



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Evaluación de la Ansiedad por Separación y
Prevención Escolar de las Dificultades
Emocionales

D^a. Aurora M. Orenes Martínez

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos**

**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y
PREVENCIÓN ESCOLAR DE LAS DIFICULTADES
EMOCIONALES**

Tesis doctoral de:

Aurora M. Orenes Martínez

Dirigida por:

Dr. D. F. Xavier Méndez Carrillo, de la Universidad de Murcia (España)

Murcia, 2015

A mi familia y a Ibai,
por acompañarme y motivarme
en cada momento.

*“Éxito es la habilidad de
ir de fallo en fallo
sin perder el entusiasmo”*
-Sir Winston Churchill-

Este trabajo ha sido financiado por la beca de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; y por el Plan Nacional I+D+D, del Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia EDU2008-05060).

Agradecimientos

A mi director de tesis, Xavier Méndez, agradecerle la gran oportunidad que me dio hace más de 4 años de trabajar con él. Gracias a él comencé en esta pequeña aventura de la investigación, durante la cual él me ha guiado, enseñado y motivado.

A mis compañeros de Psicología, por todos esos cafés y comidas que alegran los días corrientes de trabajo: Oscar Sánchez, Ruth Martínez, María Rubio, Violeta Provencio, Violeta Pina, Noelia Sánchez, Lucía Colodro, Federica Sassi, Guillermo Campoy, Luis Fuentes, Fulgencio Marín y Jose Antonio López. A los dos últimos, además, gracias por vuestra ayuda (y paciencia) con mis dudas estadísticas.

Al equipo de investigación del proyecto “Evaluación y prevención de la ansiedad por separación en la infancia” del Plan Nacional I+D+D, del Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia EDU2008-05060), especialmente a Jose Manuel García, por su importante ayuda en los análisis estadísticos, que ha sido fundamental para este trabajo.

A todos los colaboradores que me han ayudado en esta investigación, con la única motivación de aprender y crecer. Os estoy muy agradecida, ya que realmente no habría sido posible este proyecto sin vuestra ayuda.

Por supuesto dar las gracias también a todos los centros educativos, padres y escolares que han participado. Espero poder seguir trabando por y para vosotros mucho mucho más.

Finalmente, pero más importante, a mi familia y amigos, a los que podría escribir muchas páginas, pero empeñándome en ser breve, solo os diré GRACIAS con el corazón. Especialmente, quiero agradecer a mi madre y a Ibai su paciencia y su cariño para escuchar todos mis pasos y mi proceso con esta tesis. Estoy segura que sois los únicos fuera del ámbito de la Universidad que sabéis “de que va” este trabajo. He compartido muchas “penas” con vosotros, y me siento muy feliz de poder compartir también esta gran alegría.

Índice

Introducción.....	23
--------------------------	-----------

PARTE I: EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

1 Justificación teórica.....	31
-------------------------------------	-----------

1.1 La ansiedad por separación en la infancia.....	33
1.2 El trastorno de ansiedad por separación en la infancia.....	37
1.2.1 Caracterización clínica	37
1.2.2 Prevalencia.....	40
1.2.3 Comorbilidad.....	42
1.2.4 Repercusiones negativas.....	44
1.2.5 Diagnóstico diferencial.....	45
1.3 Escalas específicas para evaluar la ansiedad por separación en la infancia	48
1.3.1 Evaluación multifuente, multimétodo, multifase	48
1.3.2 <i>Separation Anxiety Assessment Scale (SAAS)</i>	59
1.3.3 <i>Separation Anxiety Scale for Children (SASC)/Children's Separation Anxiety Scale (CSAS)</i>	70
1.3.4 <i>Separation Anxiety Avoidance Inventory (SAAI)</i>	74
1.3.5 <i>Separation Anxiety Symptom Inventory for Children (SASI-C)</i>	78
1.3.6 Análisis comparativo de las escalas específicas	79

2 Estudios empíricos.....	83
----------------------------------	-----------

2.1 Estudio 1: Análisis de la estructura factorial	88
2.1.1 Objetivo e hipótesis	88
2.1.2 Método.....	88
2.1.2.1 Participantes	88
2.1.2.2 Procedimiento.....	90
2.1.2.3 Análisis de datos	90
2.1.3 Resultados.....	91
2.2 Estudio 2: Confirmación de la estructura factorial y propiedades psicométricas	96
2.2.1 Objetivos e hipótesis.....	96
2.2.2 Método.....	98
2.2.2.1 Participantes	98
2.2.2.2 Procedimiento.....	101
2.2.2.3 Instrumentos	102
2.2.2.4 Análisis de datos	103
2.2.3 Resultados.....	105

2.2.3.1	Subescala sintomática.....	105
2.2.3.1.1	Análisis factorial confirmatorio.....	105
2.2.3.1.2	Consistencia interna y análisis de ítems	107
2.2.3.1.3	Estabilidad temporal.....	110
2.2.3.1.4	Validez convergente.....	110
2.2.3.1.5	Validez discriminante.....	112
2.2.3.1.6	Sensibilidad y especificidad	113
2.2.3.2	Subescalas complementarias	114
2.2.3.2.1	Consistencia interna y análisis de ítems	114
2.2.3.2.2	Estabilidad temporal.....	116
2.2.3.2.3	Correlación con la puntuación sintomática	117
2.2.3.2.4	Regresiones logísticas	117
2.2.3.3	Acuerdo niño-padres.....	119
2.2.3.4	Diferencias de edad y género.....	119
2.3	Resumen de resultados y contrastación de hipótesis	127
2.4	Discusión	133

