n)	$\chi^2 (p)$	$\eta^2$
Conciencia	N	61,29 (19)	35.5 (11)	25.8 (8)	1.929 (.381)	.036	19.4 (6)	22.6 (7)	19.4 (6)	.737 (.947)	.002
	S	22,58 (7)	6.5 (2)	16.1 (5)			9.7 (3)	6.5 (2)	6.5 (2)		
	C	16,13 (5)	6.5 (2)	9.7 (3)			3.2 (1)	6.5 (2)	6.5 (2)		
Impulso	N	87,1 (27)	45.2 (14)	51.9 (13)	2.007 (.367)	.052	25.8 (8)	35.5 (11)	25.8 (8)	2.526 (.640)	.072
	S	6,45 (2)	3.2 (1)	3.2 (1)			3.2 (1)	-	3.2 (1)		
	C	6,45 (2)	-	6.5 (2)			3.2 (1)	-	3.2 (1)		
No aceptación	N	80,65 (25)	41.9 (13)	38.7 (12)	1.209 (.546)	.033	25.8 (8)	29 (9)	25.8 (8)	2.345 (.673)	.005
	S	16,13 (5)	6.5 (2)	9.7 (3)			6.5 (2)	3.2 (1)	6.5 (2)		
	C	3,23 (1)	-	3.2 (1)			-	3.2 (1)	-		
Metas	N	83,87 (26)	45.2 (14)	38.7 (12)	1.924 (.165)	.062	25.8 (8)	32.3(10)	25.8 (8)	.624 (.732)	.020
	S	16,13 (5)	3.2 (1)	12.9 (4)			6.5 (2)	3.2 (1)	6.5 (2)		
	C	-	-	-			-	-	-		
Claridad	N	64,52 (20)	41.9 (13)	22.6 (7)	<b>6.775 (.034)</b>	<b>.215</b>	16.1 (5)	22.6 (7)	25.8 (8)	7.630 (.106)	.003
	S	25,81 (8)	6.5 (2)	19.4 (6)			16.1 (5)	9.7 (3)	-		
	C	9,68 (3)	-	9.7 (3)			-	3.2 (1)	6.5 (2)		
Estrategias	N	83,87 (26)	48.4 (15)	35.5 (11)	<b>5.589 (.018)</b>	<b>.180</b>	25.8 (8)	29 (9)	29 (9)	.423 (.809)	.013
	S	16,13 (5)	-	16.1 (5)			6.5 (2)	6.5 (2)	3.2 (1)		
	C	-	-	-			-	-	-		
Total	N	70,97 (22)	45.2 (14)	25.8 (8)	<b>7.278 (.026)</b>	<b>.223</b>	25.8 (8)	22.6 (7)	22.6 (7)	5.948 (.203)	-
	S	19,35 (6)	3.2 (1)	16.1 (5)			-	12.9 (4)	6.5 (2)		
	C	9,68 (3)	-	9.7 (3)			6.5 (2)	-	3.2 (1)		

Nota: N = Rango normal; S = Rango sub-clínico; C = Rango clínico.

Los datos relativos a la frecuencia de ocurrencia de cada ítem (para toda la muestra), las medias y desviaciones típicas por servicio de procedencia y por sexo, así como su contraste estadístico se reflejan en la Tabla 6.2.12-B.

Al centrarnos en las comparaciones por servicio de procedencia, no se detectaron diferencias significativas en ninguna escala del cuestionario ni en ningún ítem. Al centrarnos en las comparaciones por sexos, se observó que la escala Metas ( $t = -1.762$ ;  $p < .05$ ;  $d = .633$ ), Estrategias ( $t = -2.662$ ;  $p < .01$ ;  $d = .940$ ) y Total de Desregulación ( $t = -1.92$ ;  $p < .05$ ;  $d = .682$ ) fueron significativas. En todas las escalas, las chicas superaron a los chicos, con un elevado tamaño del efecto. En cuanto a los ítems, se encontraron diferencias significativas en los siguientes:

- Ítem 7. “Sé exactamente cómo me estoy sintiendo”, ( $Z = -2.22$ ;  $p < .05$ ). Las chicas se situaron por encima de los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .272).
- Ítem 13. “Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo”, ( $Z = -2.14$ ;  $p < .05$ ). Las chicas superaron a los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .283).
- Ítem 22. “Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor”, ( $Z = -2.584$ ;  $p < .01$ ). Las chicas prevalecieron sobre los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .235).
- Ítem 28. “Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor”, ( $Z = -2.186$ ;  $p < .05$ ). Las chicas destacaron sobre los chicos con un moderado tamaño del efecto (PSest = .291).

**Tabla 6.2.12-B**

*Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Post-test para el cuestionario DERS*

Ítems	Frecuencia de los ítems para la muestra total <i>n</i> (%)				
	1. Casi nunca	2. Algunas veces	3. La mitad de las veces	4. La mayoría de las veces	5. Casi siempre
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	10 (32.26)	8 (25.81)	4 (12.9)	6 (19.35)	3 (9.68)
2. Pongo atención a cómo me siento.	4 (12.9)	9 (29.03)	5 (16.13)	10 (32.26)	3 (9.68)
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	12 (38.71)	11 (35.48)	5 (16.13)	2 (6.45)	1 (3.23)
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	17 (54.84)	5 (16.13)	4 (12.9)	3 (9.68)	2 (6.45)
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	14 (45.16)	6 (19.35)	5 (16.13)	5 (16.13)	1 (3.23)
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	6 (19.35)	8 (25.81)	7 (22.58)	6 (19.35)	4 (12.9)
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	10 (32.26)	7 (22.58)	3 (9.68)	7 (22.58)	4 (12.9)
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	6 (19.35)	9 (29.03)	7 (22.58)	4 (12.9)	5 (16.13)
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	17 (54.84)	5 (16.13)	4 (12.9)	3 (9.68)	2 (6.45)
10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	9 (29.03)	9 (29.03)	6 (19.35)	2 (6.45)	5 (16.13)
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	17 (54.84)	6 (19.35)	2 (6.45)	5 (16.13)	1 (3.23)
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	19 (61.29)	3 (9.68)	4 (12.9)	3 (9.68)	2 (6.45)
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	12 (38.71)	7 (22.58)	6 (19.35)	3 (9.68)	3 (9.68)
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	16 (51.61)	5 (16.13)	5 (16.13)	4 (12.9)	1 (3.23)
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	16 (51.61)	4 (12.9)	4 (12.9)	7 (22.58)	-
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	16 (51.61)	7 (22.58)	2 (6.45)	4 (12.9)	2 (6.45)
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	3 (9.68)	4 (12.9)	4 (12.9)	12 (38.71)	8 (25.81)

18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	8 (25.81)	4 (12.9)	9 (29.03)	7 (22.58)	3 (9.68)
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	20 (64.52)	5 (16.13)	2 (6.45)	3 (9.68)	1 (3.23)
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	6 (19.35)	6 (19.35)	4 (12.9)	8 (25.81)	7 (22.58)
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	21 (67.74)	4 (12.9)	2 (6.45)	3 (9.68)	1 (3.23)
22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	7 (22.58)	6 (19.35)	10 (32.26)	5 (16.13)	3 (9.68)
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	18 (58.06)	5 (16.13)	5 (16.13)	1 (3.23)	2 (6.45)
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	7 (22.58)	7 (22.58)	4 (12.9)	6 (19.35)	7 (22.58)
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	18 (58.06)	4 (12.9)	4 (12.9)	5 (16.13)	-
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	12 (38.71)	4 (12.9)	5 (16.13)	5 (16.13)	5 (16.13)
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	15 (48.39)	6 (19.35)	5 (16.13)	3 (9.68)	2 (6.45)
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	17 (54.84)	8 (25.81)	2 (6.45)	3 (9.68)	1 (3.23)
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	19 (61.29)	5 (16.13)	4 (12.9)	3 (9.68)	-
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	20 (64.52)	5 (16.13)	2 (6.45)	4 (12.9)	-
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	25 (80.65)	3 (9.68)	2 (6.45)	1 (3.23)	-
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	15 (48.39)	6 (19.35)	7 (22.58)	3 (9.68)	-
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	14 (45.16)	7 (22.58)	6 (19.35)	3 (9.68)	1 (3.23)
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	1 (3.23)	6 (19.35)	7 (22.58)	6 (19.35)	11 (35.48)
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	9 (29.03)	11 (35.48)	7 (22.58)	4 (12.9)	-
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	15 (48.39)	8 (25.81)	1 (3.23)	6 (19.35)	1 (3.23)

**Tabla 6.2.12-B**

*Frecuencia de los ítems y contraste de medias (DT) por servicio de procedencia y sexos en el Post-test para el cuestionario DERS (continuación)*

Escalas/ítem	Media (DT) por servicio				Media (DT) por sexos		
	PEDIMET	SAPMEX	HCUVA	F/H (p)	Chico	Chica	t/u (p)
Conciencia*	17.9 (5.021)	17.45 (6.203)	19.6 (4.671)	.457 (.638)	17.33 (4.85)	19.19 (5.648)	-.978 (.168)
Impulso*	13.3 (7.732)	10.27 (3.717)	14.7 (5.355)	1.624 (.215)	11.53 (4.486)	13.75 (6.943)	-1.048 (.152)
No Aceptación	13.9 (7.593)	11.82 (8.023)	12.2 (6.106)	.464 (.793)	11.27 (5.837)	13.88 (8.139)	-1 (.317)
Metas*	12 (6.307)	11.82 (5.564)	14.7 (5.376)	.801 (.459)	11 (5.72)	14.5 (5.342)	<b>-1.762 (.044)</b>
Claridad	10.5 (5.083)	10.36 (5.938)	12.7 (5.716)	.880 (.644)	9.13 (3.852)	13.06 (6.255)	-1.948 (.051)
Estrategias*&	13.5 (7.292)	13.64 (6.297)	15.3 (5.165)	.255 (.776)	11.4 (3.738)	16.69 (6.945)	<b>-2.662 (.007)</b>
Total*&	81.1 (36.376)	75.36 (29.676)	89.2 (22.739)	.556 (.580)	71.67 (22.658)	91.06 (32.941)	<b>-1.92 (.033)</b>
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	2.2 (1.476)	2.45 (1.368)	2.8 (1.398)	1.19 (.552)	2.13 (1.302)	2.81 (1.424)	-1.345 (.178)
2. Pongo atención a cómo me siento.	2.6 (1.35)	2.82 (1.25)	3.5 (1.08)	2.668 (.263)	2.6 (1.242)	3.31 (1.195)	-1.594 (.111)
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	2.1 (1.101)	1.55 (0.522)	2.4 (1.35)	2.588 (.274)	1.8 (0.862)	2.19 (1.223)	-.774 (.439)
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1.8 (1.033)	1.73 (1.348)	2.4 (1.506)	1.87 (.393)	1.67 (1.113)	2.25 (1.438)	-1.281 (.200)
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	2.3 (1.252)	1.82 (1.25)	2.3 (1.337)	1.146 (.564)	1.8 (1.146)	2.44 (1.315)	-1.485 (.138)
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	2.9 (0.994)	2.45 (1.508)	3.1 (1.449)	1.609 (.447)	2.53 (1.187)	3.06 (1.436)	-.991 (.322)
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	2.3 (1.337)	2.55 (1.572)	3 (1.563)	1.233 (.54)	2 (1.195)	3.19 (1.515)	<b>-2.22 (.026)</b>
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	2.9 (1.287)	2.45 (1.508)	3 (1.333)	1.436 (.488)	2.67 (1.113)	2.88 (1.586)	-.203 (.839)
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1.9 (1.101)	1.82 (1.328)	2.2 (1.549)	.441 (.802)	1.53 (0.915)	2.38 (1.5)	-1.629 (.103)



10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	2.8 (1.619)	2.36 (1.206)	2.4 (1.506)	.369 (.831)	2.47 (1.457)	2.56 (1.413)	-.245 (.807)
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1.8 (1.229)	1.82 (1.328)	2.2 (1.317)	1.006 (.605)	1.67 (1.047)	2.19 (1.424)	-.914 (.361)
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	2.3 (1.494)	1.82 (1.401)	1.6 (1.075)	1.237 (.539)	1.8 (1.146)	2 (1.506)	-.135 (.892)
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	2.1 (1.524)	2.36 (1.286)	2.4 (1.35)	.699 (.705)	1.8 (1.207)	2.75 (1.342)	<b>-2.14 (.032)</b>
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	2.2 (1.476)	1.45 (0.688)	2.4 (1.35)	2.736 (.255)	2.07 (1.163)	1.94 (1.34)	-.449 (.653)
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1.9 (1.287)	1.91 (1.221)	2.4 (1.35)	.982 (.612)	1.6 (0.986)	2.5 (1.366)	-1.932 (.053)
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	2 (1.414)	2.09 (1.375)	1.9 (1.287)	.014 (.993)	1.53 (1.06)	2.44 (1.413)	-1.909 (.056)
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	3.3 (1.252)	3.73 (1.489)	3.7 (1.16)	1.064 (.587)	3.6 (1.298)	3.56 (1.315)	-.124 (.902)
18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	2.5 (1.509)	2.64 (1.362)	3.2 (1.135)	1.524 (.467)	2.33 (1.397)	3.19 (1.167)	-1.769 (.077)
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	2 (1.491)	1.27 (0.647)	1.9 (1.197)	2.442 (.295)	1.53 (0.915)	1.88 (1.36)	-.487 (.626)
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	3 (1.491)	2.64 (1.286)	3.8 (1.549)	3.788 (.150)	2.93 (1.624)	3.31 (1.352)	-.627 (.531)
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	1.8 (1.033)	1.64 (1.433)	1.6 (1.075)	1.268 (.53)	1.6 (0.986)	1.75 (1.342)	-.048 (.962)

22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	2.5 (1.509)	2.82 (1.25)	2.8 (1.135)	.403 (.818)	2.13 (1.125)	3.25 (1.183)	<b>-2.584 (.010)</b>
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	1.9 (1.101)	1.82 (1.328)	1.8 (1.317)	.248 (.883)	1.47 (0.834)	2.19 (1.424)	-1.617 (.106)
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	2.8 (1.814)	2.82 (1.471)	3.3 (1.337)	.717 (.699)	2.6 (1.454)	3.31 (1.537)	-1.414 (.157)
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	2.3 (1.252)	1.73 (1.191)	1.6 (1.075)	2.096 (.351)	1.73 (1.163)	2 (1.211)	-775 (.438)
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	2.5 (1.65)	2.27 (1.348)	3 (1.7)	1.047 (.592)	2.2 (1.612)	2.94 (1.436)	-1.539 (.124)
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	2.1 (1.524)	1.64 (0.809)	2.5 (1.434)	2.04 (.361)	1.67 (0.976)	2.44 (1.459)	-1.542 (.123)
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	1.8 (1.229)	1.73 (1.272)	1.9 (0.994)	.7 (.705)	1.33 (0.617)	2.25 (1.342)	<b>-2.186 (.029)</b>
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2.1 (1.287)	1.36 (0.674)	1.7 (1.059)	1.928 (.381)	1.67 (0.976)	1.75 (1.125)	-.045 (.964)
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	1.7 (1.059)	1.64 (1.206)	1.7 (1.059)	.235 (.889)	1.33 (0.617)	2 (1.317)	-1.346 (.178)
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	1.4 (0.699)	1.09 (0.302)	1.5 (1.08)	1.423 (.491)	1.13 (0.516)	1.5 (0.894)	-1.635 (.102)
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	2.1 (1.197)	1.55 (0.82)	2.2 (1.135)	2.256 (.324)	1.87 (0.99)	2 (1.155)	-.212 (.832)

33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	1.9 (1.101)	1.91 (1.044)	2.3 (1.418)	.457 (.796)	1.73 (1.163)	2.31 (1.138)	-1.614 (.107)
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	3.4 (1.35)	3.64 (1.362)	3.9 (1.101)	.649 (.723)	3.47 (1.356)	3.81 (1.167)	-.676 (.499)
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	2.1 (1.197)	2.18 (0.982)	2.3 (0.949)	.364 (.833)	2 (0.926)	2.38 (1.088)	-.969 (.332)
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	1.8 (1.229)	1.82 (1.168)	2.5 (1.434)	2.202 (.332)	1.67 (1.113)	2.38 (1.36)	-1.489 (.136)

*Nota:* \* Se empleó t de Student en lugar de U de man Whitney y F de Snedecor en lugar de H de Kruskal Wallis por distribuirse las variables de forma normal.

& No se asumieron varianzas iguales por resultar significativa la prueba de Levene.

### 6.2.13. *Análisis intragrupos del cuestionario DERS. Eficacia de la intervención MAM@*

Los análisis intragrupo (cambios entre el pre-test y el post-test), relacionados con la eficacia de la intervención MAM@, se realizaron teniendo en cuenta a los  $N = 31$  sujetos ( $n = 16$  chicas;  $n = 15$  chicos) de los que se pudieron conseguir los cuestionarios en ambos momentos temporales ( $n = 10$  PEDIMET;  $n = 11$  SAPMEX;  $n = 10$  HCUVA).

Se debe tener en cuenta, a la hora de relacionar estos resultados, que  $n = 1$  chica del grupo PEDIMET no completó el cuestionario DERS online en el post-test (aunque si finalizó la intervención), y que, por lo tanto, los estadísticos calculados en este apartado, tanto del grupo chicas como del grupo PEDIMET, variarán ligeramente con respecto al apartado 6.2.11 de análisis intergrupos del cuestionario DERS en el pre-test, el cual se realizó con  $N = 32$  sujetos.

Los datos relativos a la eficacia de la intervención MAM@, para las diferentes escalas del cuestionario DERS en función del total de la muestra, los servicios de procedencia y los sexos, se presentan en la Tabla 6.2.13-A. En la mayoría de las escalas, en todos los grupos se hallaron reducciones en las puntuaciones medias entre el pre-test y el post-test.

Dentro del grupo total, se observaron reducciones estadísticamente significativas en las escalas de Falta de Conciencia Emocional ( $t = 1.733$ ;  $p < .05$ ;  $d = .318$ ), y Falta de Claridad Emocional ( $z = -2.125$ ;  $p < .05$ ;  $d = .381$ ), con tamaños del efecto moderados. Dentro del grupo chicos, se encontraron reducciones significativas en la escala de Dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado ( $t = 2.241$ ;  $p < .05$ ;  $d = .579$ ) con elevado tamaño del efecto.

No se hallaron reducciones significativas en las puntuaciones medias del grupo de chicas, PEDIMET, SAPMEX y HCUVA.

**Tabla 6.2.13-A**

*Análisis intragrupos de las escalas DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia*

Escalas	Grupo total ( <i>n</i> = 31)				Chicos ( <i>n</i> = 15)				Chicas ( <i>n</i> = 16)			
	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>
Conciencia	19.52 (4.654)	18.29 (5.274)	<b>1.733 (.047)</b>	<b>.31</b> <b>8</b>	18.27 (3.595)	17.33 (4.85)	.841 (.207)	.21 7	20.69 (5.313)	19.19 (5.648)	1.627 (.062)	.407
Impulso	12.84 (4.428)	12.68 (5.896)	.242 (.405)	.04 3	12.4 (3.18)	11.53 (4.486)	1.033 (.159)	.26 7	13.25 (5.422)	13.75 (6.943)	-.490 (.316)	.123
No Aceptación *	12.29 (5.267)	12.61 (7.126)	-.331 (.740)	.05 9	11.13 (3.720)	11.27 (5.837)	-.045 (.964)	.01 1	13.38 (6.323)	13.88 (8.139)	-.409 (.683)	.102
Metas	13.42 (4.965)	12.81 (5.718)	.85 (.201)	.15 3	12.87 (4.34)	11 (5.72)	<b>2.241 (0.21)</b>	<b>.57</b> <b>9</b>	13.94 (5.579)	14.5 (5.342)	-.510 (.309)	.128
Claridad*	12.61 (5.371)	11.16 (5.52)	<b>-2.125</b> <b>(.034)</b>	<b>.38</b> <b>1</b>	10.67 (1.063)	9.13 (3.852)	-1.509 (.131)	.38 9	14.44 (5.876)	13.06 (6.255)	-1.362 (.173)	.340
Estrategias	13.74 (4.719)	14.13 (6.152)	-.575 (.285)	.10 3	11.53 (3.543)	11.4 (3.738)	.153 (.440)	.04 0	15.81 (4.833)	16.69 (6.945)	-.851 (.204)	.213
Total	84.42 (24.225)	81.68 (29.652)	1.08 (.144)	.19 4	76.87 (16.331)	71.67 (22.658)	1.527 (.074)	.39 4	91.5 (28.535)	91.06 (32.941)	.117 (.454)	.029

*Nota:* \* Se empleó Wilcoxon en lugar de *t* de Student y *r* en lugar de *d* de Cohen por distribuirse las variables de forma asimétrica.

**Tabla 6.2.13-A**

*Análisis intragrupos de las escalas DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia (continuación)*

Escalas	PEDIMET ( <i>n</i> = 10)				SAPMEX ( <i>n</i> = 11)				HCUVA ( <i>n</i> = 10)			
	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>t/z</i> ( <i>p</i> )	<i>d/r</i>
Conciencia	18.1 (4.557)	17.9 (5.021)	.163 (.437)	.05 2	19.27 (5.405)	17.45 (6.203)	1.789 (.052)	.53 9	21.2 (3.676)	19.6 (4.671)	1.072 (.156)	.339
Impulso	12.2 (5.116)	13.3 (7.732)	-.828 (.215)	.26 2	12.09 (4.549)	10.27 (3.717)	1.758 (.055)	.53 0	14.3 (3.561)	14.7 (5.355)	-.408 (.346)	.129
No Aceptación *	13.6 (5.948)	13.9 (7.593)	0 (1)	-	12.73 (1.815)	11.82 (8.023)	-.594 (.553)	.17 9	10.50 (1.057)	12.2 (6.106)	-1.191 (.234)	.376
Metas	13.2 (4.185)	12 (6.307)	.802 (.222)	.25 4	12.73 (5.605)	11.82 (5.564)	.673 (.258)	.20 3	14.4 (5.296)	14.7 (5.376)	-.345 (.369)	.109
Claridad*	12 (4.57)	10.5 (5.083)	-1.442 (.149)	.45 6	12.45 (1.708)	10.36 (5.938)	-1.698 (.090)	.51 1	13.4 (1.962)	12.7 (5.716)	.543 (.587)	.171
Estrategias	13.2 (5.574)	13.5 (7.292)	-.220 (.416)	.07 0	13.45 (4.251)	13.64 (6.297)	-.155 (.440)	.04 7	14.6 (4.671)	15.3 (5.165)	-.664 (.262)	.210
Total	82.3 (26.149)	81.1 (36.376)	.224 (.414)	.07 1	82.73 (27.957)	75.36 (29.676)	1.756 (.055)	.52 9	88.4 (19.438)	89.2 (22.739)	-.230 (.412)	.073

*Nota: \* Se empleó Wilcoxon en lugar de t de Student y r en lugar de d de Cohen por distribuirse las variables de forma asimétrica.*

Los datos relativos a la eficacia de la intervención MAM@, para los ítems del cuestionario DERS en función del total de la muestra, los servicios de procedencia y los sexos, se presentan en la Tabla 6.2.13-B. En la mayoría de los ítems, en todos los grupos se observaron reducciones en las puntuaciones medias entre el pre-test y el post-test.