PARTE II: PREVENCIÓN ESCOLAR DE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES

3	Justificación teórica.....	153
3.1	Conceptos de prevención y promoción de la salud	155
3.2	Tipos de programas de prevención.....	156
3.3	Programas de prevención escolar para las dificultades emocionales	159
3.4	Revisión de programas de prevención escolar para ansiedad y depresión en escolares en la pubertad	163
3.4.1	Programa de Resiliencia de Pensilvania (PRP)	173
3.4.2	Programa Amigos (Friends)	175
3.4.3	Curso de Afrontamiento para el Estrés de Adolescentes.....	177
3.4.4	Psicoterapia Interpersonal-Entrenamiento de Habilidades en Adolescentes (IPT-AST)	178
3.4.5	Programa de Resolución de Problemas para la Vida (PSFL).....	180
3.4.6	Programa de Recursos para Adolescentes (RAP).....	181
3.4.7	LARS & LISA	183
3.4.8	Otros programas	185
3.4.8.1	Programa de inoculación de estrés (SIT).....	185
3.4.8.2	Programa de Intervención para Mejora del Autoconcepto y Estado Emocional	186
3.4.8.3	Programa de Afrontamiento de Problemas Emocionales en Adolescentes.	187
3.4.8.4	Programa MoodGYM.....	188
3.4.8.5	Afrontamiento y Promoción de la Fuerza (CAPS).....	190
3.4.8.6	Programa Club de Sentimientos (Feeling Club).....	191
3.4.8.7	Programa Australiano de Optimismo (AO)	192
3.4.8.8	Programa Beyondblue	194

3.5	Contextos de aplicación	195
3.6	Moderadores de los efectos de prevención.....	196
3.6.1	Edad	197
3.6.2	Género	197
3.6.3	Estatus socio-económico	198
3.6.4	Cultura	199
3.6.5	Niveles previos de dificultades emocionales/síntomas	200
3.6.6	Monitor del programa.....	201
3.7	Barreras de implementación de los programas de prevención.....	202
3.7.1	Consentimiento informado	202
3.7.2	Participación de los padres	203
3.7.3	Cribado en programas específicos	204
3.7.4	Abandonos	205
3.7.5	Tareas para casa.....	206
3.7.6	Otras barreras.....	207
3.8	Programa FORTIUS.....	208
4	Estudio: Aplicación del programa FORTIUS para la prevención de dificultades emocionales con escolares de 12 y 13 años.....	217
4.1	Objetivos e hipótesis.....	219
4.2	Método.....	222
4.2.1	Participantes	222
4.2.2	Diseño.....	225
4.2.3	Procedimiento.....	225
4.2.3.1	Instrumentos	229
4.2.3.2	Intervención	236
4.2.4	Análisis de datos.....	269
4.3	Resultados	272
4.3.1	Adolescentes.....	272
4.3.2	Padres	292
4.3.3	Análisis cualitativos sintomatología ansiosa y depresiva.....	308
4.3.4	Valoraciones de los participantes	310
4.3.4.1	Valoración cuantitativa.....	310
4.3.4.2	Valoraciones cualitativas.....	317
4.4	Resumen de resultados y contrastación de hipótesis	320
4.5	Discusión	323
5	Conclusiones.....	333
6	Referencias bibliográficas.....	339

7 Anexos..... 365

Anexo 1. Registro semanal de la ansiedad por separación (<i>Weekly Record of Anxiety at Separation, WRAS</i>)	367
Anexo 2. Registro Diario de Ansiedad por Separación (<i>Separation Anxiety Daily Diary, SADD</i>)	370
Anexo 3. Registro Diario de Ansiedad por Separación para Niños (<i>Separation Anxiety Daily Diary - Child Version, SADD-C</i>).....	371
Anexo 4. Escala de evaluación de la ansiedad por separación - Forma niño (SAAS-C).....	372
Anexo 5. Escala de evaluación de la ansiedad por separación-Forma padres (SAAS-P)	375
Anexo 6. Cuestionario de Ansiedad por Separación en la infancia (SASC).....	378
Anexo 7. Escala para Niños de Ansiedad por Separación (CSAS).....	380
Anexo 8. Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación (SAAI).....	381
Anexo 9. Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (SASI-C)	382
Anexo 10. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (CASI).....	383
Anexo 11. Inventario de miedos escolares (SFSS).	384
Anexo 12. Autorización pasiva para la participación en la evaluación del programa FORTIUS.....	385
Anexo 13. Cuestionario de evaluación de la sesión FORTIUS.....	386
Anexo 14. Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS).....	387
Anexo 15. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).	390
Anexo 16. Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA).....	393
Anexo 17. Perfil de Salud (CHIP-CE).	395
Anexo 18. Escala de Ansiedad para Niños de Spence - Versión de Padres (SCAS-P).....	404
Anexo 19. Cuestionario de Depresión Infantil - Versión abreviada para Padres (CDI-S).....	406
Anexo 20. Lista de Comportamientos Infantiles (CBCL).....	408
Anexo 21. Escalas de Valoración del Programa FORTIUS.....	410
Anexo 22. Decálogo FORTIUS para los Padres	415

Índice de tablas

Tabla 1. Comorbilidad del TAS con otros trastornos.....	43
Tabla 2. Entrevistas que incluyen el trastorno de ansiedad por separación	50
Tabla 3. Escalas genéricas que incluyen la ansiedad por separación	53
Tabla 4. Escalas e inventarios específicos de ansiedad por separación.....	55
Tabla 5. Inadecuaciones del diagnóstico del TAS con los criterios del DSM-IV	60
Tabla 6. Subescalas de la SAAS.....	61
Tabla 7. Puntuaciones medias de las seis subescalas y total de la SAAS	62
Tabla 8. Situaciones, síntomas somáticos, preocupaciones y señales de seguridad más frecuentes en el TAS	64
Tabla 9. Análisis factorial de los 20 ítems sintomáticos de la SAAS.	66
Tabla 10. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SAAS	68
Tabla 11. Coeficientes de correlación de los 4 factores sintomáticos del SAAS-C con otros instrumentos.	69
Tabla 12. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SASC y CSAS.....	72
Tabla 13. Correlación test-retest de la SASC y CSAS.....	73
Tabla 14. Correlación del SASC y CSAS con otros autoinformes.	74
Tabla 15. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SAAI.	76
Tabla 16. Fiabilidad test-retest de la SAAI.	76
Tabla 17. Correlación del SAAI-C con otros instrumentos.	77
Tabla 18. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SASI-C.....	79
Tabla 19. Correspondencia entre síntomas del TAS del DSM-5 y dimensiones sintomáticas de las escalas específicas de ansiedad por separación	81
Tabla 20. Cambios en los ítems de la SAAS.....	86
Tabla 21. Edad y género de los participantes en el Estudio 1	89
Tabla 22. Análisis factorial exploratorio con los niños (SAAS-C).....	93

Tabla 23. Análisis factorial exploratorio con los padres (SAAS-P).....	94
Tabla 24. Matriz de correlaciones entre los factores y con el total de los 4 factores o dimensiones sintomáticas con niños (SAAS-C).	95
Tabla 25. Matriz de correlaciones entre los factores y con el total de los 4 factores o dimensiones sintomáticas con padres (SAAS-P).....	95
Tabla 26. Los escolares del Estudio 2 clasificados por edad y género.....	99
Tabla 27. Prevalencia de los trastornos de ansiedad	100
Tabla 28. Índices de bondad de ajuste para los modelos de estructura factorial de la ansiedad por separación con niños (SAAS-C).....	106
Tabla 29. Índices de bondad de ajuste para los modelos de estructura factorial de la ansiedad por separación con padres (SAAS-P)	106
Tabla 30. Consistencia interna de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS.....	107
Tabla 31. Análisis de ítems sintomáticos de SAAS-C.	108
Tabla 32. Análisis de ítems sintomáticos de SAAS-P.....	109
Tabla 33. Estabilidad temporal de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS.	110
Tabla 34. Coeficientes de correlación de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS-C con otros autoinformes.....	111
Tabla 35. Puntuaciones de la escala en los trastornos de ansiedad en la infancia.....	112
Tabla 36. Consistencia interna de las subescalas complementarias de la SAAS.	114
Tabla 37. Análisis de ítems con los niños (SAAS-C)	115
Tabla 38. Análisis de ítems con los padres (SAAS-P)	116
Tabla 39. Correlación test-retest de las subescalas complementarias de la SAAS.....	116
Tabla 40. Correlación subescalas complementarias con el conjunto de los 4 factores sintomáticos	117
Tabla 41. Regresión logística binaria de las subescalas SS y FD con niños (SAAS-C) para el diagnóstico de TAS	118
Tabla 42. Regresión logística binaria de las subescalas SS y FD con padres (SAAS-P) para la alta puntuación sintomática de ansiedad por separación ...	118

Tabla 43. Correlación niño – padres en las diferentes puntuaciones de la SAAS.....	119
Tabla 44. Diferencias de edad en ansiedad por separación con los escolares como informantes	121
Tabla 45. Diferencias de género en ansiedad por separación con los escolares como informantes	122
Tabla 46. Diferencias de edad en ansiedad por separación con los padres como informantes	124
Tabla 47. Diferencias de género en ansiedad por separación con los padres como informantes	125
Tabla 48. Prevalencia estimada del trastorno de ansiedad por separación	126
Tabla 49. Propiedades psicométricas de la adaptación española de la SAAS.....	128
Tabla 50. Comparación de las propiedades psicométricas del original americano y de las adaptaciones italiana y española con niños.....	129
Tabla 51. Comparación de las propiedades psicométricas del original americano y de la adaptación española con padres	130
Tabla 52. Contrastación de hipótesis de la SAAS	131
Tabla 53. Prevalencia de ansiedad y depresión en niños y adolescentes	160
Tabla 54. Eficacia de los programas de prevención escolar para la ansiedad y la depresión que incluyen escolares de 12 y/o 13 años.....	165
Tabla 55. Estudios de prevención universal de los trastornos de ansiedad que incluyen escolares de 12 y/o 13 años	170
Tabla 56. Estudios de prevención universal de los trastornos del estado de ánimo que incluyen escolares de 12 y/o 13 años	171
Tabla 57. Programas de intervención pioneros y FORTIUS.....	209
Tabla 58. Resumen de las sesiones de FORTIUS	212
Tabla 59. Análisis diferencias sociodemográficas entre GE y GC.....	222
Tabla 60. Diferencias en variables psicológicas.....	223
Tabla 61. Análisis estadístico de las diferencias en la evaluación pretest entre el GE y GC en las medidas para padres.	224
Tabla 62. Valoración de la aplicación de los monitores de las sesiones FORTIUS.....	228