Dentro del grupo total, se hallaron reducciones estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en el ítem 7 “Sé exactamente cómo me estoy sintiendo”, ( $Z = -2.014$ ;  $p < .05$ ;  $r = .361$ ), con un tamaño del efecto moderado. Esto indica un empeoramiento en este ítem entre el pre-test y el post-test.

Dentro del grupo de chicos, se encontraron reducciones estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en el ítem 33 “Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa”, ( $Z = -2.31$ ;  $p < .05$ ;  $r = .596$ ) con un tamaño del efecto elevado.

Dentro del grupo de chicas, se evidenciaron reducciones estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en el ítem 10 “Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...)”, ( $Z = -2.345$ ;  $p < .05$ ;  $r = .586$ ), y aumentos significativos en el ítem 25 “Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera”, ( $Z = -2.07$ ;  $p < .05$ ;  $r = .517$ ), con un tamaño del efecto elevado. Esto indicaría un empeoramiento en estos ítems.

Dentro del grupo HCUVA, se encontraron aumentos significativos en las puntuaciones medias entre el pre-test y el post-test en el ítem 3 “Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control”, ( $Z = -2.07$ ;  $p < .05$ ;  $r = .654$ ), con un tamaño del efecto elevado. Esto indicaría un empeoramiento en el ítem.

No se constató significación estadística dentro del grupo PEDIMET ni dentro del grupo SAPMEX.

**Tabla 6.2.13-B**

*Análisis intragrupos de los ítems DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia*

Ítems	Grupo total ( <i>n</i> = 31)				Chicos ( <i>n</i> = 15)				Chicas ( <i>n</i> = 16)			
	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	2.81 (1.276)	2.48 (1.387)	-1.664 (.096)	.298	2.53 (1.356)	2.13 (1.302)	-1.196 (.232)	.308	3.06 (1.181)	2.81 (1.424)	- 1.027 (.305)	.256
2. Pongo atención a cómo me siento.	2.9 (1.136)	2.97 (1.251)	-.338 (.735)	.060	2.73 (1.1)	2.6 (1.242)	-.443 (.658)	.114	3.06 (1.181)	3.31 (1.195)	- 1.265 (.206)	.316
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	1.94 (1.153)	2 (1.065)	-.813 (.416)	.146	1.47 (0.516)	1.8 (0.862)	-1.406 (.160)	.363	2.38 (1.408)	2.19 (1.223)	0 (1)	-
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	2.06 (1.34)	1.97 (1.303)	-.447 (.655)	.080	1.73 (1.1)	1.67 (1.113)	-.276 (.783)	.071	2.38 (1.5)	2.25 (1.438)	-.351 (.726)	.087
5. Me cuesta entender mis sentimientos.	2.35 (1.33)	2.13 (1.258)	-1.084 (.278)	.194	2.13 (1.302)	1.8 (1.146)	-1.155 (.248)	.298	2.56 (1.365)	2.44 (1.315)	-.368 (.713)	.092
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	3.03 (1.354)	2.81 (1.327)	-.729 (.466)	.130	2.93 (1.387)	2.53 (1.187)	-.94 (.347)	.242	3.13 (1.36)	3.06 (1.436)	-.105 (.917)	.026
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	3.13 (1.384)	2.61 (1.476)	<b>-2.014</b> <b>(.044)</b>	<b>.361</b>	2.6 (1.242)	2 (1.195)	-1.511 (.131)	.390	3.63 (1.36)	3.19 (1.515)	- 1.294 (.196)	.323
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	3 (1.211)	2.77 (1.359)	-.798 (.425)	.143	2.87 (1.246)	2.67 (1.113)	-.438 (.661)	.113	3.13 (1.204)	2.88 (1.586)	-.612 (.541)	.153



9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	2.26 (1.316)	1.97 (1.303)	-1.476 (.140)	.265	1.67 (0.816)	1.53 (0.915)	-.513 (.608)	.132	2.81 (1.471)	2.38 (1.5)	- 1.512 (.131)	.378
10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	2.97 (1.354)	2.52 (1.411)	-1.465 (.143)	.263	2.33 (1.175)	2.47 (1.457)	-.072 (.943)	.018	3.56 (1.263)	2.56 (1.413)	- <b>2.345</b> <b>(.019)</b>	<b>.586</b>
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	2.06 (1.181)	1.94 (1.263)	-.538 (.591)	.096	1.87 (1.125)	1.67 (1.047)	-.586 (.558)	.151	2.25 (1.238)	2.19 (1.424)	-.289 (.773)	.072
12. Cuando estoy molesto/a, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1.84 (1.186)	1.9 (1.326)	-.367 (.714)	.065	1.6 (0.986)	1.8 (1.146)	-.641 (.521)	.165	2.06 (1.34)	2 (1.506)	-.577 (.564)	.144
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	2.48 (1.235)	2.29 (1.346)	-.91 (.363)	.163	2.2 (1.014)	1.8 (1.207)	-1.604 (.109)	.414	2.75 (1.39)	2.75 (1.342)	-.106 (.916)	.026
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	2 (1.265)	2 (1.238)	-.59 (.555)	.105	2.13 (1.187)	2.07 (1.163)	-.175 (.861)	.045	1.88 (1.36)	1.94 (1.34)	-.702 (.483)	.175
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	2.06 (1.063)	2.06 (1.263)	-.032 (.974)	.005	1.87 (0.834)	1.6 (0.986)	-.954 (.340)	.246	2.25 (1.238)	2.5 (1.366)	-.877 (.380)	.219

16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1.77 (1.117)	2 (1.317)	-.934 (.350)	.167	1.33 (0.488)	1.53 (1.06)	-.378 (.705)	.097	2.19 (1.377)	2.44 (1.413)	-.787 (.431)	.196
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	3.84 (0.898)	3.58 (1.285)	-1.245 (.213)	.223	4 (0.845)	3.6 (1.298)	-1.255 (.210)	.324	3.69 (0.946)	3.56 (1.315)	-.491 (.623)	.122
18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	2.74 (1.182)	2.77 (1.334)	-.085 (.933)	.015	2.67 (0.9)	2.33 (1.397)	-1.058 (.290)	.273	2.81 (1.424)	3.19 (1.167)	- (.193)	.325
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	1.77 (0.99)	1.71 (1.16)	-.365 (.715)	.065	1.93 (1.033)	1.53 (0.915)	-1.403 (.161)	.362	1.63 (0.957)	1.88 (1.36)	-.962 (.336)	.240
20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	3.19 (1.276)	3.13 (1.477)	-.386 (.700)	.069	3 (1.363)	2.93 (1.624)	-.265 (.791)	.068	3.38 (1.204)	3.31 (1.352)	-.262 (.794)	.065
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	1.58 (0.923)	1.68 (1.166)	-.742 (.458)	.133	1.4 (0.737)	1.6 (0.986)	-.879 (.380)	.226	1.75 (1.065)	1.75 (1.342)	0 (1)	-
22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma	2.65 (1.38)	2.71 (1.27)	-.423 (.672)	.075	1.87 (0.99)	2.13 (1.125)	-.735 (.462)	.189	3.38 (1.31)	3.25 (1.183)	-.105 (.917)	.026

para conseguir finalmente sentirme mejor.												
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	1.77 (0.717)	1.84 (1.214)	-.298 (.766)	.053	1.6 (0.632)	1.47 (0.834)	-.816 (.414)	.210	1.94 (0.772)	2.19 (1.424)	-.787 (.431)	.196
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	2.97 (1.329)	2.97 (1.516)	-.118 (.906)	.021	3 (1.254)	2.6 (1.454)	-.852 (.394)	.219	2.94 (1.436)	3.31 (1.537)	- 1.508 (.132)	.377
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	1.58 (0.886)	1.87 (1.176)	-1.698 (.090)	.304	1.6 (0.737)	1.73 (1.163)	-.52 (.603)	.134	1.56 (1.031)	2 (1.211)	<b>-2.07</b> <b>(.038)</b>	<b>.517</b>
26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	2.65 (1.427)	2.58 (1.544)	-.169 (.866)	.030	2.67 (1.447)	2.2 (1.612)	-1.15 (.250)	.296	2.63 (1.455)	2.94 (1.436)	-.855 (.393)	.212
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	2.16 (1.344)	2.06 (1.289)	-.262 (.793)	.047	2.07 (1.223)	1.67 (0.976)	-1.414 (.157)	.365	2.25 (1.483)	2.44 (1.459)	-.518 (.604)	.129
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	1.58 (0.992)	1.81 (1.138)	-.933 (.351)	.167	1.33 (0.816)	1.33 (0.617)	0 (1)	-	1.81 (1.109)	2.25 (1.342)	- 1.119 (.263)	.279
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado	1.65 (0.915)	1.71 (1.039)	-.577 (.564)	.103	1.53 (0.743)	1.67 (0.976)	-.707 (.480)	.182	1.75 (1.065)	1.75 (1.125)	0 (1)	-

---

conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.												
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	1.81 (1.078)	1.68 (1.077)	-0.791 (.429)	.142	1.53 (0.743)	1.33 (0.617)	-1.134 (.257)	.292	2.06 (1.289)	2 (1.317)	-.176 (.860)	.044
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	1.52 (0.851)	1.32 (0.748)	-1.5 (.134)	.269	1.33 (0.617)	1.13 (0.516)	-1.732 (.083)	.447	1.69 (1.014)	1.5 (0.894)	-.832 (.405)	.208
32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	2 (1.183)	1.94 (1.063)	-.312 (.755)	.056	1.8 (1.014)	1.87 (0.99)	-.378 (.705)	.097	2.19 (1.328)	2 (1.155)	-.707 (.480)	.176
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	2.35 (1.05)	2.03 (1.169)	-1.554 (.120)	.279	2.33 (0.976)	1.73 (1.163)	<b>-2.31</b> <b>(.021)</b>	<b>.596</b>	2.38 (1.147)	2.31 (1.138)	-.093 (.926)	.023
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	3.77 (0.92)	3.65 (1.253)	-.683 (.495)	.122	3.4 (0.828)	3.47 (1.356)	-.184 (.854)	.047	4.13 (0.885)	3.81 (1.167)	- 1.311 (.190)	.327

---

35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	2.1 (0.908)	2.19 (1.014)	-456 (.648)	.081	1.8 (0.676)	2 (0.926)	-632 (.527)	.163	2.38 (1.025)	2.38 (1.088)	-.054 (.957)	.013
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	2.06 (1.237)	2.03 (1.278)	-.319 (.750)	.057	2 (1.254)	1.67 (1.113)	-.677 (.498)	.174	2.13 (1.258)	2.38 (1.36)	-.798 (.425)	.199

**Tabla 6.2.13-B**

*Análisis intragrupos de los ítems DERS para el grupo total, por sexos y servicio de procedencia (continuación)*

Ítems	PEDIMET ( <i>n</i> = 10)				SAPMEX ( <i>n</i> = 11)				HCUVA ( <i>n</i> = 10)			
	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>	<i>M</i> Pre ( <i>DT</i> )	<i>M</i> Post ( <i>DT</i> )	<i>z</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...).	2.9 (1.197)	2.2 (1.476)	-1.933 (.053)	.611	3.09 (1.136)	2.45 (1.368)	- 1.732 (.083)	.522	2.4 (1.506)	2.8 (1.398)	-.962 (.336)	.304
2. Pongo atención a cómo me siento.	2.6 (0.699)	2.6 (1.35)	0 (1)	-	2.82 (1.401)	2.82 (1.25)	0 (1)	-	3.3 (1.16)	3.5 (1.08)	-.541 (.589)	.171
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.	1.7 (0.823)	2.1 (1.101)	-1.19 (.234)	.376	2.36 (1.502)	1.55 (0.522)	- 1.406 (.160)	.423	1.7 (0.949)	2.4 (1.35)	<b>-2.07</b> <b>(.038)</b>	<b>.654</b>
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1.7 (0.823)	1.8 (1.033)	-.333 (.739)	.105	1.82 (1.25)	1.73 (1.348)	-.184 (.854)	.055	2.7 (1.703)	2.4 (1.506)	- 1.342 (.180)	.424

5. Me cuesta entender mis sentimientos.	2.5 (1.269)	2.3 (1.252)	-412 (.680)	.130	2.09 (1.221)	1.82 (1.25)	-.791 (.429)	.238	2.5 (1.581)	2.3 (1.337)	-.816 (.414)	.258
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	2.8 (1.398)	2.9 (0.994)	-433 (.665)	.136	2.64 (1.502)	2.45 (1.508)	-.707 (.480)	.213	3.7 (0.949)	3.1 (1.449)	- 1.029 (.303)	.325
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	2.8 (1.476)	2.3 (1.337)	-1.265 (.206)	.400	3.09 (1.446)	2.55 (1.572)	- 1.511 (.131)	.455	3.5 (1.269)	3 (1.563)	-.94 (.347)	.297
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo.	2.7 (1.16)	2.9 (1.287)	-425 (.671)	.134	2.64 (1.286)	2.45 (1.508)	-.351 (.726)	.105	3.7 (0.949)	3 (1.333)	- 1.274 (.203)	.402
9. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	2.1 (1.101)	1.9 (1.101)	-707 (.480)	.223	2.36 (1.567)	1.82 (1.328)	- 1.403 (.161)	.423	2.3 (1.337)	2.2 (1.549)	-.333 (.739)	.105
10. Cuando estoy molesto/a, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, es decepción...).	2.6 (1.578)	2.8 (1.619)	-.106 (.915)	.033	3.36 (1.206)	2.36 (1.206)	-1.88 (.060)	.566	2.9 (1.287)	2.4 (1.506)	- 1.078 (.281)	.340
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1.9 (0.738)	1.8 (1.229)	-.333 (.739)	.105	2.64 (1.567)	1.82 (1.328)	- 1.807 (.071)	.544	1.6 (0.843)	2.2 (1.317)	-1.89 (.059)	.597
12. Cuando estoy molesto/a, me da	2.2 (1.317)	2.3 (1.494)	-.272 (.785)	.086	2.09 (1.375)	1.82 (1.401)	- 1.732 (.083)	.522	1.2 (0.422)	1.6 (1.075)	-.962 (.336)	.304

vergüenza sentirme de esa manera.												
13. Cuando estoy molesto/a, me cuesta terminar el trabajo.	2.5 (0.972)	2.1 (1.524)	-1.027 (.305)	.324	2.45 (1.368)	2.36 (1.286)	-.333 (.739)	.100	2.5 (1.434)	2.4 (1.35)	0 (1)	-
14. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control.	2 (1.247)	2.2 (1.476)	-.743 (.458)	.234	1.64 (1.206)	1.45 (0.688)	0 (1)	-	2.4 (1.35)	2.4 (1.35)	-.707 (.480)	.223
15. Cuando estoy molesto/a, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1.6 (0.843)	1.9 (1.287)	-.816 (.414)	.258	1.91 (1.044)	1.91 (1.221)	0 (1)	-	2.7 (1.059)	2.4 (1.35)	-.722 (.470)	.228
16. Cuando estoy molesto/a, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1.9 (1.287)	2 (1.414)	-1 (.317)	.316	1.91 (1.375)	2.09 (1.375)	-.425 (.671)	.128	1.5 (0.527)	1.9 (1.287)	-.647 (.518)	.204
17. Cuando estoy molesto/a, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.	3.7 (0.823)	3.3 (1.252)	-.966 (.334)	.305	3.82 (0.982)	3.73 (1.489)	-.265 (.791)	.079	4 (0.943)	3.7 (1.16)	- 1.134 (.257)	.358
18. Cuando estoy molesto/a, me cuesta centrarme en otras cosas.	2.9 (0.994)	2.5 (1.509)	-.933 (.351)	.295	2.55 (1.368)	2.64 (1.362)	-.25 (.803)	.075	2.8 (1.229)	3.2 (1.135)	- 1.414 (.157)	.447
19. Cuando estoy molesto/a, me siento fuera de control.	1.7 (0.949)	2 (1.491)	-.816 (.414)	.258	1.55 (1.036)	1.27 (0.647)	-.816 (.414)	.246	2.1 (0.994)	1.9 (1.197)	-.816 (.414)	.258

20. Cuando estoy molesto/a, puedo conseguir hacer cosas igualmente.	3.1 (0.994)	3 (1.491)	-378 (.705)	.119	3.09 (1.446)	2.64 (1.286)	- 1.155 (.248)	.348	3.4 (1.43)	3.8 (1.549)	-.966 (.334)	.305
21. Cuando estoy molesto/a, me siento avergonzado/a de mí mismo/a por sentirme de esa manera.	2 (1.054)	1.8 (1.033)	-.707 (.480)	.223	1.55 (0.934)	1.64 (1.433)	-.378 (.705)	.113	1.2 (0.632)	1.6 (1.075)	- 1.633 (.102)	.516
22. Cuando estoy molesto/a, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.	2.4 (1.43)	2.5 (1.509)	-.322 (.748)	.101	2.82 (1.471)	2.82 (1.25)	-.345 (.730)	.104	2.7 (1.337)	2.8 (1.135)	-.176 (.860)	.055
23. Cuando estoy molesto/a, me siento como si fuera una persona débil.	2 (0.667)	1.9 (1.101)	-.333 (.739)	.105	1.73 (0.905)	1.82 (1.328)	-.272 (.785)	.082	1.6 (0.516)	1.8 (1.317)	-.333 (.739)	.105
24. Cuando estoy molesto/a, creo que puedo controlar mi comportamiento.	2.7 (1.337)	2.8 (1.814)	-.431 (.666)	.136	2.64 (1.433)	2.82 (1.471)	-.333 (.739)	.100	3.6 (1.075)	3.3 (1.337)	-.586 (.558)	.185
25. Cuando estoy molesto/a, me siento culpable por sentirme de esta manera.	1.7 (0.949)	2.3 (1.252)	-1.73 (.084)	.547	1.45 (0.934)	1.73 (1.191)	- 1.342 (.180)	.404	1.6 (0.843)	1.6 (1.075)	0 (1)	-



26. Cuando estoy molesto/a, me cuesta concentrarme.	2.3 (1.252)	2.5 (1.65)	-539 (.590)	.170	2.36 (1.433)	2.27 (1.348)	-.276 (.783)	.083	3.3 (1.494)	3 (1.7)	-.333 (.739)	.105
27. Cuando estoy molesto/a, me cuesta controlar mi comportamiento.	2 (0.943)	2.1 (1.524)	-378 (.705)	.119	2.09 (1.578)	1.64 (0.809)	- 1.035 (.301)	.312	2.4 (1.506)	2.5 (1.434)	-.368 (.713)	.116
28. Cuando estoy molesto/a, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor.	1.9 (1.449)	1.8 (1.229)	-.368 (.713)	.116	1.45 (0.688)	1.73 (1.272)	-.447 (.655)	.134	1.4 (0.699)	1.9 (0.994)	- 1.667 (.096)	.527
29. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1.9 (1.101)	2.1 (1.287)	-1.414 (.157)	.447	1.55 (0.934)	1.36 (0.674)	- 1.414 (.157)	.426	1.5 (0.707)	1.7 (1.059)	-.707 (.480)	.223
30. Cuando estoy molesto/a, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo/a.	1.9 (1.101)	1.7 (1.059)	-.557 (.577)	.176	1.73 (0.905)	1.64 (1.206)	-.378 (.705)	.113	1.8 (1.317)	1.7 (1.059)	-.577 (.564)	.182
31. Cuando estoy molesto/a, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin).	1.4 (0.516)	1.4 (0.699)	0 (1)	-	1.45 (0.522)	1.09 (0.302)	- 1.633 (.102)	.492	1.7 (1.337)	1.5 (1.08)	- 1.414 (.157)	.447

32. Cuando estoy molesto/a, pierdo el control sobre mi comportamiento.	2.1 (1.287)	2.1 (1.197)	0 (1)	-	1.82 (1.168)	1.55 (0.82)	-.816 (.414)	.246	2.1 (1.197)	2.2 (1.135)	-.378 (.705)	.119
33. Cuando estoy molesto/a, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa.	2.4 (0.966)	1.9 (1.101)	-1.667 (.096)	.527	2.27 (1.191)	1.91 (1.044)	-.791 (.429)	.238	2.4 (1.075)	2.3 (1.418)	-.333 (.739)	.105
34. Cuando estoy molesto/a, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente.	3.7 (0.823)	3.4 (1.35)	-.69 (.490)	.218	4 (0.775)	3.64 (1.362)	-1.19 (.234)	.358	3.6 (1.174)	3.9 (1.101)	- 1.134 (.257)	.358
35. Cuando estoy molesto/a, tardo mucho tiempo en sentirme mejor.	1.8 (0.789)	2.1 (1.197)	-.736 (.461)	.232	2.36 (1.027)	2.18 (0.982)	-.632 (.527)	.190	2.1 (0.876)	2.3 (0.949)	-.816 (.414)	.250
36. Cuando estoy molesto/a, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos).	2.2 (1.229)	1.8 (1.229)	-1.3 (.194)	.411	1.55 (1.036)	1.82 (1.168)	-.97 (.332)	.292	2.5 (1.354)	2.5 (1.434)	0 (1)	-

#### *6.2.14. Análisis de regresión para los resultados del cuestionario DERS en el Post-test*

Para analizar el posible efecto de las variables sociodemográficas sobre las variables de resultado de la intervención MAM@ en el post-test, se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. Se emplearon como variables dependientes las escalas de Conciencia, Impulso, No aceptación, Metas, Claridad, Estrategias y Desregulación total del cuestionario DERS. Dado que las variables No aceptación y Claridad se distribuyeron de forma asimétrica en el post-test, éstas fueron estandarizadas para cumplir con los supuestos de la regresión lineal. Como variables predictoras se introdujeron las variables de edad, cantidad de recordatorios recibidos, número de eventos vitales estresantes sufridos (autoinformado), y el impacto que estos eventos produjeron en los menores (autoinformado). Al seguir un modelo de regresión lineal mediante el método hacia delante, solo se incorporaron al modelo aquellas variables que resultaron ser significativas de forma secuencial y no en bloque (véase Tabla 6.2.14).

No se halló ninguna variable independiente con suficiente significación estadística para ser introducida en las variables predictivas de Conciencia, No Aceptación y Metas.

Las escalas de Impulso, Claridad, Estrategias y Desregulación total DERS sí resultaron ser significativas. En todas las escalas la variable edad se mostró como un factor que moduló los resultados en el post-test. La relación que tuvo la edad con las escalas fue una relación directa, que indicaría que a mayor edad mayor puntuación en dichas escalas.

**Tabla 6.2.14***Modelo de regresión lineal múltiple para el cuestionario DERS*

Escala	Variables	B (ET)	t (p)	Modelo	
				F (p)	R <sup>2</sup> (%)
<b>Impulso</b>					
	Constante	-12.750 (12.017)	-1.061 (.298)	4.617 (.041)	15.1
	Edad	1.957 (.911)	2.149 (.041)		
<b>Claridad</b>					
	Constante	-4.241 (1.849)	-2.293 (.030)	5.055 (.033)	16.3
	Edad	.315 (.140)	2.248 (.033)		
<b>Estrategias</b>					
	Constante	-12.333 (12.036)	-1.025 (.315)	4.721 (.039)	15.4
	Edad	1.982 (.912)	2.173 (.039)		
<b>Desregulación total</b>					
	Constante	-42.917 (60.056)	-.715 (.481)	4.226 (.050)	14
	Edad	9.355 (4.551)	2.056 (.050)		

*Nota:* B = Coeficiente de regresión estandarizado; ET = Error típico

### 6.2.15. *Análisis de clúster jerárquico entre el pre-test y el post-test para las escalas del cuestionario DERS*

Para identificar a aquellos grupos de sujetos que disminuyeron o aumentaron la desregulación emocional después de la intervención MAM@, se realizó un análisis de clúster jerárquico. Se introdujeron por pares (pre-test y post-test) todas las escalas del cuestionario DERS. El número de clústeres, observando el dendograma a una distancia de cinco puntos, osciló entre 2 y 4 clústeres (según escala). En las escalas Conciencia, Impulso, No Aceptación, Claridad y Desregulación total DERS, se observó al menos un grupo de clúster que redujo su sintomatología significativamente entre el pre-test y el post-test. En las Escalas Impulso, No Aceptación y Claridad, se encontró al menos un grupo de clúster que aumentó su sintomatología de forma significativa entre el pre-test y el post-test. En las escalas Metas y Estrategias, no se halló ningún grupo que

aumentase o disminuyese significativamente su sintomatología de desregulación emocional entre el pre-test y el post-test. En todas las escalas se evidenció al menos un clúster sin significación estadística entre el pre-test y el post-test (véase Tabla 6.2.15-A).

En base a que la finalidad del análisis de clúster fue realizar un modelo de regresión logístico-binario para identificar qué variables de riesgo/protección se asociaron con pertenecer al grupo que aumentó o disminuyó la desregulación emocional tras la intervención MAM@. Las escalas que tuvieron tres o más grupos de clúster se colapsaron en dos grupos, agrupando a los sujetos que aumentaron la sintomatología clínica (de forma significativa o no) por un lado, y a los sujetos que disminuyeron la sintomatología clínica (de forma significativa o no) por otro (véase Tabla 6.2.15-B). La escala de Conciencia, fue eliminada, ya que en el análisis de clúster se observó que ambos grupos disminuyeron su sintomatología y, por tanto, no se pudieron crear las nuevas agrupaciones.

**Tabla 6.2.15-A***Análisis de clúster jerárquico para las escalas DERS entre el pre y el post*

Escala	Clúster	<i>n</i>	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M (DT)</i>	<i>t/z (p)</i>
Impulso DERS					
	1	8	17.13 (1.356)	15.75 (2.121)	<b>2.023 (.041)</b>
	2	20	10.25 (2.751)	9.5 (3.364)	1.034 (.157)
	3	3	18.67 (4.933)	25.67 (2.517)	<b>-4.583 (.022)</b>
No aceptación DERS*					
	1	11	18 (4.313)	21.09 (4.929)	<b>-2.178 (.029)</b>
	2	20	9.15 (2.183)	7.95 (1.701)	<b>-2.037 (.042)</b>
Metas DERS					
	1	14	17.86 (3.009)	18 (2.717)	-1.117 (.454)
	2	17	9.76 (2.728)	8.53 (3.502)	1.451 (.083)
Claridad DERS*					
	1	8	20.75 (2.315)	17.5 (4.751)	-1.612 (.107)
	2	14	8.57 (1.697)	6.21 (1.251)	<b>-3.077 (.002)</b>
	3	9	11.67 (1.732)	13.22 (2.048)	<b>-2.047 (.041)</b>
Estrategias DERS					
	1	8	19.63 (3.114)	22.63 (3.623)	<b>-1.845 (.054)</b>
	2	13	9.69 (2.394)	8.62 (1.387)	<b>2.504 (.063)</b>
	3	10	14.3 (2.058)	14.5 (2.273)	-1.171 (.434)
Desregulación					
Emocional Total DERS					
	1	15	103.8 (18.812)	108.67 (15.253)	-1.226 (.113)
	2	16	66.25 (10.755)	56.38 (11.401)	<b>4.402 (.001)</b>

*Nota:* \*Se empleó Wilcoxon en lugar de t de Student por distribuirse las variables de forma asimétrica.

**Tabla 6.2.15-B***Grupos que aumentaron y disminuyeron su sintomatología del pre al post*

Escala	Grupo	n	Pre M (DT)	Post M (DT)	t/z (p)
Impulso DERS					
	0	28	12.21 (3.975)	11.29 (4.171)	1.691 (.051)
	1	3	18.67 (4.933)	25.67 (2.517)	-4.583 (.022)
No Aceptación DERS*					
	0	20	9.15 (2.183)	7.95 (1.701)	<b>-2.037 (.042)</b>
	1	11	18 (4.313)	21.09 (4.929)	<b>-2.178 (.029)</b>
Metas DERS					
	0	17	9.76 (2.728)	8.53 (3.502)	1.451 (.083)
	1	14	17.86 (3.009)	18 (2.717)	-.117 (.454)
Claridad DERS					
	0	22	13 (6.287)	10.32 (6.275)	<b>3.762 (.001)</b>
	1	9	11.67 (1.732)	13.22 (2.048)	<b>-2.578 (.016)</b>
Estrategias DERS					
	0	13	9.69 (2.394)	16.67 (3.694)	1.644 (.063)
	1	18	8.62 (1.387)	18.11 (5.04)	-1.443 (.084)
Desregulación Emocional Total DERS					
	0	16	66.25 (10.755)	56.38 (11.401)	<b>4.402 (.001)</b>
	1	15	103.8 (18.812)	108.67 (15.253)	-1.266 (.113)

*Nota:* El grupo 0 disminuyó sintomatología; El grupo 1 aumentó sintomatología.

\*Se empleó Wilcoxon en lugar de t de Student por distribuirse las variables de forma asimétrica.

### *6.2.16. Análisis de regresión logístico-binario. Variables de riesgo/protección*

Para analizar las variables de riesgo/protección que se asociaron con pertenecer al grupo que disminuyó o aumentó la desregulación emocional tras la intervención MAM@ en cada escala DERS, se utilizó un modelo de regresión logístico binario. Para ello, a través del análisis de clúster en el apartado anterior, se categorizaron los grupos de sujetos en dos niveles de tratamiento. Se creó un grupo que disminuyó la desregulación emocional de cada escala y otro grupo que aumentó la desregulación emocional. La escala de Conciencia fue eliminada, ya que no permitieron agrupar a los sujetos en estas dos categorías.

Se introdujeron como variables de asociación dos grupos diferentes de factores. En un primer modelo se introdujeron las variables sexo de los sujetos, edad, el número de recordatorios recibidos, el número de eventos vitales estresantes sufridos (autoinformado) y el impacto que estos eventos tuvieron en los menores (autoinformado) en un mismo bloque para cada una de las variables dependientes (véase Tabla 6.2.16-A). En un segundo modelo, se introdujeron como variables de asociación las propias escalas DERS en el pre-test, excluyendo la escala analizada como variable independiente y la puntuación de desregulación emocional total en el pre-test (véase Tabla 6.2.16-B).

En el primer modelo (véase Tabla 6.2.16-A), se halló significación estadística en las escalas de Impulso y Desregulación emocional total. No se encontraron variables que se asociasen como factor de riesgo/protección para el resto de escalas DERS. Por ello, se podría afirmar que una mayor edad de los menores a la hora de iniciar el tratamiento es un factor de riesgo para puntuar más alto en la escala de dificultades para controlar los Comportamientos Impulsivos cuando se está alterado ( $OR = 2.929$ ) y para la Desregulación Emocional total del DERS ( $OR = 2.085$ ).

En cuanto al segundo modelo (véase Tabla 6.2.16-B) no se encontró significación estadística para la escala de Claridad emocional, pero si para el resto de variables. Se podría afirmar que 1) elevadas dificultades en el Acceso a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas en el pre-test ( $OR = 1.678$ ) es un factor de riesgo para que los menores no disminuyan tras la intervención las dificultades para controlar los comportamientos impulsivos cuando se está alterado; 2) la falta de Conciencia emocional ( $OR = 1.496$ ) y las dificultades en las Conductas dirigidas a metas cuando se está alterado en el pre-test ( $OR = 1.939$ ) son factores de riesgo para que los menores no disminuyan los síntomas de No aceptación de las respuestas emocionales tras la intervención MAM@; 3) las dificultades para Controlar los comportamientos impulsivos cuando se está alterado en el pre-test ( $OR = 2.024$ ) son un factor de riesgo para que los menores no disminuyan sus dificultades de Conductas dirigidas a metas cuando se está alterado; 4) la falta de Conciencia emocional en el pre-test ( $OR = 1.902$ ) y las dificultades en Conductas dirigidas a metas ( $OR = 5.291$ ) son un factor de riesgo para que los menores no disminuyan los



síntomas de Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas; 5) las dificultades en Conductas dirigidas a metas cuando se está alterado ( $OR = 3.292$ ) y la falta de Claridad emocional ( $OR = 7.459$ ) en el pre-test son factores de riesgo para que los menores no logren disminuir la Desregulación emocional total tras la intervención MAM@.

**Tabla 6.2.16-A**

*Análisis de regresión logístico binario para las escalas DERS. Modelo 1*

Escala	VARIABLES	Exp B (IC 95%)	Wald (p)	Modelo $\chi^2$ (p)	R <sup>2</sup> (%)
<b>Impulso</b>				4.833 (.028)	32.1
	Constante	0	<b>4.805 (.028)</b>		
	Edad	2.929 (1.020- 8.417)	<b>3.806 (.046)</b>		
<b>Desregulación emocional total</b>				4.136 (.042)	18.3
	Constante	0	3.305 (.069)		
	Edad	2.085 (.932- 4.665)	3.199 (.074)		

*Nota:* Se calculó R<sup>2</sup> de Nagelkerke; 0 = disminuyen síntomas; 1 = aumentan síntomas; Referencia para el sexo 0 = hombre; 1 = mujer.

**Tabla 6.2.16-B***Análisis de regresión logístico binario para las escalas DERS. Modelo 2*

Escala	VARIABLES	Exp B (IC 95%)	Wald (p)	Modelo X <sup>2</sup> (p)	R <sup>2</sup> (%)
<b>Impulso</b>	Constante	0	<b>4.251 (.039)</b>	8.857 (.003)	52.8
	Estrategias	1.678 (1.026- 2.745)	<b>5.090 (.024)</b>		
<b>No aceptación</b>	Constante	0	<b>5.973 (.015)</b>	24.687 (.001)	75.4
	Conciencia	1.496 (.987- 2.268)	3.607 (.058)		
	Metas	1.939 (1.143- 3.290)	<b>6.028 (.014)</b>		
<b>Metas</b>	Constante	0	<b>7.693 (.006)</b>	22.407 (.001)	68.8
	Impulso	2.024 (1.231- 3.328)	<b>7.734 (.005)</b>		
<b>Estrategias</b>	Constante	0	<b>4.274 (.039)</b>	34.340 (.001)	90.1
	Conciencia	1.902 (.892- 4.056)	2.768 (.096)		
	Metas	5.291 (1.016- 27.551)	3.917 (.048)		
<b>Desregulación emocional total</b>	Constante	0	3.152 (.076)	32.275 (.001)	90.6
	Metas	3.292 (.889- 12.190)	<b>8.088 (.004)</b>		
	Claridad	7.459 (.735- 75.721)	2.888 (.089)		

*Nota:* Se calculó R<sup>2</sup> de Nagelkerke; 0 = disminuyen síntomas; 1 = aumentan síntomas.

Los resultados relacionados con la viabilidad y aceptabilidad del programa MAM@, así como el protocolo de intervención han sido publicados con la siguiente referencia: López-Soler, C., Vicente-Escudero, J. L., Alcántara, M., Martínez, A., Fernández, V., & Castro M. (2023). Web-based self-regulation improvement program for children at psychosocial risk: Feasibility and acceptability assessment. *Mental Health & Prevention*, 31:200293. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200293>.

# **CAPÍTULO 7**

## **Discusión**

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados obtenidos en el capítulo 4: “Desarrollo del Programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@)”; y en el capítulo 6: “Aplicación y prueba de uso del programa MAM@”.

Se comentan y explican los resultados encontrados en cada capítulo, así como su conexión con las hipótesis y objetivos de partida y su relación con el marco teórico presente.

Además, se exponen las limitaciones de cada capítulo, así como las limitaciones e implicaciones en la práctica clínica y en la investigación, junto a las líneas futuras.

## **7.1. Discusión del capítulo 4: Desarrollo del Programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@)**

### *7.1.1. Discusión*

El tratamiento desarrollado en este capítulo es un ejemplo de cómo las nuevas tecnologías son una herramienta de gran utilidad para promover un beneficio terapéutico y no únicamente fuentes potenciales de adicción y problemas psicopatológicos (Heber et al., 2017; Mitchell et al., 2021).

El tratamiento habitual en los menores en situación de riesgo psicosocial puede provocar mucho cansancio en los mismos desde su inicio; cansancio que se agrava conforme avanza el proceso terapéutico, haciendo decrecer la motivación, colaboración y fomentando ciertas actitudes negativas hacia la terapia y deseos de abandono (López-Soler et al., 2011), especialmente en el apartado de psicoeducación y regulación emocional de los tratamientos, ya que estos componentes terapéuticos son los que pueden resultar más tediosos para los menores. Además el estigma asociado a la asistencia a la terapia psicológica presencial puede ser una barrera para el acceso de estos menores a la terapia (Sander et al., 2016).

Por estos motivos, contar con intervenciones basadas en la web, como el programa MAM@, el cual proporciona un entorno aislado y seguro para que los menores aprendan sobre las emociones y su regulación, y así puedan adquirir diversas estrategias para afrontar y manejar situaciones adversas; se hace necesario para atender a esta población de características tan particulares, relacionadas con el desarrollo de numerosos síntomas internalizantes, externalizantes, problemas en la regulación emocional, disociación, estrés post-traumático, trauma complejo, etc. (Baita, 2015; Cadamuro et al., 2021; Cervera et al., 2020; Crescentini et al., 2020; El-Khodary y Samara, 2019b; Fayyad et al., 2017; Flores et al., 2020; Mostan et al., 2021).

El objetivo de este programa es ayudar a los menores a percibir, procesar y regular sus propias emociones, gestionándolas de forma adecuada, de tal

modo que no les perturben y puedan contemplar otras perspectivas, relacionándose asertivamente con otras personas de su contexto habitual.

### **7.1.2. Limitaciones**

La principal limitación con la que nos hemos encontrado en el desarrollo de los módulos de tratamiento del programa MAM@, no tiene que ver con su desarrollo técnico o tecnológico, sino más bien con los aspectos de contenido terapéutico de algunos módulos de tratamiento.

En concreto, el módulo que más se reestructuró, en lo que respecta a su contenido, fue el módulo en el que se aborda el afecto. Esto obedeció a que se quiso centrar en el vínculo afectivo que se establece entre dos personas, diferenciándolo de la emoción que surge en el amor romántico. Este planteamiento obligó a reformular el contenido terapéutico del módulo en numerosas ocasiones, ya que resultó complicado desarrollar ejercicios que favorecieran la toma de conciencia de este vínculo, por parte de los menores, sin referirse a las relaciones del amor romántico. Todo ello estuvo motivado porque la población diana a la que irá dirigido el programa MAM@ será precisamente población adolescente, y, centrarse en esta emoción, podría provocar cierta agitación emocional al poder conectar con antiguas o potenciales parejas afectivas más habituales en esta etapa.

### **7.1.3. Implicaciones y líneas futuras**

La principal implicación y línea futura de investigación del desarrollo del programa MAM@, será su aplicación directa a una muestra de población adolescente entre 12-15 años expuestos a situaciones de riesgo psicosocial.

Esta aplicación se llevará a cabo en dos momentos diferenciados. En un primer momento, se aplicará el programa MAM@ a una reducida muestra de sujetos mediante una prueba piloto, con el fin de que estos menores valoren el programa, sus módulos de tratamiento y se valore la aceptabilidad, utilidad y factibilidad global del programa y de cada módulo de intervención individualmente, con el fin de realizar los cambios pertinentes si es necesario. En un segundo momento, se aplicará el programa MAM@ a una muestra más

numerosa de sujetos entre 12-15 años expuestos a situaciones de riesgo psicosocial para valorar nuevamente la aceptabilidad, usabilidad y factibilidad del programa, y valorar además la eficacia del mismo.

Si este programa alcanza los resultados esperados, sería conveniente, en un futuro, adaptar el resto de componentes de tratamiento del programa PEDIMET, diseñado para atender reacciones postraumáticas en la infancia, a formato online, y disponer así de herramientas digitales que superen las barreras físicas de la terapia presencial habitual.

## **7.2. Discusión del capítulo 6: Aplicación y prueba de uso del programa MAM@**

### *7.2.1. Discusión*

El objetivo general de este estudio fue desarrollar, implementar y evaluar la utilidad y eficacia del programa de Mejora de la Autorregulación Online (MAM@) en una muestra de menores de entre 12 y 15 años expuestos a situaciones de riesgo psicosocial. A lo largo del marco empírico se ha ido construyendo este objetivo, desde el desarrollo del programa, pasando por su prueba piloto inicial y culminando con el capítulo de análisis de eficacia y utilidad.

En el capítulo 4 “Desarrollo del programa de Mejora de la Autorregulación para Menores Online (MAM@)” se dio respuesta al objetivo específico 1: “Desarrollar un protocolo de intervención centrado en la autorregulación emocional que sea atractivo, dinámico e interactivo”, así como al objetivo específico 2: “Adaptación y desarrollo online de los componentes del protocolo de autorregulación, de las actividades a realizar, y de los instrumentos de evaluación”. Las limitaciones y problemas a la hora de desarrollar estos dos objetivos ya han sido discutidas.

En el capítulo 5 “Prueba piloto del programa de tratamiento MAM@” se dio respuesta al objetivo específico 3: “Aplicación del protocolo de autorregulación online en una muestra piloto de población diana, para comprobar

su aceptación, usabilidad con el fin de obtener datos de menores sobre la viabilidad del programa”. En base a la cumplimentación de este objetivo se pudieron implementar los cambios pertinentes para mejorar la experiencia y usabilidad del programa. El principal cambio implementado en la aplicación del programa, fue que los recordatorios para que los menores completasen el programa se realizaron primero mediante el e-mail de contacto, y posteriormente (en caso de que fuese necesario) de forma telefónica.

En el capítulo 6 “Aplicación y prueba de uso del programa MAM@” se ha dado respuesta al objetivo específico 4: “Aplicación del protocolo de autorregulación online a una muestra de menores más amplia, con el fin de comprobar la eficacia en cuanto a regulación emocional, conocer su aceptación, viabilidad y barreras de uso”. Este capítulo se discutirá en este apartado.

Aunque en España ya existen este tipo de tratamientos (Barrera et al., 2020; Espinosa et al., 2022; Fernández-Martínez et al., 2019; Orgilés et al., 2020; Sandín et al., 2020), los cuales han ofrecido buenos resultados en cuanto a su usabilidad y reducción de sintomatología clínica, éstos se han centrado en la población general o en protocolos transdiagnósticos. El programa MAM@, al ser el primero desarrollado en idioma español para adolescentes en situación de riesgo psicosocial, puede suponer un gran avance para consolidar estos programas en el panorama nacional y equiparar las posibilidades terapéuticas de los adolescentes al mismo nivel que en otras partes del mundo (Donovan et al., 2017; Gladstone et al., 2020; Hetrick et al., 2017; Kassam-Adams et al., 2016; Waite et al., 2019).

La discusión de este capítulo se realizará vinculando las hipótesis que se establecieron al comienzo del marco empírico y los resultados obtenidos tras la aplicación del programa MAM@.

Previo a la discusión por hipótesis, se observó mayor proporción de chicas que finalizaron el programa de intervención, aunque la diferencia fue de  $n = 2$  sujetos y el tamaño del efecto fue bajo y apenas significativo. Es probable que esta diferencia no haya influido realmente en los resultados, ya que, aunque hubo  $n = 2$  chicas más que finalizaron la intervención (y valoraron los diferentes

módulos del programa MAM@), en comparación con los chicos, en la práctica real se corresponde con  $n = 1$  chica más, ya que una chica del grupo PEDIMET, aunque finalizó la intervención y fue contabilizada como tal, no completó el cuestionario DERS (y fue eliminada de estos análisis).

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los que abandonaron el tratamiento y entre los que lo completaron. Dado que los sujetos estaban igualados en las características iniciales, no se realizaron análisis por intención de tratar y se eliminaron de los mismos (Restrepo y Benavides, 2006). Además, se halló que el cuestionario DERS aplicado de forma online tuvo una consistencia interna que osciló entre moderada y alta (dependiendo de la escala), por lo que las puntuaciones obtenidas por los menores son fiables (Gorsuch, 1983).

En cuanto a los Eventos Vitales Estresantes autoinformados, únicamente se observó que los chicos superaron a las chicas en la afectación por la pérdida de un ser querido. En lo que respecta a los servicios de procedencia, se encontró que los menores del grupo PEDIMET fueron los que se autopercebían como más expuestos a diversos eventos vitales estresantes y los que más afectación derivada de dichos eventos afirmaban sufrir, seguidos del grupo SAPMEX y del grupo HCUVA. Estos mismos resultados se replicaron cuando los informantes fueron los padres o los cuidadores principales y las correlaciones entre los índices globales de ambos cuestionarios fueron significativas y moderadas. Los resultados son coherentes con la investigación previa que afirma que los menores que más experiencias vitales adversas han sufrido presentan mayor riesgo de sufrir más afectación psicopatológica de diversos tipos (Baita, 2015; Degli et al., 2020; Humphreys et al., 2020; Porto-Faus et al., 2019; Yoon et al., 2020). Sin embargo, que a los chicos les haya afectado más la pérdida de un ser querido que a las chicas no concuerda con la investigación previa, que ha informado de la situación inversa, es decir, son las chicas quienes más dificultades muestran en estos contextos (Lansing et al., 2018). Es posible que el bajo tamaño muestral del presente estudio haya incidido en los resultados evidenciados, favoreciendo que el número de chicos y chicas que han sufrido la pérdida de un ser querido se distribuya de forma desigual.



A continuación, se discuten los resultados en función de las hipótesis planteadas.

La **hipótesis 1** establecía que: “Se encontrarán reducciones estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en los problemas de regulación emocional que presenten los menores”.

En este sentido, los análisis intragrupos mostraron, para el grupo total de sujetos, reducciones significativas, con tamaños del efecto moderados, en falta de conciencia emocional y falta de claridad emocional. En el grupo de chicos, se encontraron reducciones significativas en las dificultades dirigidas a metas cuando se está alterado, con tamaños del efecto elevados. En el grupo de chicas no se hallaron reducciones significativas en las puntuaciones de desregulación emocional. En cuanto a los servicios de procedencia (PEDIMET, SAPMEX y HCUVA), no se constataron diferencias significativas intragrupo.

Estos resultados están en consonancia con otras investigaciones, que afirman que los programas de tratamiento administrados en formato online son útiles para reducir la sintomatología de tipo internalizante (Arnberg et al., 2014; Buttazzoni et al., 2021; Fleming et al., 2014; Karyotaki et al., 2018; Renton et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Rice et al., 2014; Santilhano, 2019; Stasiak et al., 2016; Valimaki et al., 2017; Ye et al., 2014b), la sintomatología de tipo externalizante (Camden et al., 2020; Döpfner et al., 2020; DuPaul et al., 2018; Fluja-Contreras et al., 2019; Nieuwboer et al., 2013; Thongseiratch et al., 2020), reducen los problemas con los compañeros y familiares (O’Grady et al., 2016; Ortiz et al., 2013; Sherman et al., 2018; Walker et al., 2014; Wetterborg et al., 2019), y mejoran la regulación emocional en los menores (Barrera et al., 2020; Espinosa et al., 2022; Sandín et al., 2020).