Tabla 63. Esquema de las sesiones del programa FORTIUS.....	266
Tabla 64. Medias (desviación estándar) en la SCAS	273
Tabla 65. ANOVA con las puntuaciones de cambio en ansiedad (SCAS)	275
Tabla 66. Efectos simples de la interacción Grupo x Curso del seguimiento (SCAS)....	275
Tabla 67. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.....	277
Tabla 68. ANOVA con las puntuaciones de cambio en depresión (CDI).....	279
Tabla 69. Efectos simples de la interacción Grupo x Género del seguimiento (CDI)	280
Tabla 70. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.....	282
Tabla 71. ANOVA con las puntuaciones de cambio en las dimensiones ira-estado, ira-rasgo y control de ira (STAXI).....	285
Tabla 72. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.....	286
Tabla 73. ANOVA con las puntuaciones de cambio en salud (CHIP-CE)	288
Tabla 74. Efectos simples de la interacción Grupo x Curso y Grupo x Curso x Género del seguimiento de salud (CHIP-CE).....	289
Tabla 75. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres.....	293
Tabla 76. ANOVA con las puntuaciones de cambio en ansiedad de los escolares según los padres (SCAS-P).....	294
Tabla 77. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres.....	295
Tabla 78. ANOVA con las puntuaciones de cambio en depresión de los escolares según los padres (CDI-S).	296
Tabla 79. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres de chicos....	298
Tabla 80. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres de chicas....	299
Tabla 81. ANOVA con las puntuaciones de cambio en problemas de comportamiento en los chicos (CBCL).....	305
Tabla 82. ANOVA con las puntuaciones de cambio en problemas de comportamiento en las chicas (CBCL)	306
Tabla 83. Participantes en riesgo por alta sintomatología ansiosa	308
Tabla 84. Participantes en riesgo por alta sintomatología depresiva.....	309

Tabla 85. M (DE) de los participantes y aplicadores del programa	313
Tabla 86. M (DE) de la aplicación del Decálogo Fortuis.....	315
Tabla 87. Grado de dificultad de los monitores (psicólogos) de implementación de FORTIUS.....	316
Tabla 88. Resultados cuantitativos según los adolescentes (comparaciones intergrupos).....	320
Tabla 89. Resultados cuantitativos según los padres (comparaciones intergrupos).....	321
Tabla 90. Resultados cualitativos según los adolescentes (comparaciones intragrupo).....	321
Tabla 91. Contrastación de hipótesis en el postest (corto plazo: CP) y en el seguimiento (largo plazo: LP).....	322

Índice de figuras

Figura 1. Ítem de la Evaluación Interactiva Dominic	54
Figura 2. Formulación del caso según las dimensiones del TAS.....	65
Figura 3. Curva ROC de la subescala sintomática con niños	114
Figura 4. Disminución de la ansiedad por separación con la edad con los escolares como informantes	120
Figura 5. Evolución de la ansiedad por separación con la edad con los padres como informantes	123
Figura 6. Modelo jerárquico de la ansiedad por separación.....	140
Figura 7. Prescripción del tratamiento basada en las dimensiones del TAS según la SAAS	149
Figura 8. Puntuaciones de ansiedad (SCAS).....	274
Figura 9. Puntuaciones de cambio en el seguimiento en los escolares de 1.º de la ESO.....	276
Figura 10. Reducción de la sintomatología ansiosa en los escolares de 1.º de ESO.....	276
Figura 11. Puntuaciones en depresión (CDI)	278
Figura 12. Puntuaciones de cambio de las chicas en el seguimiento	280
Figura 13. Sintomatología depresiva en las chicas	281
Figura 14. Puntuaciones en ira - estado.	283
Figura 15. Puntuaciones en ira – rasgo	283
Figura 16. Puntuaciones en el control de ira	284
Figura 17. Puntuaciones en Salud (CHIP-CE).....	287
Figura 18. Puntuaciones de cambio en el seguimiento para Grupo	288
Figura 19. Puntuaciones de cambio en el seguimiento en los escolares de 1.º de la ESO.....	290
Figura 20. Puntuaciones de salud en los alumnos de 1º de la ESO.....	290