Se podría afirmar que esta hipótesis se cumplió parcialmente, ya que se observaron algunas mejoras en la regulación emocional en el grupo total y en el grupo de chicos. La investigación ha evidenciado que los componentes de regulación emocional son un elemento transdiagnóstico eficaz en los tratamientos (Helland et al., 2022), y ayudan a reducir la sintomatología internalizante y externalizante y a mejorar la regulación emocional, tanto en

población general como clínica (Miu et al., 2022; Moltrecht et al., 2021; Pandey et al., 2018). Además, los programas desarrollados para población clínica, casi siempre incluyen al menos un módulo de regulación emocional, ya sea para problemas internalizantes (Gerrits et al., 2007; Stallard et al., 2011; Van Voorhees et al., 2005), externalizantes (Enebrink et al., 2012; Pedro-Carroll, 2005; Sherman et al., 2018), o TEPT (Ennis et al., 2018; McGar et al., 2019).

La **hipótesis 2** establecía que: “La satisfacción con el programa de intervención entre los menores y la alianza terapéutica serán elevadas”.

En cuanto a los resultados de valoración general, utilidad, usabilidad y disfrute percibido, se observó que el módulo mejor valorado fue el módulo de enfado, y el peor el módulo el de alegría. El módulo más útil fue el módulo de tristeza, y el menos útil el módulo de afecto. El módulo considerado con mayor usabilidad fue el módulo de miedo, y con menor usabilidad el de culpa. El módulo que más se disfrutó fue el módulo de tristeza, y el que menos el módulo de empatía. Sin embargo, todos los módulos obtuvieron puntuaciones muy elevadas por encima de la media y no se encontraron diferencias significativas en la valoración de los módulos entre sexos ni servicios. Estos elevados resultados de valoración, usabilidad, utilidad y disfrute son similares a los hallados en otras investigaciones, los cuales valoran los programas online (Bjornsdotter et al., 2020; Högström et al., 2013; Mesurado et al., 2020; Metcalfe et al., 2021; Rabbitt et al., 2016; Rooksby et al., 2015; Sandín et al., 2020; Wozney et al., 2017).

En relación a la factibilidad y aceptabilidad del programa, se observaron puntuaciones por encima de la media en las escalas de experiencia con el programa, la cual valora la sencillez, utilidad y facilidad con la que los menores han usado el programa; Escala de satisfacción, la cual valora el disfrute, conocimientos y habilidades adquiridas por los menores gracias a su participación en el programa; Escala de alianza con el terapeuta, la cual evalúa la relación que ha tenido el terapeuta que aplicó el programa y los menores durante la aplicación de éste. Lo que más les gustó a los menores fue el contenido del programa y lo que menos la extensión del mismo, ya que lo consideraron muy largo. Asimismo, se observaron diferencias significativas entre

chicos y chicas, puntuando los chicos de forma más elevada en satisfacción total con el programa y en la alianza con el terapeuta. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que hallaron que los programas online son satisfactorios para los usuarios (Day y Sanders, 2018; Ortiz et al., 2013; Stasiak et al., 2018) y la alianza terapéutica, tras la administración de estos programas, no disminuye, presentando además similar eficacia a los programas de tipo presencial (Anderson et al., 2012; Donovan et al., 2017; March et al., 2018; Silfvernagel et al., 2015; Spence et al., 2006, 2011; Stasiak et al., 2018).

De igual modo, se evidenció que los ítems peor valorados fueron los relacionados con la generalización de lo aprendido en el programa en la vida real, y el aprendizaje de habilidades para manejar las emociones. Esto indicaría que los menores no realizaron acciones de transferencia de las habilidades adquiridas a su entorno real.

En lo relativo a la usabilidad de la web y las barreras de uso, destacó que a los menores se les olvidaba completar la web o no tenían tiempo para navegar por ella.

Se podría afirmar que esta hipótesis se cumplió en su totalidad, ya que la satisfacción, experiencia y alianza con el programa MAM@ fue muy elevada entre los que participaron.

La **hipótesis 3** establecía que: “No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en las principales variables dependientes”.

Los análisis intragrupos evidenciaron que tras la intervención MAM@ los chicos redujeron significativamente sus dificultades dirigidas a metas cuando se está alterado, con tamaños del efecto elevados. Sin embargo, las chicas no redujeron significativamente la desregulación emocional.

Los análisis intergrupos en el pre-test, mostraron que existían de forma previa a la intervención MAM@, diferencias significativas entre chicos y chicas en el acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, falta de conciencia emocional y desregulación emocional total, donde

las chicas puntuaron más alto que los chicos con tamaños del efecto moderados y altos.

Los análisis intergrupos en el post-test, revelaron que tras la intervención MAM@, las chicas superaron a los chicos en las dificultades dirigidas a metas cuando se está alterado, acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, y desregulación emocional total, con tamaños del efecto moderados y altos.

Estos resultados no coinciden con la investigación previa, la cual muestra que las intervenciones administradas en formato online son igual de beneficiosas y tienen resultados similares, tanto para chicos como para chicas en cualquier rango de edad (Smith et al., 2015; Wright et al., 2017), y el sexo no afecta significativamente a los resultados del programa (Dadds et al., 2019; Piotrowska et al., 2020). Sin embargo, estos resultados pueden estar relacionados con las características concretas de la muestra examinada, ya que la mayoría de programas se han desarrollado para tratar a menores con sintomatología clínica, o para población general, pero no para menores en situación de riesgo psicosocial y expuestos a diversos eventos traumáticos en el contexto de las relaciones de apego (Allen, 2008). Este hecho puede incidir en que los menores que crecen en contextos adversos puedan ser más resistentes a los cambios terapéuticos, ya que las experiencias traumáticas tempranas alteran el desarrollo normal, siendo éste la base para una adecuada regulación emocional, interfiriendo de este modo en la consecución de una funcionalidad óptima del cerebro en estas etapas (Baita, 2015; Cervera et al., 2020).

Además, si tenemos en cuenta la investigación previa sobre población maltratada, se observa que una mayor exposición a situaciones adversas en la infancia, como abuso sexual, físico, emocional o negligencia, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología; al mismo tiempo que factores demográficos, como ser chica, es una variable que también se relaciona con ese mismo riesgo (Cadamuro et al., 2021); Degli et al., 2020; Humphreys et al., 2020; Porto-Faus et al., 2019; Yoon et al., 2020; Warmingham et al., 2020).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que la hipótesis 3 no se cumplió, ya que se observó que el grupo de chicos fue el más beneficiado del programa MAM@, en contraste con las chicas.

La **hipótesis 4** establecía que: “Se encontrarán diferencias significativas intergrupos entre los diferentes servicios de procedencia de los menores. Siendo el grupo PEDIMET el que más problemas presentará en la regulación emocional, seguido del grupo SAPMEX, y por último el grupo HCUVA”.

Los análisis intragrupos no mostraron diferencias significativas entre los distintos servicios de procedencia de los menores tras la intervención MAM@.

Los análisis intergrupos en el pre-test, no arrojaron diferencias significativas entre los grupos PEDIMET, SAPMEX o HCUVA de forma previa a la intervención MAM@, por lo que los tres estuvieron equiparados.

Los análisis intergrupos en el post-test, tras la intervención MAM@, tampoco mostraron diferencias significativas entre los tres grupos.

Se evidenció que el grupo que presentó mayor exposición a situaciones adversas en la infancia (el grupo PEDIMET), obtuvo mayores reducciones en desregulación emocional en las comparaciones intragrupo; seguido del grupo SAPMEX y del grupo HCUVA. Tal como sucede en investigaciones previas, mayor exposición a eventos traumáticos genera puntuaciones de psicopatología y de desregulación emocional más elevadas (Cadamuro et al., 2021; Degli et al., 2020; Humphreys et al., 2020; Porto-Faus et al., 2019; Yoon et al., 2020; Warmingham et al., 2020); sin embargo, parece que estos grupos son los más beneficiados tras la aplicación del programa MAM@. Ello puede obedecer, en consonancia con investigaciones previas, a que una mayor exposición a experiencias adversas en la infancia, se asocia con mayor carga emocional y estrés, de modo que la intervención psicológica puede proporcionar un buen apoyo para mejorar el funcionamiento psicológico (John-Baptiste Bastien et al., 2020; Klasen y Crombag, 2013; Miller et al., 2022). No obstante, dado que la hipótesis de partida tenía que ver con las diferencias intergrupos, se debe de afirmar que dicha hipótesis no se cumplió.

La **hipótesis 5** establecía que: “El número de recordatorios enviado a los menores para que no se olviden de finalizar la intervención MAM@ será un moderador de los resultados de regulación emocional en el post-test”.

Para cumplir con este objetivo se analizaron como potenciales moderadores de las principales variables dependientes las variables sociodemográficas relacionadas con los recordatorios, edad, número de eventos vitales sufridos por los menores y el impacto de estos eventos vitales estresantes sobre los menores. Se observó que en todas las escalas que resultaron significativas (dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado, falta de claridad emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, y desregulación emocional total), la edad se mostró como un factor facilitador para la aparición de esta sintomatología; es decir, que a mayor edad mayor puntuación en estas escalas en el post-test. Sin embargo, el número de recordatorios no fue significativo.

Teniendo en cuenta que otras investigaciones han apuntado que el único componente suficiente para provocar efectos más fuertes en los resultados de los programas de intervención online es el envío de recordatorios a los padres de menores que se encuentran realizando algún tipo de terapia en esta modalidad (Thongseiratch et al., 2020). Es posible que en este estudio no se hayan mostrado los recordatorios como moderadores de los resultados de intervención, debido a que en el programa MAM@ no se enviaron los recordatorios directamente a los padres y/o cuidadores de los menores. No obstante, es probable que los recordatorios, aunque no influyan en los resultados de desregulación emocional, contribuyan a que los menores finalicen el programa de intervención, tal como sucede en otras investigaciones (Day y Sanders, 2018; Sanders et al., 2012; Tully et al., 2017), y, además, favorezcan la alianza terapéutica (Metcalf et al., 2021; Rooksby et al., 2015; Wozney et al., 2017).

A pesar de que algunos estudios han informado que la edad es un factor que modula la eficacia de los tratamientos administrados en formato online, de tal forma que conforme se incrementa la edad también lo hacen las probabilidades de responder mejor al tratamiento (Karyotaki et al., 2018); en este

estudio, la edad se ha configurado como un factor de riesgo, es decir, a menor edad, la probabilidad de responder al tratamiento disminuye. Estos resultados, a diferencia de los obtenidos por Karyotaki et al. (2018) relativos a los tratamientos online, sí están en consonancia con otras investigaciones realizadas con menores expuestos a situaciones de riesgo psicosocial, que apoyan la idea de que la edad es un factor de riesgo para desarrollar problemas con un fuerte componente de desregulación emocional, como los problemas de tipo internalizante o externalizante (Cadamuro et al., 2021; Saylor et al., 2003).

Dado que la hipótesis establecía que los recordatorios serían un modulador de la regulación emocional, se debe afirmar que esta hipótesis no se cumplió.

La **hipótesis 6** establecía que: “Las elevadas puntuaciones en desregulación emocional obtenidas en el pre-test, constituirán un factor de riesgo para que, tras la intervención MAM@, los menores no disminuyan los altos niveles en desregulación emocional”.

Para comprobar esta hipótesis, se agrupó a los sujetos en dos grupos, un grupo que aumentó la desregulación emocional tras la intervención MAM@, y otro que disminuyó la desregulación tras la intervención. Tras ello, se analizó si la puntuación de las escalas de desregulación emocional en el pre-test se asociaba como factor de riesgo o de protección con pertenecer al grupo que disminuyó o aumentó la desregulación emocional. Se observó que las puntuaciones elevadas de desregulación emocional en el pre-test son un impedimento para que el programa consiga reducir los problemas en la regulación emocional; en concreto, las dificultades en realizar conductas dirigidas a metas cuando se está alterado y la falta de claridad emocional son factores de riesgo para no conseguir reducir la desregulación emocional total. La edad también fue un factor de riesgo para no reducir la desregulación emocional tras la intervención con el programa MAM@.

Los resultados indicaron que ciertos factores, como tener dificultades en realizar conductas dirigidas a metas cuando se está alterado, la falta de claridad emocional, y tener mayor edad en el momento de iniciar el tratamiento, actuaron

como factores de riesgo en algunos casos. Esto podría indicar que la presencia de problemas graves en la regulación emocional previos, puede aumentar la vulnerabilidad de los sujetos y obstaculizar la adquisición de habilidades de regulación emocional, generando un empeoramiento de la sintomatología clínica después de la intervención (Cadamuro et al., 2021; Masten y Obradovic, 2008; Terranova et al., 2009; Weems et al., 2007).

En base a lo anteriormente expuesto debemos afirmar que la hipótesis 6 si se cumplió.

### **7.2.2. Limitaciones**

Este estudio presentó varias limitaciones, entre las que cabe destacar:

- El muestreo incidental no garantiza la representatividad de la muestra; sin embargo, fue la única opción viable, ya que los criterios de selección de los sujetos y las características de las poblaciones con las que trabaja el grupo (clínica, tutelados y expuestos a violencia de género en la pareja) limitaron la posibilidad de realizar otro tipo de muestreo, más versátil para realizar en población general.
- Debido a las muestras tan reducidas en cada grupo a analizar, fue imposible realizar una aleatorización que nos permitiera comparar la aceptación y eficacia de la intervención con un grupo control.
- Ya que no hubo grupo control, no se dispone de un punto de referencia para evaluar si los cambios observados se debieron a la intervención, o a otros factores, como la historia natural de los síntomas o la regresión a la media. Sin embargo, las comparaciones entre grupos poblacionales con diferentes afectaciones y experiencias vitales estresantes en el pre-test, pueden, en parte, paliar los efectos de no disponer de un grupo control.
- Dado que el terapeuta habitual de los menores fue quien les evaluó y les hizo llegar la intervención, no se realizó un cegamiento de la evaluación (los evaluadores sabían a qué grupo poblacional pertenecía el menor).



- Debido a que los menores estaban siguiendo un proceso de intervención psicológica, los efectos del programa MAM@ podrían interferir con los efectos del proceso terapéutico presencial. Sin embargo, al estar todos los menores en terapia psicológica, se espera que esa variable extraña no haya interferido.

También cabe señalar varios puntos fuertes de este estudio:

- El objetivo de esta tesis fue el desarrollo y aplicación de un Programa Online que lograra mejorar la autorregulación emocional en menores expuestos a situaciones de riesgo psicosocial. Hasta donde sabemos, MAM@ es el primer programa de autorregulación emocional desarrollado en España para este grupo poblacional, lo que puede suponer un gran avance para consolidar estos programas en el panorama nacional y equiparar las posibilidades terapéuticas de los adolescentes al mismo nivel que en otras partes del mundo.
- Antes de realizar la valoración del programa, se aplicaron cambios en el programa y protocolo de aplicación del MAM@, tras administrar el programa en una prueba piloto a cuatro sujetos; lo que permitió implementar cambios que mejoraron la adherencia a la intervención.
- Volver a evaluar la aceptación, factibilidad y barreras de uso en esta segunda prueba con una población más amplia, permitirá en el futuro implementar los cambios necesarios para hacer del programa MAM@ una herramienta más adaptada al grupo poblacional al que va dirigida.

### 7.2.3. *Implicaciones y líneas futuras*

El programa MAM@ se desarrolló en base al protocolo de tratamiento PEDIMET (López-Soler et al., 2022), con algunas adaptaciones basadas en manuales que abordan la regulación emocional y el trauma (Aguado-Romo, 2016; Álava-Reyes, 2010; Bach, 2015; Canales-Rodríguez et al., 2010; Deb, 2019; Fazzari, 2012; Fromm, 2018; Goleman, 1995; Lomas, 2018; Morgado, 2017; Oaklander, 1988; Pérez-González, 2017; Porges, 2018; Puentes y Aleman, 2018; Rovira, 2019; Sales, 2019; Stamateas, 2012; Verdick y Lisovskis, 2017; Vivas et al., 2007). También se asume que, tras la aplicación del programa, se ha observado que es efectivo, al reducir la desregulación emocional en los menores expuestos a situaciones de estrés psicosocial, además de ser aceptable y bien valorado por los mismos.

En consecuencia, la implicación futura más directa que este estudio tiene consiste en desarrollar, testear y transferir el protocolo PEDIMET de forma completa en formato web.

En esta tesis se ha desarrollado el módulo de autorregulación emocional para menores en situación de riesgo psicosocial. Los datos analizados sugieren que, en futuras versiones del programa, convendría reducir su extensión e incorporar actividades dentro y fuera del programa de tratamiento, que inciten a los menores a practicar o realizar tareas fuera de la web que les ayuden a transferir y generalizar lo aprendido a contextos reales. Incorporar estos elementos podría optimizar la experiencia del usuario en futuras modificaciones del programa y ayudar a mejorar los problemas de desregulación emocional, e incluso los problemas relacionados con sintomatología internalizante y externalizante que se deriven de las citadas dificultades de regulación emocional.

Por otra parte, y de acuerdo con el protocolo de tratamiento PEDIMET, todavía se podrían adaptar a un formato basado en la web los siguientes módulos:

- **Módulo de reestructuración cognitiva.** En este módulo se podrían incluir actividades relacionadas con el descubrimiento de los

pensamientos automáticos, listado de errores cognitivos, combatir los pensamientos automáticos, autoinstrucciones, pensamientos alternativos, y técnicas de detención del pensamiento.

- **Módulo de crecimiento personal.** Se podrían desarrollar actividades relacionadas con las habilidades sociales, habilidades de comunicación, seguridad en las relaciones con los demás, expresión de quejas, saber decir no, pedir y hacer favores, defender los propios derechos, solución de problemas, toma de decisiones y autocontrol.
- **Módulo de reconstrucción de la identidad personal.** En este módulo se podrían incluir actividades relacionadas con la autoimagen, la autoeficacia, análisis de las cualidades personales, análisis del pensamiento que los demás tienen hacia nosotros, autorrefuerzos y desarrollo de la autoeficacia, y emociones positivas y negativas relacionadas con otras personas.
- **Módulo de elaboración del trauma.** En este módulo se podrían incluir actividades relacionadas con la toma de conciencia y el lugar seguro, elaboración del trauma, repaso de lo trabajado en el resto de módulos, narrativa de experiencias traumáticas, Unidades subjetivas de emoción, jerarquía gradual y exposición a eventos temidos, y cierre y elaboración del trauma.

Cada módulo podría contener las mismas fases y etapas que se han propuesto en esta tesis doctoral. Se debería valorar la aceptabilidad y eficacia de cada uno de ellos. Cada desarrollo de los módulos restantes podría, en sí mismo, contribuir a la formación de nuevos doctores en psicología, realizando nuevos estudios de viabilidad y eficacia y publicando, al igual que en esta tesis, los resultados en revistas de impacto.

Como ya se ha comentado, el desarrollo del programa MAM@, tiene importantes implicaciones relacionadas con la realización de nuevas investigaciones y publicaciones en revistas de impacto. Sin embargo, no podemos olvidar las implicaciones prácticas que se pueden derivar de forma

potencial para la vida de los menores, para sus familias y para la sociedad en general, como, por ejemplo:

- En cuanto a la sociedad, el principal valor del programa MAM@ es su Retorno Social de la Inversión. El valor prospectivo de esta intervención es muy importante, debido a que busca reducir la desigualdad y mejorar el bienestar de los menores, reduciendo costes y maximizando beneficios sociales y económicos.
- En lo que respecta a los menores y sus familias, el programa MAM@ podría disminuir el impacto de ciertos factores de riesgo, como la imposibilidad de acceso a servicios de atención psicológica por distancia, falta de recursos económicos o tiempo. También podrá ser un recurso psicológico ante posibles condiciones de aislamiento, tal como sucedió durante el confinamiento por la COVID-19.
- En lo relativo a los beneficios en la atención psicológica habitual, los sanitarios y clínicos que atienden psicológicamente a población infanto-juvenil, podrán disponer de una herramienta novedosa, que implica nuevas tecnologías, lo cual genera mucha atracción entre los menores.

# **CAPÍTULO 8**

## **Conclusiones**

En este apartado se presentan las principales conclusiones que se derivan del estudio de aceptabilidad, usabilidad y eficacia del programa MAM@.

A continuación, se exponen las principales conclusiones obtenidas en este trabajo:

- La aceptación y valoración inicial del programa por parte de los usuarios es un aspecto muy importante en el desarrollo de los mismos. En este sentido, como norma general, los programas de intervención psicológica administrados mediante la web suelen tener un alto nivel de aceptación y valoración por parte de los usuarios, y, el programa de intervención MAM@, presentó una aceptación y valoración inicial muy altas por parte de los usuarios, demostrando que puede llegar a ser un programa agradable, entretenido y seguro para los usuarios.
- Es pertinente y necesario incorporar, en futuras actualizaciones del programa MAM@, o en otros programas futuros, un componente de tareas para casa o transferencia de lo aprendido en contextos reales. Ya que uno de los problemas más frecuentes que se encontraron al administrar el programa MAM@ fue que los menores no aplicaban lo aprendido en situaciones reales, limitando así la generalización de lo aprendido a otras áreas de la vida diaria.
- Los recordatorios no parecen influir en los resultados de eficacia de la intervención MAM@, aunque son un gran aliado para que los menores completen dicho programa de intervención. Ya que, sin ellos, es probable que se les olvide utilizar el programa, dado que esta fue la barrera de uso más común encontrada en el desarrollo de la aplicación del mismo. Además, los recordatorios potencian la adherencia al programa de intervención, lo cual es un factor crítico para que los menores lo completen.
- La intervención MAM@ es capaz de mejorar la regulación emocional de los menores que han recibido la intervención.
- En base a que la intervención consiguió una mejora de la regulación emocional en todos los grupos, especialmente en los grupos con mayor daño emocional; podríamos concluir que los tratamientos psicológicos a través de internet, y, en concreto el programa MAM@, son preferibles a la

ausencia de tratamiento o a los grupos de control. Si bien, esta conclusión es provisional y sería necesaria más investigación, comparando la intervención MAM@ con un grupo control para aportar mayor evidencia empírica a esta conclusión.

- Dado que el programa MAM@ ha mostrado buenos resultados en cuanto a su eficacia, se podría concluir que los tratamientos psicológicos a través de internet, y, en concreto el programa MAM@, se recomiendan cuando no existen otras posibilidades terapéuticas, ya sea por imposibilidad de acceder a ellas por distancia, tiempo, estigma asociado con la búsqueda de ayuda u otros impedimentos. MAM@ ofrece una forma accesible de atención psicológica, superando las barreras geográficas y reduciendo las limitaciones de tiempo y espera para acceder a servicios de psicología sanitaria especializada. Además, MAM@ facilita a los menores una mayor autonomía y potencia la flexibilidad para participar en su propio proceso terapéutico, pudiendo acceder a los recursos y herramientas que brinda el programa en momentos convenientes para ellos, adaptándolos a sus necesidades y preferencias.
- El programa de intervención MAM@ ha demostrado ser un complemento eficaz a la terapia tradicional en los menores expuestos a situaciones de estrés psicosocial.
- Parece que los grupos expuestos a mayor daño emocional son los más beneficiados de la intervención MAM@. Y, en concreto, los chicos obtienen mayores beneficios tras la aplicación del programa que las chicas. De lo cual se desprende que, cuanto más daño emocional existe en los momentos previos a la intervención, cualquier tipo de intervención, por mínima que sea, tiene de por sí valor terapéutico; al menos en poblaciones de menores expuestos a situaciones de riesgo psicosocial, donde la severidad inicial de los síntomas parece ser un factor modulador de los resultados de la intervención.

- Los menores con mayor daño emocional previo pueden requerir intervenciones más intensivas o más apoyo para abordar sus necesidades de tratamiento.
- La edad parece ser un factor de mal pronóstico para mejorar la regulación emocional tras la aplicación del programa MAM@, siendo los adolescentes más mayores más resistentes al cambio terapéutico que los adolescentes más jóvenes.
- Parece ser que los elevados problemas en la regulación emocional en los momentos previos a la intervención, se asocia con el hecho de que los menores no logren mejorar sus problemas de regulación emocional tras la aplicación del programa MAM@.



## Referencias

- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression («Stressbusters») and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151-165. <https://doi.org/10.1017/S1352465808005067>
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(3), 251-275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. ASEBA.
- Achenbach, Tomas. M., & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington.
- Achenbach, Tomas. M., & Edelbrock, E. (1983). *Manual for de Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington.
- Aguado-Romo, R. (2016). *Es emocionante saber emocionarse*. EOS.
- Ahmadi, J., Amiri, A., Ghanizadeh, A., Khademalhosseini, M., Khademalhosseini, Z., Gholami, Z., & Sharifian, M. (2014). Prevalence of Addiction to the Internet, Computer Games, DVD, and Video and Its Relationship to Anxiety and Depression in a Sample of Iranian High School Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(2), 75-80.

- Álava-Reyes, M. J. (2010). *Emociones que hieren*. La Esfera de los Libros.
- Alcántara, M., Castro, M., Martínez, A., Fernández, V., & López-Soler, C. (2017). El sistema de realidad virtual EMMA-Child para el tratamiento del trauma infantil: Experiencias iniciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 26-34.
- Alcántara, M., López-Soler, C., Castro, M., & López-García, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Alcañiz, M., Perpiña, C., Baños, R., Lozano, J. A., Montesa, J., Botella, C., Palacios, A. G., Villa, H., & Alozano, J. (2000). A New Realistic 3D Body Representation in Virtual Environments for the Treatment of Disturbed Body Image in Eating Disorders. *CyberPsychology & Behavior*, 3(3), 433-439. <https://doi.org/10.1089/10949310050078896>
- Allen, B., Shenk, C. E., Dreschel, N. E., Wang, M., Bucher, A. M., Desir, M. P., Chen, M. J., & Grabowski, S. R. (2021). Integrating Animal-Assisted Therapy Into TF-CBT for Abused Youth With PTSD: A Randomized Controlled Feasibility Trial. *Child Maltreatment*, 1077559520988790. <https://doi.org/10.1177/1077559520988790>
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. En *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed (pp. 419-435). The Guilford Press.
- Amaya-Jackson, L., Hagele, D., Sideris, J., Potter, D., Briggs, E. C., Keen, L., Murphy, R. A., Dorsey, S., Patchett, V., Ake, G. S., & Socolar, R. (2018). Pilot to policy: Statewide dissemination and implementation of evidence-

- based treatment for traumatized youth. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3395-0>
- American Psychiatric Association, APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revisión (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.)*. American Psychiatric Association.
- Anderson, R. E. E., Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Prosser, S., & Kenardy, J. (2012). Working alliance in online cognitive behavior therapy for anxiety disorders in youth: Comparison with clinic delivery and its role in predicting outcome. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e88. <https://doi.org/10.2196/jmir.1848>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS One*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety

- disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS ONE*, 9(5).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098118>
- Arrivillaga, C., Rey, L., & Extremera, N. (2020). Adolescents' problematic internet and smartphone use is related to suicide ideation: Does emotional intelligence make a difference? *Computers in Human Behavior*, 110, 106375. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106375>
- Arruabarrena, I., de Paul, J., & Cañas, M. (2019). Implementation of an Early Preventive Intervention Programme for Child Neglect: SafeCare. *Psicothema*, 31(4), 443-449. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.190>
- Asarnow, J. R., Scott, C. V., & Mintz, J. (2010). Web stressbusters. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 221-229.  
<https://doi.org/10.1023/A:1014573803928>
- Bach, E. (2015). *La belleza de sentir, de las emociones a la sensibilidad*. Plataforma Editorial.
- Baita, S. (2015). *Rompecabezas.: Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Baker, S., & Sanders, M. R. (2017). Predictors of Program Use and Child and Parent Outcomes of A Brief Online Parenting Intervention. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(5), 807-817. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0706-8>
- Baker, S., Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Morawska, A. (2017). A randomized controlled trial evaluating a low-intensity interactive online parenting intervention, Triple P Online Brief, with parents of children with early onset

- conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 78-90.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.016>
- Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Gøtestam, K. G., Johansson, A., & Oren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2), 121-127.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00685.x>
- Baldofski, S., Kohls, E., Bauer, S., Becker, K., Bilic, S., Eschenbeck, H., Kaess, M., Moessner, M., Salize, H. J., Diestelkamp, S., Voß, E., Rummel-Kluge, C., & ProHEAD consortium. (2019). Efficacy and cost-effectiveness of two online interventions for children and adolescents at risk for depression (E.motion trial): Study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD consortium. *Trials*, 20(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3156-8>
- Baños, R. M., Cebolla, A., Botella, C., García-Palacios, A., Oliver, E., Zaragoza, I., & Alcaniz, M. (2011). Improving Childhood Obesity Treatment Using New Technologies: The ETIOBE System. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 7, 62-66.  
<https://doi.org/10.2174/1745017901107010062>
- Baños, R. M., Cebolla, A., Oliver, E., Alcañiz, M., & Botella, C. (2013). Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: The ETIOBE Mates. *Health Education Research*, 28(2), 234-248. <https://doi.org/10.1093/her/cys044>
- Baños, R. M., Navarro, J., Vara, M. D., Oliver, E., Botella, C., & Cebolla, A. (2017). Análisis de opinión de los usuarios sobre ETIOBE: Una intervención apoyada en las tecnologías de la información y comunicación para la

- obesidad infantil. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 53-59.
- Baños, R., Marti, A. C., Zaragoza, I., Botella, C., & Alcañiz, M. (2009). Electronic PDA dietary and physical activity registers in a weight loss treatment program for children: A description of the ETIOBE Personal Digital Assistant System. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 2(3), 235-241.
- Barrera, U. de la, Zegarra, S. P., Tamarit, A., Gómez, J. A. G., & Castilla, I. M. (2020). Desarrollo de competencias socioemocionales mediante plataforma tecnológica (programa Emotic): Valoración de los beneficios del programa según los participantes. *Know and Share Psychology*, 1(4). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4382>
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Becht, A. I., Nelemans, S. A., Branje, S. J. T., Vollebergh, W. A. M., Koot, H. M., Denissen, J. J. A., & Meeus, W. H. J. (2016). The quest for identity in adolescence: Heterogeneity in daily identity formation and psychosocial adjustment across 5 years. *Developmental Psychology*, 52(12), 2010-2021. <https://doi.org/10.1037/dev0000245>
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X., & Chamarro, A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1182-1187. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.03.001>

- Berasategi Sancho, N., Idoiaga Mondragón, N., Dosil Santamaría, M., Eiguren Munitis, A., Pikatza Gorrotxategi, N., & Ozamiz Echevarria, N. (2020). *Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua. <https://doi.org/10/43056>
- Berenbaum, S. A., Beltz, A. M., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53-92. <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo* (7.<sup>a</sup> ed.). Médica Panamericana.
- Bjornsdotter, A., Ghaderi, A., & Enebrink, P. (2020). Cluster Analysis of Child Externalizing and Prosocial Behaviors in a Randomized Effectiveness Trial of the Family-Check Up and Internet-Delivered Parent Training (iComet). *Journal for person-oriented research*, 6(2), 88-102. <https://doi.org/10.17505/jpor.2020.22403>
- Boaden, K., Tomlinson, A., Cortese, S., & Cipriani, A. (2020). Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 717. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00717>
- Bolivar, L., Convers, A. M., & Moreno, J. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 8(1), 67-76.
- Boring, J. (2012). *Children of Divorce-Coping with Divorce (CoD-CoD): Evaluating the efficacy of an Internet-based preventative intervention for children of divorce*. Arizona State University.

<https://www.proquest.com/docview/912371699?parentSessionId=fFyPQOceN6LOCs1tMJkvgO4tMPeqmFCR7Kj%2Bpg%2FbRDA%3D&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>

Boring, J., Sandler, I. N., Tein, J.-Y., Horan, J. J., & Vélez, C. E. (2015). Children of divorce—coping with divorce: A randomized control trial of an online prevention program for youth experiencing parental divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 999-1005.  
<https://doi.org/10.1037/a0039567>

Botella, C. (2004). *A virtual environment for the treatment of pathological gambling*. 18-21.

Botella, C., Baños, R., Guillén, V., Perpiña, C., Alcañiz, M., & Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *CyberPsychology & Behavior, 3*(6), 959-968.  
<https://doi.org/10.1089/109493100452228>

Botella, C., & Bretón-López, J. (2014). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 19*(3).  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13897>

Botella, C., Breton-López, J., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Zaragoza, I., & Alcaniz, M. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior, 27*(1), 217-227.  
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.043>

Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Alcañiz, M., & Lozano, J. A. (2009). An e-health system for the



- elderly (Butler Project): A pilot study on acceptance and satisfaction. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 12(3), 255-262. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0325>
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(4), 407-421. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0224>
- Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Banos, R. M., & Alcaniz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 46-57. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.007>
- Botella, C., Hofmann, S. G., & Moscovitch, D. A. (2004). A self-applied, Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 821-830. <https://doi.org/10.1002/jclp.20040>
- Botella, C., Moragrega, I., Baños, R., & García-Palacios, A. (2011). Online predictive tools for intervention in mental illness: The OPTIMI project. *Studies in Health Technology and Informatics*, 163, 86-92.
- Botella, C., Pérez-Ara, M. Á., Bretón-López, J., Quero, S., García-Palacios, A., & Baños, R. M. (2016). In Vivo versus Augmented Reality Exposure in the Treatment of Small Animal Phobia: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 11(2), e0148237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148237>
- Bounce Back Now. (2021). *Bouncebacknow.org*. <https://www.bouncebacknow.org/>

- Branje, S. (2018). Development of Parent–Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism of Change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176. <https://doi.org/10.1111/cdep.12278>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, E. J., Goodman, R. F., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Chaplin, W. F. (2020). An Exploratory Trial of Cognitive-Behavioral vs Client-Centered Therapies for Child-Mother Dyads Bereaved from Terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(1), 113-125. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00264-2>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Miller, L. M., Talbot, E., & Lum, A. (2015). A Web-Based Adolescent Positive Psychology Program in Schools: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(7), e187. <https://doi.org/10.2196/jmir.4329>
- Buscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., & Sander, L. (2020). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 3(4), e203933. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933>
- Buttazzoni, A., Brar, K., & Minaker, L. (2021). Smartphone-Based Interventions and Internalizing Disorders in Youth: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 23(1), e16490. <https://doi.org/10.2196/16490>

- Cadamuro, A., Birtel, M. D., Di Bernardo, G. A., Crapolicchio, E., Vezzali, L., & Drury, J. (2021). Resilience in children in the aftermath of disasters: A systematic review and a new perspective on individual, interpersonal, group, and intergroup level factors. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 31*(3), 259-275. <https://doi.org/10.1002/casp.2500>
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1021-1032. <https://doi.org/10.1037/a0017391>
- Camden, C., Pratte, G., Fallon, F., Couture, M., Berbari, J., & Tousignant, M. (2020). Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: Results from a systematic review. *Disability and Rehabilitation, 42*(24), 3424-3436. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750>
- Canales-Rodríguez, E., Abaunza-Canales, G., Dimas-Márquez, S. S., Martínez-Rodríguez, R. D. C., Ramos-Hernández, L., & Benítez-Corona, L. (2010). *Cómo convertirse en el detective de tus propias emociones. Aprendiendo a manejar emociones en secundaria para desarrollar aptitudes resilientes*. Ángeles.
- Carlson, E. B., & Balenberg, C. J. (2000). A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*(1), 4-28. <https://doi.org/10.1177/1524838000001001002>
- Carrasco, A. E. (2016). Acceptability of an adventure video game in the treatment of female adolescents with symptoms of depression. *Research in*

- Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1).  
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.182>
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Jordana, C. G., & Fargues, M. B. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204.
- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Frouin, V., Gallinat, J., Garavan, H., Martinot, J.-L., Nees, F., Paus, T., Pausova, Z., Rietschel, M., Smolka, M. N., Robbins, T. W., Whelan, R., ... IMAGEN Consortium. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1039-1052. <https://doi.org/10.1037/abn0000193>
- Castilla, D., Garcia-Palacios, A., Bretón-López, J., Miralles, I., Baños, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., & Botella, C. (2013). Process of design and usability evaluation of a telepsychology web and virtual reality system for the elderly: Butler. *International Journal of Human-Computer Studies*, 71(3), 350-362. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2012.10.017>
- Castro, M., Martínez, A., López-Soler, C., López-García, J. J., & Alcántara, M. (2019). Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 378-389. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1894>
- Castro-Díez, M. del P., Saldaña-López, A., Belliure-Ferrer, J. I., Espigares-Pinilla, M. T., Ruiz-Benito, P., Coelho-Dos Santos, A. M., & Morales-Castilla, I. (2019). *Métodos de análisis de datos en Ecología con R*. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/41369>

- Catalá-López, F., Tobías, A., & Roqué, M. (2014). Conceptos básicos del metaanálisis en red. *Atención Primaria*, 46(10), 573-581. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.006>
- Cerniglia, L., Guicciardi, M., Sinatra, M., Monacis, L., Simonelli, A., & Cimino, S. (2019). The Use of Digital Technologies, Impulsivity and Psychopathological Symptoms in Adolescence. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 9(8), E82. <https://doi.org/10.3390/bs9080082>
- Cervera, I. M., López-Soler, C., Alcántara, M., Castro, M., Fernández, V., & Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cheng, C., & Li, A. Y. (2014). Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(12), 755-760. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0317>
- Chóliz, M., & Villanueva, V. (2011). Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, 2, 165-183.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.1.6>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brower.
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett, B. (2021). A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. *Journal*

*of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 22(1), 52-68.  
<https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>

Cohen, E., & Tisch, R. (2021). The Online Adaptation and Outcomes of a Family-Based Intervention Addressing Substance Use Disorders. *Research on Social Work Practice*, 31(3), 244-253.  
<https://doi.org/10.1177/1049731520975860>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (Hillsdale).

Collins, E. M. (2009). *Can U tell me how to get to Sesame Street*'. [Www.Army.Mil](http://www.army.mil).  
[https://www.army.mil/article/27722/can\\_u\\_tell\\_me\\_how\\_to\\_get\\_to\\_sesame\\_street](https://www.army.mil/article/27722/can_u_tell_me_how_to_get_to_sesame_street)

Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1240-1266. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.6.1240>

Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>

Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 581-592.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp095>

- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck Outside and Inside: An Exploratory Study on the Effects of the COVID-19 Outbreak on Italian Parents and Children's Internalizing Symptoms. *Frontiers in Psychology, 11*, 586074. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586074>
- Cuesta, U., & Gaspar, S. (2013). Análisis motivacional del uso del smartphone entre jóvenes: Una investigación cualitativa. *Historia y Comunicación Social, 18*, 435-447. [https://doi.org/10.5209/rev\\_HICS.2013.v18.44252](https://doi.org/10.5209/rev_HICS.2013.v18.44252)
- Culver, K. A., Whetten, K., Boyd, D. L., & O'Donnell, K. (2015). Yoga to Reduce Trauma-Related Distress and Emotional and Behavioral Difficulties Among Children Living in Orphanages in Haiti: A Pilot Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21*(9), 539-545. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0017>
- Dadds, M. R., Thai, C., Diaz, A. M., Broderick, J., Moul, C., Tully, L. A., Hawes, D. J., Davies, S., Burchfield, K., & Cane, L. (2019). Therapist-assisted online treatment for child conduct problems in rural and urban families: Two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(8), 706-719. <https://doi.org/10.1037/ccp0000419>
- Dahiya, A. V., DeLucia, E., McDonnell, C. G., & Scarpa, A. (2021). A systematic review of technological approaches for autism spectrum disorder assessment in children: Implications for the COVID-19 pandemic. *Research in Developmental Disabilities, 109*, 103852. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103852>
- Dawson, K., Joscelyne, A., Meijer, C., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2018). A controlled trial of trauma-focused therapy versus problem-solving in

- Islamic children affected by civil conflict and disaster in Aceh, Indonesia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 253-261. <https://doi.org/10.1177/0004867417714333>
- Day, J. J., & Sanders, M. R. (2018). Do Parents Benefit From Help When Completing a Self-Guided Parenting Program Online? A Randomized Controlled Trial Comparing Triple P Online With and Without Telephone Support. *Behavior Therapy*, 49(6), 1020-1038. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.002>
- de Boer, K., Muir, S. D., Silva, S. S. M., Nedeljkovic, M., Seabrook, E., Thomas, N., & Meyer, D. (2021). Videoconferencing psychotherapy for couples and families: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 259-288. <https://doi.org/10.1111/jmft.12518>
- Degli, M., Pinto, S. M., Humphreys, D. K., Sale, R. D., & Bowes, L. (2020). Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104281. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104281>
- de Lijster, J. M., Dieleman, G. C., Utens, E. M. W. J., van der Ende, J., Alexander, T. M., Boon, A., Hillegers, M. H. J., & Legerstee, J. S. (2019). Online attention bias modification in combination with cognitive-behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behaviour Change*, 36(4), 200-215. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.8>
- de Vries, H. T., Nakamae, T., Fukui, K., Denys, D., & Narumoto, J. (2018). Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of



- Japanese adult psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 18(1), 9.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1588-z>
- Deb, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia, cómo unirse al ritmo de la regulación*. Eleftheria.
- del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. TEA Ediciones.
- del Barrio, V., Spielberger, C. D., & Aluja, A. (2005). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (STAXI-NA)*. TEA Ediciones.
- DePierro, J., D'Andrea, W., Spinazzola, J., Stafford, E., van Der Kolk, B., Saxe, G., Stolbach, B., McKernan, S., & Ford, J. D. (2019). Beyond PTSD: Client presentations of developmental trauma disorder from a national survey of clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 14(7), 1167-1174. <https://doi.org/10.1037/tra0000532>
- Díaz, L., & de la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Dittman, C. K., Farruggia, S. P., Palmer, M. L., Sanders, M. R., & Keown, L. J. (2014). Predicting success in an online parenting intervention: The role of child, parent, and family factors. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 28(2), 236-243. <https://doi.org/10.1037/a0035991>
- Domínguez, D. C. (2011). Los retos de la era de las TICs: Nativos digitales contra inmigrantes. *Comunicación y Medios*, 23, 23-36. <https://doi.org/10.5354/rcm.v0i23.26336>

- Dominguez-Rodriguez, A., Oliver, E., Cebolla, A., Albertini, S., Ferrini, L., Gonzalez-Segura, A., de la Cruz, E., Kronika, K., Nilsen, T., Botella, C., Baños, R., Dominguez-Rodriguez, A., Oliver, E., Cebolla, A., Albertini, S., Ferrini, L., Gonzalez-Segura, A., de la Cruz, E., Kronika, K., ... Baños, R. (2017). Serious games to teach nutrition education to children between 9 to 12 years old. Pickit! And cookit! *Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, Social-Informatics and Telecommunications Engineering, LNICST*, 181, 143-147. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49655-9\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49655-9_19)
- Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2017). Does an online CBT program for anxiety impact upon sleep problems in anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(2), 211-221. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188700>
- Döpfner, M., Wähnke, L., Klemp, M.-T., Mühlenmeister, J., Schürmann, S., Hellmich, M., & Plück, J. (2020). Efficacy of web-assisted self-help for parents of children with ADHD (WASH)—A three-arm randomized trial under field/routine care conditions in Germany. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2481-0>
- DuPaul, G. J., Kern, L., Belk, G., Custer, B., Daffner, M., Hatfield, A., & Peek, D. (2018). Face-to-Face Versus Online Behavioral Parent Training for Young Children at Risk for ADHD: Treatment Engagement and Outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(1), S369-S383. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1342544>

- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS One*, *10*(3), e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- ECoWeB. (2020). *MyMoodCoach*. Mymoodcoach. <https://www.mymoodcoach.com/who-is-involved?lang=es>
- ehubHealth. (2021). *Moodgym CBT training program*. <https://moodgym.com.au/>
- El-Khodary, B., & Samara, M. (2019a). Effectiveness of a School-Based Intervention on the Students' Mental Health After Exposure to War-Related Trauma. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 1031. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01031>
- El-Khodary, B., & Samara, M. (2019b). The mediating role of trait emotional intelligence, prosocial behaviour, parental support and parental psychological control on the relationship between war trauma, and PTSD and depression. *Journal of Research in Personality*, *81*, 246-256. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.06.004>
- Enebrink, P., Högström, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(4), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.006>
- Ennis, N., Sijercic, I., & Monson, C. M. (2018). Internet-delivered early interventions for individuals exposed to traumatic events: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.9795>

- Espinosa, R., López-Soler, C., Castro, M., Martínez, A., Lopez, J. A., Cervera, I., Fernández, V., & Alcantara, M. (2018). The Child PTSD Symptom Scale in Abused Children: Criteria for Diagnosis. *Journal of Mental Disorders and Treatment*, 4(154). <https://doi.org/10.4172/2471-271X.1000154>
- Espinosa, V., García Escalera, J., Arnáez, S., Valiente García, R. M., Sandín, B., Schmitt, J. C., & Chorot, P. (2022). Administración telemática del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes (tUP-A): Un estudio de casos. *Acción psicológica*, 19(2), 149-162.
- Etchemendy, E., Baños, R. M., Botella, C., Castilla, D., Alcañiz, M., Rasal, P., & Farfallini, L. (2011). An e-health platform for the elderly population: The butler system. *Computers & Education*, 56(1), 275-279. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2010.07.022>
- Fam, J. Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(5), 524-531. <https://doi.org/10.1111/sjop.12459>
- Farina, V., Salemi, S., Tatari, F., Abdoli, N., Jouybari, T. A., Alikhani, M., Basanj, B., & Zakiei, A. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 33. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_80\\_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_80_17)
- Farrell, L. J., Miyamoto, T., Donovan, C., Waters, A., Krisch, K., & Ollendick, T. (2021). Virtual Reality One-Session Treatment of Child-Specific Phobia of Dogs: A Controlled, Multiple Baseline Case Series. *Behavior therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.06.003>

- Fayyad, J., Cordahi-Tabet, C., Yeretjian, J., Salamoun, M., Najm, C., & Karam, E. G. (2017). Resilience-promoting factors in war-exposed adolescents: An epidemiologic study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0871-0>
- Fazzari, J. (2012). *Los doce sentimientos principales*. Mensajero.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry, 62*(1), 66-72. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.1.66>
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program Super Skills For Life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema, 31*(3), 298-304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020). One-Year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 262*, 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., & del Barrio, V. (2015). *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)*. TEA Ediciones.
- Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., & Merry, S. (2012). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural*

and *Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 529-541.