Figura 21. Puntuaciones de cambio en el seguimiento de los chicos de 1.º de la ESO.....	291
Figura 22. Puntuaciones de salud en los chicos de 1º de la ESO	292
Figura 23. Puntuaciones en ansiedad de los escolares según los padres (SCAS-P).....	294
Figura 24. Puntuaciones en depresión de los escolares según los padres (CDI-S)	296
Figura 25. Puntuaciones de cambio en depresión de los escolares según los padres en el seguimiento	297
Figura 26. Puntuaciones de problemas interiorizantes en los chicos (CBCL)	300
Figura 27. Puntuaciones de problemas exteriorizantes en los chicos (CBCL)	301
Figura 28. Puntuaciones de otros problemas en los chicos (CBCL).....	301
Figura 29. Puntuaciones de problemas interiorizantes en las chicas (CBCL)	302
Figura 30. Puntuaciones de problemas exteriorizantes en las chicas (CBCL).....	303
Figura 31. Puntuaciones de otros problemas en las chicas (CBCL)	304
Figura 32. Puntuaciones de cambio de las chicas en los problemas interiorizantes en el seguimiento a los 12 meses.....	307
Figura 33. Puntuaciones de cambio de las chicas en los problemas exteriorizantes en el seguimiento a los 12 meses.....	307

Listado de abreviaturas

ADIS-IV	Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV
AO	Programa Australiano de Optimismo (<i>Aussie Optimis</i>)
CAPS	Programa de Afrontamiento y Promoción de la Fuerza (<i>Coping and Promoting Strength program</i>)
CASI	Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (<i>Childhood Anxiety Sensitivity Index for Children</i>)
CBCL	Inventario de Conducta de Niños (Child Behavior CheckList)
CDI	Cuestionario de Depresión Infantil (<i>Children's Depression Inventory</i>)
CDI-S	Cuestionario de Depresión Infantil- Forma corta (<i>Children's Depression Inventory - Short Form</i>)
CHIP-CE	Perfil de Salud Infantil (<i>Chile Health and Innes Profile-Child Edition</i>)
CSAS	Escala de Ansiedad por Separación en la Infancia (<i>Children's Separation Anxiety Scale</i>)
Curva ROC	Característica operativa del receptor (<i>Receiver Operating Characteristic</i>)
DPICS-II	Sistema de Codificación de la Interacción Diádica Padres-Niño II (<i>The Dyadic Parent Child Interaction Coding System-II</i>)
IPT-AST	Psicoterapia Interpersonal-Entrenamiento de Habilidades en Adolescentes (<i>Interpersonal Psychotherapy-Adolescentes Skills Training</i>)
PCIT	Terapia de Interacción Padres-Niño (<i>Parent-Child Interaction Therapy</i>)
PRP	Programa de Resiliencia de Pensilvania (<i>Penn Resiliency Program</i>)
PSFL	Programa de Resolución de Problemas para la Vida (<i>Problem Solving For Life program</i>)
RAP	Programa de Recursos para Adolescentes (<i>Resourceful Adolescent Program</i>)

SAAI-C/P	Inventario de Evitación de la Ansiedad por Separación – Versiones Niño y Padres (<i>Separation Anxiety Avoidance Inventory – Child and Parents Versions</i>)
SAAS-C/P	Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación- Versiones Niño y Padres (<i>Separation Anxiety Assessment Scale – Child and Parents Versions</i>)
<i>Subescalas SAAS:</i>	
PD	Preocupación por los desastres
MA	Miedo al abandono
MS	Miedo a la soledad
MF	Malestar físico
4F	Total 4 factores sintomáticos
SS	Señales de seguridad
FD	Frecuencia de desastres
SADD	Registro Diario de Ansiedad por Separación (<i>Separation Anxiety Daily Diary</i>)
SADD-C	Registro Diario de Ansiedad por Separación – Versión Niños (<i>Separation Anxiety Daily Diary- Child Version</i>)
SASC	Escala de Ansiedad por Separación para Niños (<i>Separation Anxiety Scale for Children</i>)
SASI-C	Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (<i>Separation Anxiety Symptom Inventory for Children</i>)
SCAS-C/P	Escala de Ansiedad para Niños de Spence – Versiones Niño y Padres (<i>Spence Children’s Anxiety Scale – Child and Parents Versions</i>)
SFSS-II	Inventario de Miedos Escolares - Forma II
SIT	Programa de Inoculación de Estrés (<i>Stress Inoculation Program</i>)
SPR	Sociedad para la Investigación Preventiva (<i>Society for Prevention Research</i>)
STAXI-NA	Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo en Niños y Adolescentes (<i>State – Trait Anger Expression Inventory – Child and Adolescent</i>)
TAS	Trastorno de ansiedad por separación
TCC	Terapia cognitivo – conductual
WRAS	Registro Semanal de la Ansiedad por Separación (<i>Weekly Record of Anxiety at Separation</i>)

Introducción

La infancia y la adolescencia son etapas de desarrollo críticas para la gestación de dificultades emocionales, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos los más prevalentes y económicamente gravosos, con independencia de la cultura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Con respecto a los trastornos de ansiedad la mayoría se inicia en la infancia y en concreto el trastorno de ansiedad por separación (TAS), uno de los más prevalentes en menores de 12 años (Costello, Egger, Copeland, Erkanli y Angold, 2011; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003), con valores en torno al 4% (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

El TAS repercute negativamente en el niño afectando a sus principales áreas de funcionamiento y aumentando la probabilidad de un nuevo trastorno (Foley, Pickles, Maes, Silberg y Eaves, 2004). También supone un importante factor de riesgo (73,5%) en el desarrollo de psicopatología en el adulto joven, sobre todo para el trastorno de pánico y la depresión (Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford y Flannery-Schroeder, 2003; Biederman et al., 2007; Brückl et al., 2006; Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley y Joiner, 2008).