<https://doi.org/10.1017/S1352465811000695>

Fleming, T. M., Cheek, C., Merry, S. N., Thabrew, H., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M., Perry, Y., & Hetrick, S. (2014). Serious games for the treatment or prevention of depression: A systematic review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 227-242. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13904>

Flores, J., Caqueo-Urizar, A., Ramírez, C., Arancio, G., & Cofré, J. P. (2020). Locus of Control, Self-Control, and Gender as Predictors of Internalizing and Externalizing Problems in Children and Adolescents in Northern Chile. *Frontiers in Psychology*, 11, 2015. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02015>

Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., & Gómez, I. (2019). Technology-based parenting interventions for children's physical and psychological health: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1787-1798. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000692>

Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for Trauma-Exposed Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(1), 38-46. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>

Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric

- properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-384.  
[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003\\_9](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9)
- Forbes, E. E., & Dahl, R. E. (2010). Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and Cognition*, 72(1), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.007>
- Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(2), 109. <https://doi.org/10.3390/medicina57020109>
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 91(1), 42-62. <https://doi.org/10.1111/papt.12143>
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393-2400. <https://doi.org/10.1017/S003329171700040X>
- Fromm, E. (2018). *El arte de amar*. Paidós.
- Fumero, A., Marrero, R. J., Bethencourt, J. M., & Peñate, W. (2020). Risk factors of internet gaming disorder symptoms in Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*, 111, 106416. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106416>
- Fundación Internet, Salud y Sociedad. (2020). *Control y Monitor: Ansiedad, Ánimo y Autoestima*. <https://www.fundacionisys.org/es/apps-general/205-mentales/799-control-y-monitor-ansiedad-animo-y-autoestima>

- Furr, J. M., Comer, J. S., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Disasters and youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 765-780. <https://doi.org/10.1037/a0021482>
- Gerrits, R., van der Zanden, R. A., Visscher, R. F. M., & Conijn, B. P. (2007). *Master your mood online: A preventive chat group intervention for adolescents*. <https://doi.org/10.5172/jamh.6.3.152>
- Gladstone, T., Buchholz, K. R., Fitzgibbon, M., Schiffer, L., Lee, M., & Voorhees, B. W. V. (2020). Randomized Clinical Trial of an Internet-Based Adolescent Depression Prevention Intervention in Primary Care: Internalizing Symptom Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217736>
- Gladstone, T. G., Marko-Holguin, M., Rothberg, P., Nidetz, J., Diehl, A., DeFrino, D. T., Harris, M., Ching, E., Eder, M., Canel, J., Bell, C., Beardslee, W. R., Brown, C. H., Griffiths, K., & Van Voorhees, B. W. (2015). An internet-based adolescent depression preventive intervention: Study protocol for a randomized control trial. *Trials, 16*(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0705-2>
- Gladstone, T., Marko-Holguin, M., Henry, J., Fogel, J., Diehl, A., & Van Voorhees, B. W. (2014). Understanding adolescent response to a technology-based depression prevention program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 43*(1), 102-114. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850697>



- Gladstone, T. R. G., Terrizzi, D. A., Paulson, A., Nidetz, J., Canel, J., Ching, E., Berry, A. D., Cantorna, J., Fogel, J., Eder, M., Bolotin, M., Thomann, L. O., Griffiths, K., Ip, P., Aaby, D. A., Brown, C. H., Beardslee, W., Bell, C., Crawford, T. J., ... Van Voorhees, B. W. (2018). Effect of Internet-Based Cognitive Behavioral Humanistic and Interpersonal Training vs Internet-Based General Health Education on Adolescent Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 1(7). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4278>
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159-170. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & De La Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401-408.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J., & Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(8), 888-899. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x>
- Gorsuch, R. (1983). *Factor Analysis* (2.<sup>a</sup> ed.). LEA.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial

- validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Groves, C., Griffiths, K., & Christensen, H. (2003). *Working out MoodGYM: A user's guide*. Canberra. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Working+out+MoodGYM:+A+user%27s+guide&author=C+Groves&author=K+Griffiths&author=H+Christensen&publication\\_year=2003&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Working+out+MoodGYM:+A+user%27s+guide&author=C+Groves&author=K+Griffiths&author=H+Christensen&publication_year=2003&)
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>
- Guest, C. (2015, septiembre 28). SPARX; a new self-help online tool for young people. *Le Va*. <https://www.leva.co.nz/news/sparx-a-new-self-help-online-tool-for-young-people/>
- Hasan, S., Qasim, A., & Yasmeen, R. (2020). Trauma focused cognitive behavior therapy for sexually abused children with co-occurring psychological problems. *Pakistan Pediatric Journal*, 44(1), 51-60.
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60-73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2018). Do worry and its associated cognitive variables alter following CBT treatment in a youth population with Social Anxiety Disorder? Results from a randomized

- controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 46-57.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.005>
- Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S., & Riper, H. (2017). The Benefit of Web- and Computer-Based Interventions for Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(2), e32. <https://doi.org/10.2196/jmir.5774>
- Helland, S. S., Mellblom, A. V., Kjøbli, J., Wentzel-Larsen, T., Espenes, K., Engell, T., & Kirkøen, B. (2022). Elements in Mental Health Interventions Associated with Effects on Emotion Regulation in Adolescents: A Meta-Analysis. *Administration and Policy in Mental Health*, 49(6), 1004-1018.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-022-01213-2>
- Hernandez, R. P. (2020). *Gender differences in the outcomes of an internet-based intervention for depression prevention in adolescents*. Palo Alto University.  
<https://www.proquest.com/docview/2322787825?sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Hetrick, S. E., Yuen, H. P., Bailey, E., Cox, G. R., Templer, K., Rice, S. M., Bendall, S., & Robinson, J. (2017). Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): A randomised controlled trial. *Evidence-Based Mental Health*, 20(3), 76-85.  
<https://doi.org/10.1136/eb-2017-102719>
- Hoek, W., Marko, M., Fogel, J., Schuurmans, J., Gladstone, T., Bradford, N., Domanico, R., Fagan, B., Bell, C., Reinecke, M. A., & Van Voorhees, B. W. (2011). Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with

- an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. *Translational research: the journal of laboratory and clinical medicine*, 158(6), 315-325. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2011.07.006>
- Högström, J., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). The moderating role of child callous-unemotional traits in an Internet-based parent-management training program. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 314-323. <https://doi.org/10.1037/a0031883>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huang, Y.-L., Chen, S.-H., Su, Y.-J., & Kung, Y.-W. (2017). Attachment Dimensions and Post-traumatic Symptoms Following Interpersonal Traumas versus Impersonal Traumas in Young Adults in Taiwan. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 33(3), 233-243. <https://doi.org/10.1002/smi.2702>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Ibarrola, B. (2010). *Tú tienes la culpa de todo*. Grupo SM.
- INE. (2022). *Instituto Nacional de Estadística*. INE. <https://www.ine.es/>
- Instituto de Adicciones de Madrid. (2009). Estudio del uso problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los

- adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid. *Trastornos Adictivos*, 11(3), 151-163. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(09\)72407-9](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(09)72407-9)
- Ip, P., Chim, D., Chan, K. L., Li, T. M. H., Ho, F. K. W., Van Voorhees, B. W., Tiwari, A., Tsang, A., Chan, C. W. L., Ho, M., Tso, W., & Wong, W. H. S. (2016). Effectiveness of a culturally attuned Internet-based depression prevention program for Chinese adolescents: A randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 33(12), 1123-1131. <https://doi.org/10.1002/da.22554>
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F., & Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research & Theory*, 15(3), 309-320. <https://doi.org/10.1080/16066350701350247>
- John-Baptiste Bastien, R., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598-1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>
- Jones, S., Calam, R., Sanders, M., Diggle, P. J., Dempsey, R., & Sadhnani, V. (2014). A pilot web based positive parenting intervention to help bipolar parents to improve perceived parenting skills and child outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 283-296. <https://doi.org/10.1017/S135246581300009X>
- Jones, S. H., Jovanoska, J., Calam, R., Wainwright, L. D., Vincent, H., Asar, O., Diggle, P. J., Parker, R., Long, R., Sanders, M., & Lobban, F. (2017). Web-based integrated bipolar parenting intervention for parents with bipolar

- disorder: A randomised controlled pilot trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(9), 1033-1041. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12745>
- Kaplan, K., Solomon, P., Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Assessing an Internet-based parenting intervention for mothers with a serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 222-231. <https://doi.org/10.1037/prj0000080>
- Karbasi, A., & Haratian, A. (2018). The Efficacy of Internet-based Cognitive Behavioral Therapy on the Anxiety Disorders among Adolescent Girls. *Advanced biomedical research*, 7, 13. [https://doi.org/10.4103/abr.abr\\_203\\_16](https://doi.org/10.4103/abr.abr_203_16)
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., Rozental, A., Lange, A., Williams, A. D., Zarski, A. C., Geraedts, A., van Straten, A., Kleiboer, A., Meyer, B., Ünlü Ince, B. B., Buntrock, C., Lehr, D., Snoek, F. J., Andrews, G., ... Cuijpers, P. (2018). Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 80-92. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.007>
- Kassam-Adams, N., Marsac, M. L., Kohser, K. L., Kenardy, J., March, S., & Winston, F. K. (2016). Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(1), 138-148. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv057>
- Kauer, S. D., Reid, S. C., Crooke, A. H. D., Khor, A., Hearps, S. J. C., Jorm, A. F., Sanci, L., & Patton, G. (2012). Self-monitoring using mobile phones in the

- early stages of adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e67. <https://doi.org/10.2196/jmir.1858>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Khatcherian, E., & Zdanowicz, N. (2018). Why do cyberbullied adolescents stay in contact with their harasser? A Literature Review and Reflection on Cyberbullied Adolescents' Coping Strategies. *Psychiatria Danubina*, 30(7), 537-540.
- Kim, S. Y., Kim, M.-S., Park, B., Kim, J.-H., & Choi, H. G. (2018). Lack of sleep is associated with internet use for leisure. *PloS One*, 13(1), e0191713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191713>
- Kinderman, P., Hagan, P., King, S., Bowman, J., Chahal, J., Gan, L., McKnight, R., Waldon, C., Smith, M., Gilbertson, J., & Tai, S. (2016). The feasibility and effectiveness of Catch It, an innovative CBT smartphone app. *BJPsych Open*, 2(3), 204-209. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002436>
- Klasen, H., & Crombag, A.-C. (2013). What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 595-611. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0566-x>
- Kleiboer, A., Smit, J., Bosmans, J., Ruwaard, J., Andersson, G., Topooco, N., Berger, T., Krieger, T., Botella, C., Baños, R., Chevreur, K., Araya, R.,

- Cerga-Pashoja, A., Cieślak, R., Rogala, A., Vis, C., Draisma, S., van Schaik, A., Kemmeren, L., ... Riper, H. (2016). European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): Study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trials*, *17*(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1511-1>
- Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2010). Identity Formation in Adolescence: Change or Stability? *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(2), 150-162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Kovacs, M. (1992). *Children`s Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems.
- Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P., & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(5), 40-50. <https://doi.org/10.2196/jmir.3261>
- Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, *33*(5), 683-698. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.11.002>
- Kronenberg, M. E., Hansel, T. C., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, *81*(4), 1241-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01465.x>
- Kruger, J. R., Kim, P., Iyer, V., Marko-Holguin, M., Fogel, J., DeFrino, D., Gladstone, T., & Van Voorhees, B. W. (2017). Evaluation of protective and



- vulnerability factors for depression following an internet-based intervention to prevent depression in at-risk adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(2), 69-84. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1308264>
- Kuosmanen, T., Fleming, T. M., & Barry, M. M. (2018). The implementation of SPARX-R computerized mental health program in alternative education: Exploring the factors contributing to engagement and dropout. *Children and Youth Services Review*, 84, 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.032>
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026-4052.
- Labrador, F., & Villadongos, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Lange, A., & Ruwaard, J. (2010). Ethical Dilemmas in Online Research and Treatment of Sexually Abused Adolescents. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e58. <https://doi.org/10.2196/jmir.1455>
- Lansing, A. E., Plante, W. Y., Beck, A. N., & Ellenberg, M. (2018). Loss and Grief Among Persistently Delinquent Youth: The Contribution of Adversity Indicators and Psychopathy-Spectrum Traits to Broadband Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 375-389. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0209-9>

- Lee, S. Y., Park, E.-C., Han, K.-T., Kim, S. J., Chun, S.-Y., & Park, S. (2016). The Association of Level of Internet Use with Suicidal Ideation and Suicide Attempts in South Korean Adolescents: A Focus on Family Structure and Household Economic Status. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 61(4), 243-251. <https://doi.org/10.1177/0706743716635550>
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2019). Online Social anxiety Cognitive therapy for Adolescents (OSCA): Protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3651-6>
- Lewinsohn, P. M., Shankman, S. A., Gau, J. M., & Klein, D. N. (2004). The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34(4), 613-622. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001466>
- Li, W., O'Brien, J. E., Snyder, S. M., & Howard, M. O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in U.S. University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PLOS ONE*, 10(2), e0117372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117372>
- Lillevoll, K. R., Vangberg, H. C. B., Griffiths, K. M., Waterloo, K., & Eisemann, M. R. (2014). Uptake and adherence of a self-directed internet-based mental health intervention with tailored e-mail reminders in senior high schools in Norway. *BMC Psychiatry*, 14, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-14>
- Lindqvist, K., Mechler, J., Carlbring, P., Lilliengren, P., Falkenström, F., Andersson, G., Johansson, R., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H.-S. J., Bergsten, K. L., Midgley, N., Sandell, R., Thorén, A., Topooco, N., Ulberg,

- R., & Philips, B. (2020). Affect-focused psychodynamic internet-based therapy for adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3). <https://doi.org/10.2196/18047>
- Liu, J. (2004). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 17(3), 93-103.
- Lomas, T. (2018). *El poder positivo de las emociones negativas*. Urano.
- Lopez-Fernandez, O. (2015). Cross-Cultural Research on Internet Addiction: A Systematic Review. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 1(2). <https://doi.org/10.23937/2474-3631/1510011>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., & Botella, C. (2011). Sistema de Realidad Virtual EMMA-Infancia en el Tratamiento Psicológico de un Menor con Estrés Postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 189-206.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., & López-Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto-Larrocha, M., Alcántara, M. V., Castro, M., & López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones

- emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- López-Soler, C., Martínez, A., Alcántara, M., Castro, M., & Fernández, V. (2022). *Reacciones postraumáticas a lo largo del desarrollo: Intervención en Trauma del Desarrollo*. Klinik.
- Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.011>
- Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Cunningham, M., Wuthrich, V., Schniering, C., Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2014). *ChilledOut Online Program*. Sydney: Centre for Emotional Health, Macquarie University.
- Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y., Chen, S., Kirwan, R., Zhou, H., Yan, N., Rahman, A., Wang, W., & Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.021>
- Manicavasagar, V., Horswood, D., Burckhardt, R., Lum, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2014). Feasibility and effectiveness of a web-based positive psychology program for youth mental health: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(6), e140. <https://doi.org/10.2196/jmir.3176>
- Marceau, K., Ram, N., & Susman, E. (2015). Development and Lability in the Parent-Child Relationship During Adolescence: Associations with Pubertal Timing and Tempo. *Journal of research on adolescence: The Official*

- Journal of the Society for Research on Adolescence*, 25(3), 474-489.  
<https://doi.org/10.1111/jora.12139>
- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5), 474-487.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn099>
- March, S., Spence, S. H., Donovan, C. L., & Kenardy, J. A. (2018). Large-Scale Dissemination of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety: Feasibility and Acceptability Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e234. <https://doi.org/10.2196/jmir.9211>
- Marsac, M. L., Hildenbrand, A. K., Kohser, K. L., Winston, F. K., Li, Y., & Kassam-Adams, N. (2013). Preventing posttraumatic stress following pediatric injury: A randomized controlled trial of a web-based psycho-educational intervention for parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(10), 1101-1111. Scopus. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst053>
- Marsac, M. L., Kohser, K. L., Winston, F. K., Kenardy, J., March, S., & Kassam-Adams, N. (2013). Using a web-based game to prevent posttraumatic stress in children following medical events: Design of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21311>
- Marsac, M. L., Winston, F. K., Hildenbrand, A. K., Kohser, K. L., March, S., Kenardy, J., & Kassam-Adams, N. (2015). Systematic, theoretically-grounded development and feasibility testing of an innovative, preventive web-based game for children exposed to acute trauma. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(1), 12-24. <https://doi.org/10.1037/cpp0000080>

- Maskey, M., Rodgers, J., Grahame, V., Glod, M., Honey, E., Kinnear, J., Labus, M., Milne, J., Minos, D., McConachie, H., & Parr, J. R. (2019). A Randomised Controlled Feasibility Trial of Immersive Virtual Reality Treatment with Cognitive Behaviour Therapy for Specific Phobias in Young People with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 1912-1927. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3861-x>
- Matte-Landry, A., & Collin-Vézina, D. (2020). Cognitive outcomes of children who have experienced complex trauma: A systematic review protocol. *JB/Evidence Synthesis*, 18(3), 543-552. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00036>
- Mayorga-Lascano, M., & Moreta-Herrera, R. (2019). Síntomas clínicos, subclínicos y necesidades de atención psicológica en estudiantes universitarios con bajo rendimiento. *Revista Educación*, 311-325. <https://doi.org/10.15517/revedu.v43i2.32239>
- Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2018). Children with externalizing behavior problems. En M. R. Sanders & T. G. Mazzucchelli (Eds.), *The power of positive parenting: Transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P system* (pp. 85-96). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190629069.003.0006>
- McGar, A. B., Kindler, C., & Marsac, M. (2019). Electronic health interventions for preventing and treating negative psychological sequelae resulting from pediatric medical conditions: Systematic review. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 2(2). <https://doi.org/10.2196/12427>

- McLean, S. A., Booth, A. T., Schnabel, A., Wright, B. J., Painter, F. L., & McIntosh, J. E. (2021). Exploring the Efficacy of Telehealth for Family Therapy Through Systematic, Meta-analytic, and Qualitative Evidence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(2), 244-266. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00340-2>
- McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C. D., McKee, C., & MacMillan, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: A systematic review update. *BMC Pediatrics*, 20(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., Clark, D. M., Boyle, A., Watson, P., Goodyer, I., & Dalgleish, T. (2017). Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(5), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12673>
- Mendoza, C. L., Sánchez, M. L., Temoche, H. F., Silva, L., Castillo, D. P., Villegas, P., Silvano, R., Lozano, R. M., Donayre, J., Sandoval, Y., Rojas, J., Saavedra, J., Alcántara, E., Wortelboer, S., Coba, L., Boñón, V., & Ortega, J. (2012). *Guía para una intervención integral en Prevención de los Riesgos Psicosociales en Niño, Niñas y Adolescentes* (p. 60). Alianza para la Protección y Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes.
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of

- mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344, e2598. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2598>
- Mesurado, B., Oñate, M. E., Rodriguez, L. M., Putrino, N., Guerra, P., & Vanney, C. E. (2020). Study of the efficacy of the Hero program: Cross-national evidence. *PloS One*, 15(9), e0238442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238442>
- Mesurado, M. B., Distefano, M. J., Robiolo, G., & Richaud, M. C. (2019). The Hero program: Development and initial validation of an intervention program to promote prosocial behavior in adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(8), 1-20. <https://doi.org/10.1177/0265407518793224>
- Metcalfe, R. E., Matulis, J. M., Cheng, Y., & Stormshak, E. A. (2021). Therapeutic alliance as a predictor of behavioral outcomes in a relationally focused, family-centered telehealth intervention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 473-484. <https://doi.org/10.1111/jmft.12517>
- Miller, J. G., Chahal, R., & Gotlib, I. H. (2022). Early Life Stress and Neurodevelopment in Adolescence: Implications for Risk and Adaptation.



- Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 54, 313-339.  
[https://doi.org/10.1007/7854\\_2022\\_302](https://doi.org/10.1007/7854_2022_302)
- MindTools. (2017). *Triple P Online—Expert Review*. MindTools.io.  
<https://mindtools.io/programs/triple-p-online/>
- Mitchell, L. M., Joshi, U., Patel, V., Lu, C., & Naslund, J. A. (2021). Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 284, 157-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.092>
- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balázsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Moeini, B., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Ghaleiha, A., & Taheri, M. (2019). Examining the effectiveness of a web-based intervention for depressive symptoms in female adolescents: Applying social cognitive theory. *Journal of Research in Health Sciences*, 19(3).
- Moltrecht, B., Deighton, J., Patalay, P., & Edbrooke-Childs, J. (2021). Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 829-848. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01498-4>
- Morahan-Martin, J. (2001). Chapter 10 - Caught in the Web: Research and Criticism of Internet Abuse with Application to College Students. En C. R. Wolfe (Ed.), *Learning and Teaching on the World Wide Web* (pp. 191-219). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012761891-3/50013-8>

- Morawska, A., Tometzki, H., & Sanders, M. R. (2014). An evaluation of the efficacy of a triple P-Positive parenting program podcast series. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 35*(2), 128-137.  
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000020>
- Morgado, I. (2017). *Emociones corrosivas, cómo afrontar la envidia, la codicia, la culpabilidad, la vergüenza, el odio y la vanidad*. Ariel.
- Morgan, A. J., Rapee, R. M., Salim, A., & Bayer, J. K. (2018). Predicting Response to an Internet-Delivered Parenting Program for Anxiety in Early Childhood. *Behavior Therapy, 49*(2), 237-248.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.009>
- Mostan, S., Bar-Kalifa, E., Yirmiya, K., & Feldman, R. (2021). Physiological and social synchrony as markers of PTSD and resilience following chronic early trauma. *Depression and Anxiety, 38*, 89-99.  
<https://doi.org/10.1002/da.23106>
- Moya, J., Viruela, A., Mezquita, L., Villa, H., Ibáñez, M. I., & Ortet, G. (2014). Stability and change of personality in adolescents: A 4-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 60*(15).  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.367>
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., Batalla-Martínez, C., López-Morón, M. R., Manresa, J. M., & Torán-Monserrat, P. (2014). Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. Estudio JOITIC. *Atención Primaria, 46*(2), 77-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.06.001>
- Naslund, J. A., Mitchell, L. M., Joshi, U., Nagda, D., & Lu, C. (2020). Economic evaluation and costs of telepsychiatry programmes: A systematic review.

*Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(5).

<https://doi.org/10.1177/1357633X20938919>

Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. G., & Hermanns, J. M. A. (2013). Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1823-1829.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.08.008>

Oades-Sese, G. V., Cohen, D., Allen, J. W. P., & Lewis, M. (2014). Building resilience in young children the Sesame Street way. En *Resilience interventions for youth in diverse populations* (pp. 181-201). Springer Science Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0542-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0542-3_9)

Oaklander, V. (1988). *Ventanas a Nuestros Niños*. Cuatro Vientos.

O'Grady, A. F., Burton, E. T., Chawla, N., Topp, D., & Wadsworth, S. M. (2016). Evaluation of a Multimedia Intervention for Children and Families Facing Multiple Military Deployments. *The journal of primary prevention*, 37(1), 53-70. <https://doi.org/10.1007/s10935-015-0410-7>

O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 43-54.  
<https://doi.org/10.1080/16506070500303456>

O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 65-72.  
<https://doi.org/10.1002/da.20507>

- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.1.2008.4050>
- Olivares, J., Maciá, D., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa-Alcazar, A. I. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada. La profesión del psicólogo*. Pirámide.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: Short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 32(6), 694-710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). Effectiveness of Video-Feedback with Cognitive Preparation in Improving Social Performance and Anxiety through Super Skills for Life Programme Implemented in a School Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), E2805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082805>
- Orsolini, L., Pompili, S., Salvi, V., & Volpe, U. (2021). A Systematic Review on TeleMental Health in Youth Mental Health: Focus on Anxiety, Depression and Obsessive-Compulsive Disorder. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(8), 793. <https://doi.org/10.3390/medicina57080793>
- Ortiz, C. D., Cozza, S. J., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2013). Feasibility of a Multimedia Program for Parentally Bereaved Children. *Child & Youth Care Forum*, 42(6), 489-506. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9216-z>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A.-L., Blakemore, S.-J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(6), 566-575. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0232>
- Parrish, D. E., Oxhandler, H. K., Duron, J. F., Swank, P., & Bordnick, P. (2016). Feasibility of Virtual Reality Environments for Adolescent Social Anxiety Disorder. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 825-835. <https://doi.org/10.1177/1049731514568897>
- Pedro-Carroll, J. L. (2005). Fostering Resilience in the Aftermath of Divorce: The Role of Evidence-Based Programs for Children. *Family Court Review*, 43(1), 52-64. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2005.00007.x>
- Pérez, C. L., Salamanca, M. V., Adames, C. P., Martínez, M. P. E., Pulido, Y. Y. Q., & Pareja, L. F. R. (2019). Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana. *Actualidades en Psicología*, 33, 83-96.
- Pérez-González, R. (2017). *Abraza tus emociones. Miedo, rabia, tristeza y alegría*. Amat.

- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A., Mackinnon, A., King, C., Scott, J., Merry, S., Fleming, T., Stasiak, K., Christensen, H., & Batterham, P. J. (2017). Preventing depression in final year secondary students: School-based randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.8241>
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry*, *89*(2), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>
- Piotrowska, P. J., Tully, L. A., Collins, D. A. J., Sawrikar, V., Hawes, D., Kimonis, E. R., Lenroot, R. K., Moul, C., Anderson, V., Frick, P. J., & Dadds, M. R. (2020). ParentWorks: Evaluation of an Online, Father-Inclusive, Universal Parenting Intervention to Reduce Child Conduct Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(4), 503-513. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00934-0>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *56*(3), 345-365. Scopus. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C. M. E., Lobel, A., Merry, S. N., Lucassen, M. F. G., & Granic, I. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op

- Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80, 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005>
- Porges, S. W. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro* (1.<sup>a</sup> ed.). Eleftheria.
- Porto-Faus, D., de Moraes, C. L., Reichenheim, M. E., Souza, L. M. B. da M., & Taquette, S. R. (2019). Childhood abuse and community violence: Risk factors for youth violence. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104182. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104182>
- Price, M., Yuen, E., Davidson, T. M., Hubel, G., & Ruggiero, K. J. (2015). Access and Completion of a Web-Based Treatment in a Population-Based Sample of Tornado-Affected Adolescents. *Psychological services*, 12(3), 283-290. <https://doi.org/10.1037/ser0000017>
- Prieto-Larrocha, M. (2016). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y de la TCC-focalizada en el trauma en infancia maltratada*. Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/48124>
- Puentes, V., & Aleman, D. (2018). *Domando al dragón*. Planeta Colombiana.
- Quero, S., Pérez-Ara, M. Á., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Baños, R. M., & Botella, C. (2014). Acceptability of virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(2), 123-137. <https://doi.org/10.1080/03069885.2013.852159>
- Rabbitt, S. M., Carrubba, E., Lecza, B., McWhinney, E., Pope, J., & Kazdin, A. E. (2016). Reducing Therapist Contact in Parenting Programs: Evaluation of Internet-Based Treatments for Child Conduct Problems. *Journal of Child*

*and Family Studies*, 25(6), 2001-2020. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0363-3>

Radomski, A. D., Bagnell, A., Curtis, S., Hartling, L., & Newton, A. S. (2020). Examining the usage, user experience, and perceived impact of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 7(2). <https://doi.org/10.2196/15795>

Reid, S. C., Kauer, S. D., Hearps, S. J. C., Crooke, A. H. D., Khor, A. S., Sanci, L. A., & Patton, G. C. (2011). A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 12, 131. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-131>

Renton, T., Tang, H., Ennis, N., Cusimano, M. D., Bhalerao, S., Schweizer, T. A., & Topolovec-Vranic, J. (2014). Web-based intervention programs for depression: A scoping review and evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9). <https://doi.org/10.2196/jmir.3147>

Restrepo, C. G., & Benavides, M. O. (2006). Análisis por intención de tratamiento: Su importancia en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 583-589.

Reyes-Portillo, J. A., Mufson, L., Greenhill, L. L., Gould, M. S., Fisher, P. W., Tarlow, N., & Rynn, M. A. (2014). Web-based interventions for youth internalizing problems: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.005>



- Rice, S. M., Goodall, J., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Gilbertson, T., Amminger, G. P., Davey, C. G., McGorry, P. D., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2014). Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 16*(9). <https://doi.org/10.2196/jmir.3304>
- Richards, K., Marko-Holguin, M., Fogel, J., Anker, L., Ronayne, J., & Van Voorhees, B. W. (2016). Randomized clinical trial of an internet-based intervention to prevent adolescent depression in a primary care setting (CATCH-IT): 2.5-year outcomes. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 16*(2), 113-134.
- Rickhi, B., Kania-Richmond, A., Moritz, S., Cohen, J., Paccagnan, P., Dennis, C., Liu, M., Malhotra, S., Steele, P., & Toews, J. (2015). Evaluation of a spirituality informed e-mental health tool as an intervention for major depressive disorder in adolescents and young adults—A randomized controlled pilot trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0968-x>
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: Results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 10*(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/eip.12137>
- Rodriguez-Muñoz, M. de la F., Morell, J. M., & Fresnada, J. (2015). *Manual de promoción de la resiliencia infantil y adolescente*. Pirámide.
- Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for

childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 83-92.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.006>

Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., & López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: Un meta-análisis. *Psicothema*, 22(4), 627-633.

Rovira, A. (2019). *Amor*. Planeta.

Ruby, A., Marko-Holguin, M., Fogel, J., & Van Voorhees, B. W. (2013). Economic analysis of an internet-based depression prevention intervention. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16(3), 121-130.

Ruggiero, K. J., Davidson, T. M., McCauley, J., Gros, K. S., Welsh, K., Price, M., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Soltis, K., Galea, S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Nissenboim, J., Muzzy, W., Fleeman, A., & Amstadter, A. B. (2015). Bounce Back Now! Protocol of a Population-Based Randomized Controlled Trial to Examine the Efficacy of a Web-based Intervention with Disaster-Affected Families. *Contemporary clinical trials*, 40, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.11.018>

Ruggiero, K. J., Price, M., Adams, Z., Stauffacher, K., McCauley, J., Danielson, C. K., Knapp, R., Hanson, R. F., Davidson, T. M., Amstadter, A. B., Carpenter, M. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (2015). Web Intervention for Adolescents Affected by Disaster: Population-Based Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(9), 709-717.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.001>

- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Salas-Delgado, M. V. (2020). Convergencia entre Nativos Digitales e Inmigrantes Digitales. *Sinergias Educativas*, 5(1), 52-52.
- Sales, I. (2019). *La cara positiva de las emociones negativas*. Amat.
- Samek, D. R., & Hicks, B. M. (2014). Externalizing Disorders and Environmental Risk: Mechanisms of Gene-Environment Interplay and Strategies for Intervention. *Clinical Practice (London, England)*, 11(5), 537. <https://doi.org/10.2217/CPR.14.47>
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula abierta*, 38(2), 53-64.
- Sander, L., Rausch, L., & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e38. <https://doi.org/10.2196/mental.6061>
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 675-684. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.004>
- Sanders, M. R., Dittman, C. K., Farruggia, S. P., & Keown, L. J. (2014). A comparison of online versus workbook delivery of a self-help positive

- parenting program. *The Journal of Primary Prevention*, 35(3), 125-133.  
<https://doi.org/10.1007/s10935-014-0339-2>
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., & Valiente, R. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14(2), 333-339.
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), E8306. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228306>
- Sanghvi, P. (2020). Piaget's theory of cognitive development: A review. *Indian Journal of Mental Health*, 7(2), 90-97.  
<https://doi.org/10.30877/IJMH.7.2.2020.90-96>
- Sanmartín, J., & Serrano, Á. (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España: Informe del Centro Reina Sofía* (p. 98). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.  
[https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3688](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3688)
- Santilhano, M. (2019). Online intervention to reduce pediatric anxiety: An evidence-based review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(4), 197-209. <https://doi.org/10.1111/jcap.12256>
- Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Reinecke, M., Corden, M., & Van Voorhees, B. W. (2013). Randomized Clinical Trial of a Primary Care Internet-based Intervention to

- Prevent Adolescent Depression: One-year Outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 106-117.
- Saylor, C. F., Cowart, B. L., Lipovsky, J. A., Jackson, C., & Finch Jr., A. J. (2003). Media exposure to September 11: Elementary school students' experiences and posttraumatic symptoms. *American Behavioral Scientist*, 46, 1622-1642. <https://doi.org/10.1177/0002764203254619>
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 321-333. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.035>
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., Keller, B., & Liu, X. (2018). An Online Drug Abuse Prevention Program for Adolescent Girls: Posttest and 1-Year Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(3), 490-500. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0714-4>
- Servera, M., Sáez, B., & Mir, J. M. G. (2020). Feasibility of a virtual reality program to treat children with fear of darkness with nonexpert therapists. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(2), 16-21.
- Sherman, M. D., Monn, A., Larsen, J. L., & Gewirtz, A. (2018). Evaluation of a Sesame Street Multimedia Intervention for Families Transitioning Out of the Military. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2533-2540. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1083-7>
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., & Navarro-Artieda, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión

- mayor en España: Estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13-19.
- Silfvernagel, K., Gren-Landell, M., Emanuelsson, M., Carlbring, P., & Andersson, G. (2015). Individually tailored internet-based cognitive behavior therapy for adolescents with anxiety disorders: A pilot effectiveness study. *Internet Interventions*, 2(3), 297-302. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.07.002>
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002\\_7](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_7)
- Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y. M., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., Henry, S., Pryce, C., Langstraat, P., Rittenbach, K., Chakraborty, S., Engels, R. C., & McCabe, C. (2015). Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PLoS ONE*, 10(5), e0125527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125527>
- Silwal, S., Dybdahl, R., Chudal, R., Sourander, A., & Lien, L. (2018). Psychiatric symptoms experienced by adolescents in Nepal following the 2015 earthquakes. *Journal of Affective Disorders*, 234, 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.03.002>
- Sisk, C. L., & Foster, D. L. (2004). The neural basis of puberty and adolescence. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1040-1047. <https://doi.org/10.1038/nn1326>
- Smith, K., Ostinelli, E., Macdonald, O., & Cipriani, A. (2020). COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. *JMIR Mental Health*, 7(8), e21108. <https://doi.org/10.2196/21108>

- Smith, P., Scott, R., Eshkevari, E., Jatta, F., Leigh, E., Harris, V., Robinson, A., Abeles, P., Proudfoot, J., Verduyn, C., & Yule, W. (2015). Computerised CBT for depressed adolescents: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.009>
- Spada, M. M. (2014). An overview of problematic internet use. *Addictive Behaviors*, 39(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.007>
- Spear, A. L. (2020). *Impact of adolescent beliefs and past treatment experiences on an online depression prevention program*. Palo Alto University. <https://www.proquest.com/docview/2321833555?parentSessionId=GzswR41V6%2FHK0j4S2%2Fdj6JtCp0Iyo3NtRRQBP%2BBh3aQ%3D&sourceType=Dissertations%20&%20Theses>
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 629-642. <https://doi.org/10.1037/a0024512>
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R., Prosser, S., Kercher, A., & Kenardy, J. (2008). Online CBT in the treatment of child and adolescent anxiety disorders: Issues in the development of BRAVE-ONLINE and two case illustrations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 411-430. <https://doi.org/10.1017/S135246580800444X>
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Kenardy, J. A., & Hearn, C. S. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial

- using internet delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 41-57.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.003>
- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 614-621. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.614>
- Spence, S. H., March, S., & Donovan, C. L. (2019). Social support as a predictor of treatment adherence and response in an open-access, self-help, internet-delivered cognitive behavior therapy program for child and adolescent anxiety. *Internet Interventions*, 18, 100268. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100268>
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When Nowhere Is Safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631-642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
- Stallard, P. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*. Cambridge University Press.
- Stallard, P., Richardson, T., Velleman, S., & Attwood, M. (2011). Computerized CBT (Think, Feel, Do) for depression and anxiety in children and adolescents: Outcomes and feedback from a pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 273-284. <https://doi.org/10.1017/S135246581000086X>
- Stamateas, B. (2012). *Emociones tóxicas, cómo sanar el daño emocional y ser libres para tener paz interior*. B de Books.



- Stasiak, K., Fleming, T., Lucassen, M. F. G., Shepherd, M. J., Whittaker, R., & Merry, S. N. (2016). Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(3), 235-245.  
<https://doi.org/10.1089/cap.2015.0029>
- Stasiak, K., Merry, S. N., Frampton, C., & Moor, S. (2018). Delivering solid treatments on shaky ground: Feasibility study of an online therapy for child anxiety in the aftermath of a natural disaster. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(4), 643-653.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1244617>
- Stjerneklar, S., Hougaard, E., McLellan, L. F., & Thastum, M. (2019). A randomized controlled trial examining the efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy program for adolescents with anxiety disorders. *PLoS ONE*, 14(9).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222485>
- Stjerneklar, S., Hougaard, E., Nielsen, A. D., Gaardsvig, M. M., & Thastum, M. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety disorders: A feasibility study. *Internet interventions*.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.001>
- Stormshak, E. A., Seeley, J. R., Caruthers, A. S., Cardenas, L., Moore, K. J., Tyler, M. S., Fleming, C. M., Gau, J., & Danaher, B. (2019). Evaluating the efficacy of the Family Check-Up Online: A school-based, eHealth model for the prevention of problem behavior during the middle school years. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1873-1886.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000907>

- Suso-Ribera, C., Fernández-Álvarez, J., García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Bretón-López, J., Baños, R. M., Quero, S., & Botella, C. (2019). Virtual Reality, Augmented Reality, and In Vivo Exposure Therapy: A Preliminary Comparison of Treatment Efficacy in Small Animal Phobia. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(1), 31-38. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0672>
- Sveen, J., Andersson, G., Buhrman, B., Sjöberg, F., & Willebrand, M. (2017). Internet-based information and support program for parents of children with burns: A randomized controlled trial. *Burns*, 43(3), 583-591. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.08.039>
- Tanti, C., Stukas, A. A., Halloran, M. J., & Foddy, M. (2011). Social identity change: Shifts in social identity during adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(3), 555-567. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.012>
- Thongseiratch, T., Leijten, P., & Melendez-Torres, G. J. (2020). Online parent programs for children's behavioral problems: A meta-analytic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), 1555-1568. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01472-0>
- Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A., & Carlbring, P. (2011). A randomized trial of internet-delivered treatment for social anxiety disorder in high school students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 147-157. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.555486>
- Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and

- rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *90*, 123-136. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>
- Tsumura, H., Kanda, H., Sugaya, N., Tsuboi, S., & Takahashi, K. (2018). Prevalence and Risk Factors of Internet Addiction Among Employed Adults in Japan. *Journal of Epidemiology*, *28*(4), 202-206. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20160185>
- Tully, L. A., Piotrowska, P. J., Collins, D. A. J., Mairet, K. S., Hawes, D. J., Kimonis, E. R., Lenroot, R. K., Moul, C., Anderson, V., Frick, P. J., & Dadds, M. R. (2017). Study protocol: Evaluation of an online, father-inclusive, universal parenting intervention to reduce child externalising behaviours and improve parenting practices. *BMC Psychology*, *5*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0188-x>
- Tutus, D., Keller, F., Sachser, C., Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Change in Parental Depressive Symptoms in Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *27*(2), 200-205. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0136>
- Valentino, K., Cummings, E. M., Borkowski, J., Hibell, L. C., Lefever, J., & Lawson, M. (2019). Efficacy of a reminiscing and emotion training intervention on maltreating families with preschool-aged children. *Developmental Psychology*, *55*(11), 2365-2378. <https://doi.org/10.1037/dev0000792>
- Valimaki, M., Anttila, K., Anttila, M., & Lahti, M. (2017). Web-Based Interventions Supporting Adolescents and Young People With Depressive Symptoms:

- Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(12), e180. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8624>
- van Der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (2.<sup>a</sup> ed.). Eleftheria.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- Van der Kolk, B., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C., & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescent in DSM-V. *Recuperado de: www.traumacenter.org*.
- van der Zanden, R., Galindo-Garre, F., Curie, K., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2014). Online cognitive-based intervention for depression: Exploring possible circularity in mechanisms of change. *Psychological Medicine*, 44(6), 1159-1170. <https://doi.org/10.1017/S003329171300175X>
- Van Der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.2033>

- van Rooij, S. J. H., Smith, R. D., Stenson, A. F., Ely, T. D., Yang, X., Tottenham, N., Stevens, J. S., & Jovanovic, T. (2020). Increased Activation of the Fear Neurocircuitry in Children Exposed to Violence. *Depression and anxiety*, 37(4), 303-312. <https://doi.org/10.1002/da.22994>
- Van Voorhees, B., Gladstone, T. R. G., Sobowale, K., Brown, C. H., Aaby, D. A., Terrizzi, D. A., Canel, J., Ching, E., Berry, A. D., Cantorna, J., Eder, M., Beardslee, W., Fitzgibbon, M., Marko-Holguin, M., Schiffer, L., Lee, M., de Forest, S. A., Sykes, E. E., Suor, J. H., ... Bell, C. (2020). 24-Month Outcomes of Primary Care Web-Based Depression Prevention Intervention in Adolescents: Randomized Clinical Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), e16802. <https://doi.org/10.2196/16802>
- Van Voorhees, B. W., Ellis, J., Stuart, S., Fogel, J., & Ford, D. E. (2005). Pilot study of a primary care internet-based depression prevention intervention for late adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(2), 40-43.
- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Pomper, B. E., Marko, M., Reid, N., Watson, N., Larson, J., Bradford, N., Fagan, B., Zuckerman, S., Wiedmann, P., & Domanico, R. (2009). Adolescent Dose and Ratings of an Internet-Based Depression Prevention Program: A Randomized Trial of Primary Care Physician Brief Advice versus a Motivational Interview. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies: The Official Journal of the International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health*, 9(1), 1-19.

- Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46(2), 186-204. <https://doi.org/10.1287/mnsc.46.2.186.11926>
- Ventura-León, J. L. (2016). Effect size for the Mann-Whitney: Contributions to Article Valdivia-Peralta et al. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 353-354. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400010>
- Verdick, E., & Lisovskis, M. (2017). *Cómo quitar el grrrr al enfado*. Eleftheria.
- Verhagen, A. P., de Vet, H. C., de Bie, R. A., Kessels, A. G., Boers, M., Bouter, L. M., & Knipschild, P. G. (1998). The Delphi list: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(98\)00131-0](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(98)00131-0)
- Vicente-Escudero, J. L., Saura-Garre, P., López-Soler, C., Martínez, A., Alcántara, M., Vicente-Escudero, J. L., Saura-Garre, P., López-Soler, C., Martínez, A., & Alcántara, M. (2019). Adicción al móvil e internet en adolescentes y su relación con problemas psicopatológicos y variables protectoras. *Escritos de Psicología*, 12(2), 103-112. <https://doi.org/10.24310/epsiescpsi.v12i2.10065>
- Vigerland, S., Ljótsson, B., Thulin, U., Öst, L.-G., Andersson, G., & Serlachius, E. (2016). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.006>
- Vigerland, S., Serlachius, E., Thulin, U., Andersson, G., Larsson, J.-O., & Ljótsson, B. (2017). Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders.

*Behaviour Research and Therapy*, 90, 67-75.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.008>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.-C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: The role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1710400.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>

Vivas, M., Gallego, D., & González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Producciones Editoriales.

Waite, P., Marshall, T., & Creswell, C. (2019). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy for adolescent anxiety disorders in a routine clinical care setting with and without parent sessions. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 242-250.  
<https://doi.org/10.1111/camh.12311>

Walker, D. I., Cardin, J.-F., Chawla, N., Topp, D., Burton, T., & Macdermid Wadsworth, S. (2014). Effectiveness of a multimedia outreach kit for families of wounded veterans. *Disability and Health Journal*, 7(2), 216-225.  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.11.004>

Wang, B.-Q., Yao, N.-Q., Zhou, X., Liu, J., & Lv, Z.-T. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: A

- systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 260.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), E1729.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Warmingham, J. M., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2020). Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104377. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104377>
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet Addiction or Excessive Internet Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 277-283.  
<https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491880>
- Westen, D., Dutra, L., & Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 227-238. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.227>
- Wetterborg, D., Enebrink, P., Rhodin, K. L., Forster, M., Risto, E., Dahlström, J., Forsberg, K., & Ghaderi, A. (2019). A Pilot Randomized Controlled Trial of Internet- Delivered Parent Training for Parents of Teenagers. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/fam0000541>
- Wiederhold, B. K., Miller, I., & Wiederhold, M. D. (2018). Augmenting behavioral healthcare: Mobilizing services with virtual reality and augmented reality. *Digital Health*, 123-137. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-61446-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-61446-5_9)



- Williamson, H., Hamlet, C., White, P., Marques, E. M. R., Paling, T., Cadogan, J., Perera, R., Rumsey, N., Hayward, L., & Harcourt, D. (2019). A web-based self-help psychosocial intervention for adolescents distressed by appearance-affecting conditions and injuries (young persons' face it): Feasibility study for a parallel randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 6(11). <https://doi.org/10.2196/14776>
- Woollett, N., Bandeira, M., & Hatcher, A. (2020). Trauma-informed art and play therapy: Pilot study outcomes for children and mothers in domestic violence shelters in the United States and South Africa. *Child abuse & neglect*, 107, 104564. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104564>
- World Health Organization, WHO. (2018). *International classification of diseases (11th ed.)*. World Health Organization. <https://ICD.who.int/browse11/l-m/en>
- Wozney, L., Huguet, A., Bennett, K., Radomski, A. D., Hartling, L., Dyson, M., McGrath, P. J., & Newton, A. S. (2017). How do ehealth programs for adolescents with depression work? A realist review of persuasive system design components in internet-based psychological therapies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8). <https://doi.org/10.2196/jmir.7573>
- Wright, B., Tindall, L., Littlewood, E., Allgar, V., Abeles, P., Trépel, D., & Ali, S. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: Feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1), e012834. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012834>
- Wu, C.-Y., Lee, M.-B., Liao, S.-C., & Ko, C.-H. (2019). A nationwide survey of the prevalence and psychosocial correlates of internet addictive disorders in

- Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1, Part 3), 514-523. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.022>
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Cunningham, M. J., Lyneham, H. J., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 261-270. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.002>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley, T., Webb, C., & Deblinger, E. (2016). In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), 1066-1077. <https://doi.org/10.1037/ccp0000147>
- Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., Kreindler, S. A., Charette, C. J., Lemaire, J. A., Synyshyn, M., & Sutherland, K. (2014a). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-313>
- Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., Kreindler, S. A., Charette, C. J., Lemaire, J. A., Synyshyn, M., & Sutherland, K. (2014b). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14, 313. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-313>

- Yoon, S., Dillard, R., Kobulsky, J., Nemeth, J., Shi, Y., & Schoppe-Sullivan, S. (2020). The Type and Timing of Child Maltreatment as Predictors of Adolescent Cigarette Smoking Trajectories. *Substance Use & Misuse*, 55(6), 937-946. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1713819>
- Yoon, H., Jang, Y., Kim, S., Speasmaker, A., & Nam, I. (2021). Trends in Internet Use Among Older Adults in the United States, 2011–2016. *Journal of Applied Gerontology*, 40(5), 466-470. <https://doi.org/10.1177/0733464820908427>
- Zalsman, G., Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2006). Depressive Disorders in Childhood and Adolescence: An Overview: Epidemiology, Clinical Manifestation and Risk Factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 15(4), 827-841. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.05.002>
- Zhang, Y., Zhang, J., & Ding, C. (2019). Investigating the Association Between Parental Absence and Developmental Trauma Disorder Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 32(5), 733-741. <https://doi.org/10.1002/jts.22446>

# Anexo I



Dr. D. Antonio Piñero Madrona  
Presidente del CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca

## CERTIFICA

Que el CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca en su reunión del día 25/10/2022, acta 09/2022 ha evaluado la propuesta de la investigadora **Dr. Concepción López Soler** referida al estudio:

**Título:** Programa Online de Mejora de la Autorregulación en Menores Programa (MAM@)

**Código Promotor:** MAM@ **Código Interno:** 2022-10-1-HCUVA

**Versión Protocolo Evaluada:** 06/10/2022

**Versión Hoja Información al Paciente** GENERAL / 1.0 (octubre 2022)

**Evaluada:**

**1º.** Considera que

- Se respetan los principios éticos básicos y su realización es pertinente.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- Se cumplen los requisitos de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**2º.** Por lo que este CEIm emite un **DICTAMEN FAVORABLE** y acepta que dicho estudio sea realizado por la **Dr. Concepción López Soler**.