Considerando la prevalencia y las repercusiones negativas del TAS resulta provechoso disponer de instrumentos validados con población infantil española en el marco de una evaluación multimétodo, multifuente y multifase. En este contexto los cuestionarios, escalas e inventarios son las herramientas más utilizadas por los psicólogos en el ejercicio de su profesión (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000), ya que presentan ventajas como la facilidad de administración, corrección e interpretación, por

un lado, y el bajo coste, en términos de esfuerzo y de dinero, por otro. Sin embargo, los tres test existentes para evaluar específicamente la ansiedad por separación en la infancia y/o adolescencia presentan limitaciones: la Escala de Ansiedad por Separación para Niños (*Separation Anxiety Scale for Children, SASC*; Méndez, Espada, Orgilés, Hidalgo y García-Fernández, 2008) y su versión revisada (*Children's Separation Anxiety Scale, CSAS*; Méndez, Espada, Orgilés, Llavona y García-Fernández, 2014) solo recogen información del niño, estando pendiente la evaluación a través de los padres; el Inventario de Evitación de la Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Avoidance Inventory, SAAI*; In-Albon, Meyer y Schneider, 2013), se restringe al componente de evitación ignorando los aspectos subjetivos de la ansiedad como la preocupación o el malestar; el Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (*Separation Anxiety Symptom Inventory for Children, SASI-C*; Di Riso, Chessa, Delvecchio, Lis y Eisen, 2012) no se ha desarrollado para la infancia, sino que es una mera adaptación de la prueba para adultos.

Por el contrario, la Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Assessment Scale, SAAS*; Eisen y Schaefer, 2005), pionera en este ámbito, evalúa ampliamente, a través del niño y los padres (evaluación multifuente), la frecuencia y la intensidad de los síntomas, recogiendo la mayoría de las características clínicas del DSM-5. Del mismo modo que se ha llevado a cabo la adaptación italiana (Chessa, Di Riso, Delvecchio y Lis, 2012) del original americano (Hahn, 2006), conviene realizar la adaptación española de la escala con el fin de que los psicólogos clínicos dispongan de un instrumento específico para evaluar la ansiedad por separación en la infancia.

Mientras que los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la infancia (12,3%), la prevalencia de los trastornos depresivos aumenta con el paso de la niñez (2,8%) a la adolescencia (5,6%), con cifras alarmantes, por ejemplo el 24% de adolescentes presenta un episodio depresivo (Costello et al., 2011; Costello, Erkanli y Angold, 2006; Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1998). Existe una estrecha comorbilidad entre ansiedad y depresión que excede el 50% y el padecimiento de uno de los trastornos constituye un fuerte factor de riesgo para desarrollar el otro (Flannery-Schroeder, 2006).

Los trastornos de ansiedad y depresivos conllevan un deterioro funcional considerable y persistente en el adolescente (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2003), aumentando notablemente la probabilidad de sufrir estos trastornos, incluyendo la conducta suicida, en la adultez (Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005). Por este motivo es muy relevante la elaboración y contrastación de programas para prevenir dificultades emocionales y trastornos interiorizados, sobre todo si se aplican en el periodo de escolarización obligatoria que, en principio, abarca a toda la población infantil y adolescente.

La prevención escolar debe ser una prioridad de la salud pública (OMS, 2004, 2013), resultando necesaria para reducir la prevalencia, la incidencia y el coste de la enfermedad mental (Kazdin y Blase, 2011). Las ventajas frente a otras estrategias como el tratamiento son numerosas, por ejemplo los programas universales aplicados en centros educativos alcanzan a niños y adolescentes que tienen limitado el acceso a los servicios sanitarios o que no han sido identificados como de riesgo, reducen costos de tiempo o transporte, suprimen el impacto del estigma de ser etiquetado y proporcionan un

contexto real para practicar y generalizar lo aprendido (Fisak, Richard y Mann, 2011; Masia-Warner, Nangle y Hansen, 2006; Neil y Christensen, 2009).

Aunque existen programas de prevención de los problemas emocionales, especialmente ansiedad y depresión, para niños y adolescentes, la mayoría desarrollados en el ámbito anglosajón, resulta necesario conocer mejor los aspectos relacionados con la efectividad de las intervenciones (OMS, 2004). Así, son escasos los estudios que examinan las características sociodemográficas del adolescente, por ejemplo edad, género, estatus socio-económico, cultura, etc., en las que se obtiene un mayor beneficio con la intervención, a pesar de que es una información necesaria e importante para determinar la generalización de los resultados (Flay et al., 2005; Spence y Shortt, 2007).