Lo que firmo en Murcia, a 25 de octubre de 2022

Fdo:

Dr. D. Antonio Piñero Madrona  
Presidente del CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca

## Anexo II



Región de Murcia  
Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI,  
Familias, Política Social y  
Transparencia



Estimada madre o tutor/a legal,

Desde el Grupo de Investigación en Infancia y Adolescencia- Psicología Clínica (GUIIA-PC) de la Universidad de Murcia se ha desarrollado un programa online para la mejora de la autorregulación emocional en menores (MAM@), financiado por la Fundación Séneca. El objetivo de este programa es fomentar una adecuada identificación, reconocimiento, expresión y regulación emocional en los menores. La Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, Quiero Crecer, va a incorporar este programa como un componente de la terapia psicológica habitual que se viene prestando a los menores que se atienden en el Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX).

Dado que el programa se encuentra en la fase inicial de desarrollo, nuestro interés reside en poder evaluar la aceptabilidad, viabilidad y eficacia preliminar de dicho programa.

Por este motivo, le informamos que en las próximas semanas el programa MAM@ será aplicado como un elemento de apoyo adicional a la intervención psicológica habitual que su hijo/a recibe en este servicio. Dicho programa se iniciará en una sesión presencial y seguirá realizándose de forma autónoma en casa, por los propios menores, a través de la lectura y realización de ejercicios mediante la web a la que su hijo/a tendrá acceso. El/la psicólogo@ del servicio que le atiende habitualmente, se pondrá en contacto telefónico por si se requiere

asistencia técnica durante la realización de los ejercicios. La última sesión se realizará de forma presencial.

Los resultados de la aceptabilidad, viabilidad y eficacia preliminar del programa MAM@ serán examinados de acuerdo con los análisis habituales sobre la eficacia de los tratamientos que en este servicio se realizan, y su aplicación no supondrá una alteración del curso normal del proceso de tratamiento que está recibiendo su hijo/a, ya que se incluye como un complemento a su terapia habitual.

D./Dña \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Madre o tutor/a  
de \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a a participar en la valoración de dicho programa y manifiesto haber sido informada de los objetivos de dicho programa de intervención.

Y firmo la presente,

En Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo: D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

# Anexo III



## HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN SIN MUESTRAS

**Título del estudio: PROGRAMA ONLINE DE MEJORA DE LA  
AUTORREGULACIÓN EN MENORES (MAM@)**

**Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Dra. Concepción López  
Soler**

**Promotor/financiador: Fundación Séneca, Prueba de Concepto (PdC)**

**Nº de versión y fecha: Versión1 (octubre 2022)**

### INTRODUCCIÓN

Considerando la enfermedad o proceso que usted padece /o que padece alguno de sus familiares, nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

El proyecto cuenta con el informe favorable de un Comité de Ética de la Investigación acreditado en España.

## **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

## **PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Este estudio tiene como objetivo mejorar la identificación, reconocimiento y regulación emocional, en menores con alteraciones psicológicas. Para ello, se ha desarrollado un protocolo de Mejora de la Autorregulación para Menores (MAM@), basado en los tratamientos de probada eficacia, así como en intervenciones aplicadas online en trastornos de la infancia y adolescencia. Para ello se realizará una evaluación de cada menor pre y postratamiento.

## **BENEFICIOS ESPERADOS**

No se espera un beneficio directo por su participación en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de sus datos pueden ayudar al avance sanitario y, por ello, a otras personas. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

## **DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Si cambiara de opinión en relación con los datos proporcionados, tiene derecho a solicitar su destrucción o anonimización, a través de su médico/investigador/investigador principal. No obstante, debe saber que los datos que se hayan obtenido en los análisis realizados hasta ese momento



podrán ser utilizados para los fines solicitados y podrán conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.

## **CONFIDENCIALIDAD/PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Sus datos estarán asociadas a un código (codificadas) o anonimizadas podrá relacionar la información derivada de los análisis realizados con información sobre su identidad.

A este estudio les son plenamente de aplicación la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información:

8. Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable.
9. El responsable del Tratamiento es el Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (Área I de Salud-Murcia/Oeste), cuyo **Delegada de Protección de Datos (DPD)** es Doña **Elena García Quiñones** con dirección en Servicio Murciano de Salud, C./ Central nº 7, Edificio Habitamia I, 30100, Espinardo-Murcia (correo electrónico: **dpd-sms@carm.es**).
10. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento.
11. Normativa aplicable: *Reglamento (UE) n 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014 , sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido*

*de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 44/ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria.*

12. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley o en casos de urgencia médica. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de **acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad**, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al responsable del Tratamiento de la siguiente manera **concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente:**

12.1. **Investigador Principal del estudio:** Dra. Concepción López Soler

12.2. **Domicilio:** Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca”, Ctra. Murcia-Cartagena s/n, CP 30120, El Palmar-Murcia,

Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) [www.agpd.es](http://www.agpd.es)

El acceso a su información personal quedará restringido al sanitario/a del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias en materia de inspección, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo la psicóloga clínica del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Los datos asociados se mantendrán bajo las condiciones de seguridad adecuadas y se garantiza que los sujetos no podrán ser identificados a través de medios considerados razonables por personas distintas a las autorizadas.

Es posible que sea necesario algún dato adicional. En ese caso, su psicóloga se pondrá en contacto con usted para solicitarle de nuevo su colaboración. Se le informará de los motivos y se le solicitará de nuevo su consentimiento (ver opción sí/no al final de la hoja).

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

Se le informa que de conformidad a lo previsto en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, así como del artículo 89 del Reglamento (UE) 2016/679, en el caso que con sus datos se lleve a cabo un tratamiento con fines de investigación en salud pública y, en particular, biomédica se procederá a:

- Realizar una evaluación de impacto que determine los riesgos derivados del tratamiento en los supuestos previstos en el artículo 35 del Reglamento (UE) 2016/679 o en los establecidos por la autoridad de control. Esta evaluación incluirá de modo específico los riesgos de reidentificación vinculados a la anonimización o seudonimización de los datos.
- Someter la investigación científica a las normas de calidad y, en su caso, a las directrices internacionales sobre buena práctica clínica.
- Adoptar, en su caso, medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no acceden a datos de identificación de los interesados. En el supuesto de que no pueda garantizarse esta separación entre los datos y el investigador, se le garantiza un compromiso expreso de confidencialidad por parte del investigador, así como de no realizar ninguna actividad de reidentificación.

Se adoptarán medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados.

## **IMPLICACIONES DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA AL ANALIZAR LOS DATOS**

En el caso de que usted lo solicite, se le podrá facilitar información concreta acerca del estudio de investigación en el que se hayan participado, así como de los resultados generales del presente estudio.

En el caso de que en este estudio se obtengan datos que pudieran ser clínica o genéticamente relevantes para usted, e interesar a su salud o a la de su familia, podrá solicitar que le sean comunicados por su médico del ensayo si así lo indica en la casilla que aparece al final de este documento. No obstante, si el paciente hubiera indicado su negativa y cuando esta información, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para su salud o la de sus familiares biológicos, se informará a un familiar próximo o a un representante, previa consulta al Comité de Ética Asistencial del centro. La comunicación de esta información se llevará a cabo por profesionales que le podrán explicar adecuadamente su relevancia y las opciones que se pudieran plantear. En caso de información genética clínicamente relevante podrá recibir el preceptivo consejo genético.

En el caso de donante menor de edad, llegada la mayoría de edad tendrá derecho a recibir esta información y a la revocación del consentimiento. En caso de que no lo ejerza, se considerará que el actual documento sigue vigente.

## **INVESTIGACIONES FUTURAS**

Autorizo la posible reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica para finalidades o áreas de investigación relacionadas con este estudio.

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del proyecto: PROGRAMA ONLINE DE MEJORA DE LA  
AUTORREGULACIÓN EN MENORES (MAM@)**

**Investigador Principal, servicio/unidad y centro: CONCEPCIÓN LÓPEZ  
SOLER, Servicio Pediatría, Consulta Psicología Clínica Pediátrica**

**Promotor/financiador (si aplica): Fundación Séneca**

Datos del participante/paciente

Nombre:

---

---

Investigador o persona que proporciona la información

Nombre

---

---

- He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.
  
- Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos presentes y/o futuros.
  
- Deseo que el médico del estudio me comunique la información derivada de la investigación que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:

SI  NO Teléfono o e-mail de contacto.....

- Consiento al almacenamiento de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en esta hoja de información.

SI  NO

- Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más información adicional.

SI  NO Teléfono o e-mail de contacto.....

Fecha:

Firma del Participante/paciente

Fecha:

Firma del Investigador o persona que proporciona la información

### **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña..... revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Programa online de mejora de la autorregulación en menores (MAM@)".

Firma del paciente:

Firma del investigador: Fecha

# Anexo IV

## Procedimiento para la aplicación del programa MAM@ en QCR, PEDIMET y HCUVA

### PREVIO:

- Solicitar el consentimiento informado por escrito (tendréis la hoja) de los padres/madres/tutores legales de los menores que vayan a participar en la investigación.
- Explicar los objetivos del programa, el cual es valorar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de un programa online de mejora de la autorregulación emocional en menores (MAM@). El programa consta de un módulo introductorio y 7 módulos adicionales en los que se trabaja la alegría, tristeza, enfado, miedo, culpa, afecto y empatía (un ejemplo lo podéis encontrar en Anexo I).

### PRIMERA SESIÓN PRESENCIAL (que puede ser la misma que la del consentimiento informado):

- Asignar un número identificativo al menor, ya que el programa solicitará una identificación para completar los cuestionarios y ejercicios. ESTA PARTE ES MUY IMPORTANTE. Es fundamental que el menor utilice siempre su mismo número identificativo para realizar los cuestionarios, sino no podremos identificarlo y perderemos los datos (los números identificativos los podréis encontrar en el Anexo II).
- Hacer la evaluación PRE. Esta evaluación se compone de tres cuestionarios presenciales y dos cuestionarios online. Los cuestionarios presenciales son el SENA, CPSS y Cuestionario de Eventos Vitales. Para la evaluación online (SDQ y DERS) tendremos que entrar al programa online (enlace y claves en Anexo I) y en la primera pestaña del programa, titulada “Bienvenido”, tendremos que hacer click en el botón de “evaluación pre” que aparece más abajo.

---

Antes de comenzar, te vamos a pedir que cumplimentes la siguiente encuesta. [Haz clic a continuación:](#)

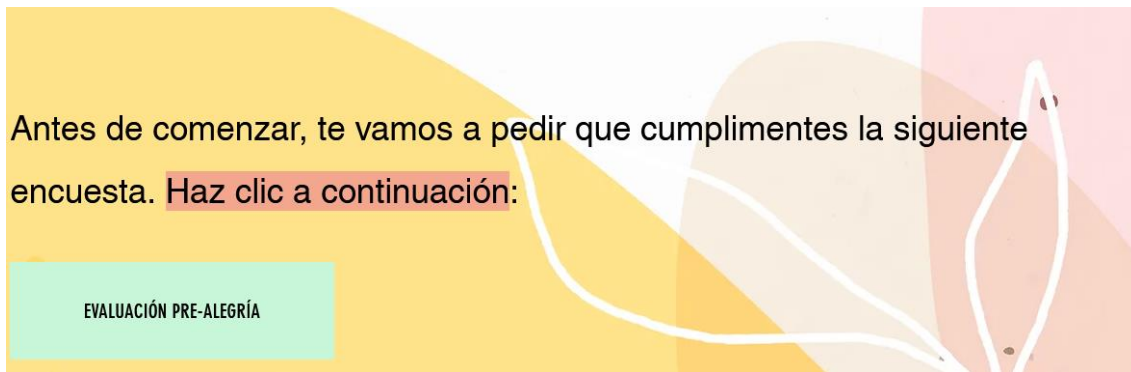
**EVALUACIÓN PRE**

- A continuación realizarán el módulo introductorio (el de la pestaña “Bienvenido”), que es leer la página web y realizar los ejercicios que se presentan. Este módulo no tiene evaluación post-módulo. Lo completarán delante del terapeuta y se aclararán las dudas, sin mayor asistencia por el terapeuta que aclarar dudas.
- Al acabar se les debe recordar el procedimiento a seguir a partir de ahora. El resto de módulos no serán completados en presencia del terapeuta, sino que el menor los realizará a distancia. Se le debe volver a explicar que realizarán dos módulos a la semana y que cada módulo tiene una evaluación PRE-módulo que deben completar antes de realizar el módulo correspondiente, y una evaluación POST-módulo, que deben completar al acabar el módulo correspondiente (estas evaluaciones son más cortas que las anteriores).
- El terapeuta contactará el primer día de la semana vía telefónica con el menor para facilitarle las claves de acceso a los siguientes módulos (las podéis encontrar en el Anexo I). Deberá recordarles que es muy importante realizar las evaluaciones pre y post módulo y que utilice siempre su mismo número identificativo (si le recordáis el número identificativo mejor). A mitad o final de semana se deberá volver a contactar con los menores vía telefónica para recordarles que deben completar los dos módulos semanales y sus evaluaciones, y ayudarles si han encontrado algún problema técnico en la aplicación del programa.

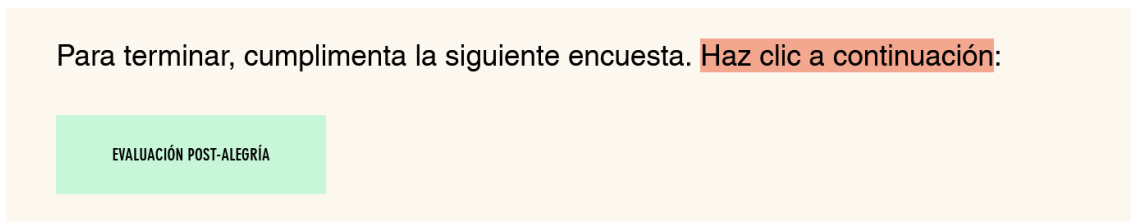
SEGUNDA SESIÓN ONLINE:



1. Se les llamará el primer día de la semana y se les facilitarán las claves de acceso a los módulos (Anexo I).
2. Recordarles su número identificativo.
3. Recordarles que antes de hacer el módulo, deben darle al botón de evaluación PRE que aparece antes de empezar.



- Recordarles igualmente, que al acabar el módulo, habrá un botón en el que se debe completar la evaluación post-módulo



- Los módulos a completar serán la Alegría y la Tristeza. Hay que llamarlos al acabar la semana o a mitad de semana para recordarles que realicen los módulos o asistirles si han tenido algún problema.

### TERCERA SESIÓN ONLINE

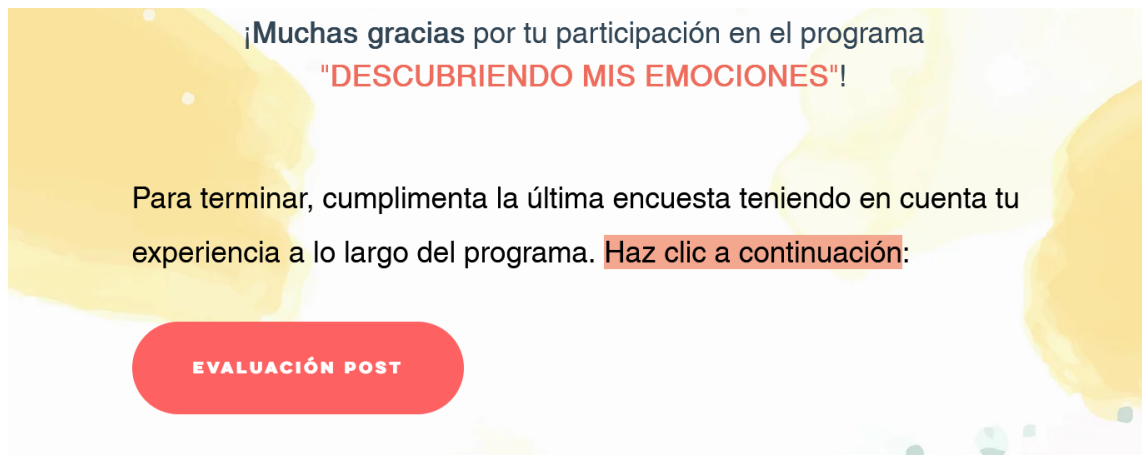
- Procedimiento similar a la semana anterior.
- Se darán las claves de los módulos enfado y miedo.

### CUARTA SESIÓN ONLINE

- Procedimiento similar a la semana anterior.
- Se darán las claves de los módulos culpa y afecto.

## QUINTA SESIÓN PRESENCIAL

1. Para asegurar la cumplimentación de los cuestionarios finales, el último módulo, el cual es el módulo de empatía, se realizará de forma presencial, siguiendo el mismo procedimiento que se siguió en el módulo introductorio.
2. Se realizará la evaluación pre-módulo y la evaluación post-módulo en presencia del terapeuta, sin mayor asistencia que aclarar dudas.
3. OJO: que al finalizar este módulo (terminar la evaluación post-módulo), todavía hay información más abajo, en la cual si seguimos bajando, encontramos la evaluación POST-intervención (cuestionario SDQ, DERS y CFA-A).



- Hay que completar esta evaluación POST-intervención online y además, volver a pasar el cuestionario SENA, CPSS y Cuestionario de Eventos vitales.

## **PROTOCOLO ESTUDIO VIABILIDAD/USABILIDAD:**

- Asignar un nº identificativo al participante.

### **Identificadores:**

001

002

003

004

005

006

- **INFORMACIÓN QUE HAY QUE PROPORCIONARLE AL PARTICIPANTE:**

**¡HOLA!**

**Bienvenid@ al programa “DESCUBRIENDO MIS EMOCIONES”.**

**A lo largo de 4 semanas aprenderás a RECONOCER y EXPRESAR las emociones. Es decir, lo que sientes y piensas en determinadas situaciones.**

**El programa se compone de 8 módulos.**

**Para realizar cada módulo (excepto el de bienvenida) se te proporcionará un código de acceso. Podrás realizar dos módulos por semana.**

### **SEMANA 1:**

- **PRE.**
- **Bienvenida.**

### **SEMANA 2:**

- Alegría.
- Tristeza.

#### **SEMANA 3:**

- Rabia o enfado.
- Miedo.

#### **SEMANA 4:**

- Culpa.
- Afecto.

#### **SEMANA 5:**

- Empatía.
- POST.

Es muy importante que cumplimentes las encuestas de evaluación que aparecen al inicio y el final de cada módulo del programa. Siempre te pedirán un nº identificativo. El tuyo es XXX.

Te dejamos aquí el enlace de la web “DESCUBRIENDO MIS EMOCIONES”.

<https://labpsitec.wixsite.com/emociones>

¡Muchas gracias por tu participación!

Un saludo,

Equipo Mam@.

### **CÓDIGOS ACCESO AL PROGRAMA**

#### **BIENVENIDA (ACCESO ABIERTO)**

- Evaluación PRE.

**ALEGRÍA (CÓDIGO ACCESO: 1010)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**TRISTEZA(CÓDIGO ACCESO: 2015)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**ENFADO(CÓDIGO ACCESO: 3344)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**MIEDO (CÓDIGO ACCESO: 5360)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**CULPA(CÓDIGO ACCESO: 9877)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**AFECTO(CÓDIGO ACCESO: 7393)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**EMPATÍA(CÓDIGO ACCESO: 2741)**

- Evaluación pre-módulo.
- Evaluación post-módulo.

**CÓDIGO ACCESO EVALUACIÓN TERAPEUTAS: 1234**

# Anexo V

## Mensaje para facilitar la web y los códigos a los menores:

Hola (NOMBRE DEL MENOR).

Soy (NOMBRE TERAPEUTA). Te recuerdo que esta semana debes realizar los módulos de (INSERTAR NOMBRE DE LOS DOS MÓDULOS DE LA SEMANA) del programa MAM@.

Puedes acceder a ellos a través de la web:

<https://labpsitec.wixsite.com/emociones>

El código de acceso al módulo de (NOMBRE MÓDULO), es: XXXX

El código de acceso al módulo de (NOMBRE MÓDULO), es: XXXX

Te recuerdo que es muy importante que antes de empezar el módulo realices la evaluación pre-módulo y al finalizarlo realices la evaluación post-módulo, haciendo click sobre los botones de evaluación que encontrarás dentro de cada módulo. Cada módulo tiene sus propias evaluaciones.

Igualmente es muy importante que tanto en las evaluaciones, como en los ejercicios de la web, indiques en cada uno tu número de **identificador**, el cual es: **XXX**

Por último te recuerdo que también es muy importante que tras realizar una evaluación o un ejercicio le des a la flecha azul para registrar tus respuestas.

Recuerda que tienes una semana para realizar estos dos módulos. Muchas gracias por tu participación.

Atentamente, (NOMBRE DEL TERAPEUTA).