Por otro lado, los programas elaborados y contrastados con población española son escasos, y presentan las limitaciones como centrarse en la mejora de la autoestima, constar de un número elevado de sesiones (≥ 17) en comparación con las intervenciones extranjeras más eficaces (≤ 12), carecer de seguimiento o ser muy breve (5 meses) y no conseguir resultados positivos o ser de pequeño tamaño (Mestre y Frías, 1996; Olmedo, Del Barrio y Santed, 1998).

En este sentido, FORTIUS (Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2013) es un programa novedoso que combina el enfoque de la psicología clínica, focalizado en las amenazas ambientales y en las debilidades personales, con el de la psicología positiva, orientado a las oportunidades que brinda el contexto y a las fortalezas de la persona. Su foco de actuación es más amplio porque además de la ansiedad y la depresión, objetivos tradicionales de los programas en este ámbito, incluye la ira y porque junto a las

emociones negativas toma en consideración también la salud en general. Aunque FORTIUS ha probado ser eficaz en la infancia (Méndez et al., 2008), se desconoce su efecto en la adolescencia temprana por lo que es interesante valorar el programa en esta etapa tan importante del desarrollo de la persona.

La presente tesis se compone de dos investigaciones: una sobre evaluación de la ansiedad por separación en la infancia y otra sobre prevención escolar de las dificultades emocionales. La primera consiste en la adaptación española de la Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación, tanto la forma original para niños como la variante para padres (SAAS; Eisen y Schaefer, 2005). Consta de seis subescalas: cuatro sobre dimensiones sintomáticas de la ansiedad por separación y dos adicionales sobre señales de seguridad y sobre ocurrencia de acontecimientos desastrosos. La investigación incluye dos estudios con muestras independientes de escolares, de ambos géneros en proporción equivalente, de 8 a 11 años, y sus padres. En el primero se realizó el análisis factorial exploratorio y en el segundo el análisis factorial confirmatorio además del cálculo de índices de fiabilidad y validez de la escala.

La segunda investigación analiza la eficacia del Programa FORTIUS (Méndez et al., 2013), dirigido originalmente a niños de 8 a 11 años, con una muestra de escolares del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, a fin de comprobar su viabilidad y utilidad en la adolescencia temprana. FORTIUS pretende remediar las insuficiencias formativas del currículo escolar en el área de la madurez, puesto que los centros educativos proporcionan fundamentalmente formación personal-profesional descuidando la enseñanza de competencias para el logro del equilibrio emocional y del establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. En la investigación

participaron adolescentes de 12 y 13 años, de ambos géneros en la misma proporción, y sus padres. Se analizó el efecto del programa sobre las emociones negativas/trastornos interiorizados (ansiedad, depresión, ira) y sobre la salud, al concluir la intervención preventiva y un año después.

La tesis aborda cuestiones relacionadas con el proyecto de investigación “Evaluación y prevención de la ansiedad por separación en la infancia” (Méndez et al, 2008) y es el tema de estudio de la beca de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Los dos objetivos generales de la investigación fueron adaptar con población infantil española la primera prueba elaborada para evaluar específicamente la ansiedad por separación, esto es, la Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Assessment Scale*, SAAS; Eisen y Schaefer, 2005), y valorar la extensión a la adolescencia temprana del programa FORTIUS (Méndez et al., 2013).

PARTE 1

**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD POR
SEPARACIÓN**

1 Justificación teórica

1.1 La ansiedad por separación en la infancia

La ansiedad por separación es un fenómeno normal y esperable en el desarrollo infantil, que ocurre tanto en humanos como en otras especies (Eisen y Schaefer, 2005), por ejemplo, en los macacos de la India, donde la relación entre las crías y la madre es muy estrecha (De Corral y Echeburúa, 1997). Los bebés, en torno a las 7 semanas de edad, muestran ansiedad cuando se le separa de las personas en general (Méndez, Orgilés y Espada, 2008). Ya a los 4 meses aparece la ansiedad ante la separación, caracterizada por el llanto del bebé en respuesta a la separación parental, con picos alrededor de los 13-18 meses (Campbell, 1986). La ansiedad al separarse de las figuras de apego y el miedo a los extraños se establecen hacia el final del primer año de vida, dado que a los 9 meses ya existe la suficiente maduración cognitiva para recordar y distinguir a los cuidadores principales de los desconocidos (Gullone, 2000; Muris, 2010; Muris y Field, 2011). La ansiedad por separación continúa siendo muy frecuente durante el segundo y el tercer año del niño. De los 3 a los 5 años, según los padres, el rechazo a dormir solos o fuera de casa y el miedo a los extraños son unos de los problemas más comunes (Spence, Rapee, McDonald e Ingram, 2001). La ansiedad por separación disminuye de forma progresiva hasta los 5-8 años. Posteriormente, se da un pico a los 9-10 años (Costello et al., 2003; Grills-Taquechel y Ollendick, 2013) que declina durante la pubertad y adolescencia.

Los estudios indican que la expresión de ansiedad por separación en población comunitaria es muy frecuente y predominante, en concreto, en torno al 41 % de los niños presentan síntomas de ansiedad por separación, hasta aproximadamente los 9 años (Costello y Angold, 1995; Weems y Costa, 2005).

En definitiva, la ansiedad por separación es una respuesta emocional normal en la primera infancia, entendiendo por ansiedad *normal* aquella respuesta emocional que es adecuada al nivel de desarrollo del individuo y que promueve una adaptación al medio (Pacheco y Ventura, 2009). En este caso, la ansiedad por separación permite al niño desarrollar su capacidad de estar solo de forma progresiva, cumpliendo principalmente una función protectora: a esta edad los niños están indefensos ante cualquier posible peligro o daño (por ej., secuestro, accidentes, extravío, etc.), y gracias a la ansiedad por separación el pequeño no se mantendrá alejado de los padres.

Además la ansiedad por separación cumple también una función educativa: al permanecer junto a las figuras de apego aprende un amplio repertorio de conductas, por medio de observación, instrucciones, modelado, etc., como hablar, vestirse, controlar esfínteres, etc., imprescindibles para aumentar la autonomía personal del niño (Méndez et al., 2008).

Por último, la ansiedad por separación cumple una función facilitadora en la formación del vínculo afectivo entre el bebé y la madre, por ej., entre los 7 meses y los 3 años el bebé trata de mantener la proximidad con la figura de apego mediante llamadas y llanto ante la separación, sigue a la madre, inicialmente con la mirada y más tarde con el gateo o la marcha. La presencia de la madre le proporciona la seguridad para comenzar a explorar el medio. En definitiva, la ansiedad por separación facilita y acompaña la formación y manifestaciones del apego (Torres, 2003).

En la infancia temprana también aparecerán otros miedos “normales” muy frecuentes, como miedo a los extraños, a estar solo, a la oscuridad, a las alturas o a los

animales (Gullone, 2000), que pueden afectar hasta el 40-45% de los niños (Rodríguez, 1998). Respecto a los miedos, el estudio de Orgilés, Espada, García-Fernández y Méndez (2009) indica que éstos se encuentran fuertemente vinculados a los síntomas de ansiedad por separación. De los 4 a los 8 años, cuando el niño crece emocional y físicamente, comenzará a explorar el medio e irá reduciéndose de forma paulatina la ansiedad por separación y los otros miedos. Por otro lado, entre los 6-12 años la ansiedad y el miedo referentes a la evaluación social, daño físico, enfermedad, y el colegio se hacen más prominentes (Gullone, 2000).

Los estudios revelan que los miedos más prevalentes en la infancia y adolescencia son los referentes al peligro y al daño físico o la muerte (Muris y Field, 2011), también con población infantil española (Beltrán, 2014; Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003). La función de estos miedos es también proporcionar al niño un sistema de alarma que le ayude a evitar situaciones potencialmente peligrosas.

Por tanto, la ansiedad por separación es la primera defensa del niño, es decir, su sistema de protección en sus primeros años de vida. La posterior atenuación progresiva de esta ansiedad, a medida que el niño adquiere mayor desarrollo, es combinada por la aparición de estos temores específicos, cuya función es también protectora (De Corral y Echeburúa, 1997).

Sin embargo, mientras que estos miedos decrecen con la edad, en la adolescencia aumentan los miedos referentes a la evaluación social (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink y Treffers, 2004), lo cual es adaptativo según las teorías

evolucionistas: el adolescente es más fuerte físicamente y se ha desarrollado lo suficiente cognitivamente para ser más cauteloso y protegerse del peligro, mientras que lo social en esta etapa se vuelve más vital, ya que una posición más prominente en la jerarquía supone mayor supervivencia.

En conclusión, la ansiedad por separación y otros miedos infantiles relacionados son comunes y adaptativos durante la infancia. Para la mayoría de los niños la ansiedad por separación será un fenómeno normal y transitorio, de intensidad leve o moderada, que se extingue progresivamente durante el crecimiento (Muris y Fires, 2011). Sin embargo, en algunos casos la ansiedad persiste, convirtiéndose en desmesurada para el normal desarrollo del sujeto. Esto puede ocurrir por la combinación de factores genéticos y/o ambientales, como que las separaciones no se repitan con la suficiente frecuencia, debido a que el niño se resista y/o los padres no insistan en que ocurran, o porque ocurre una separación traumática, como la hospitalización, muerte o divorcio de los padres, que exacerba la ansiedad (APA, 2014; Méndez et al., 2008).

1.2 El trastorno de ansiedad por separación en la infancia

1.2.1 Caracterización clínica

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) se caracteriza por el miedo o la ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente al alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (APA, 2014). Según el DSM-5, para el diagnóstico de TAS deben de estar presentes 3 o más de las siguientes circunstancias:

1) malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego,

2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida o daño de las figuras de mayor apego, sobre todo cuando se separan de ellas,

3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso le ocurra al propio sujeto (p. ej., perderse o ser secuestrado), impidiendo reunirse de nuevo con la figura de apego,

4) resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación,

5) miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares,

6) resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego,

7) pesadillas repetidas sobre el tema de la separación, y

8) quejas somáticas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figura de mayor apego.

En el TAS el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, durante al menos 4 semanas en niños y adolescentes, y típicamente seis o más meses en adultos. Además la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Por último, la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Tradicionalmente el TAS ha sido un trastorno de la infancia y adolescencia, en concreto, en las anteriores versiones del DSM (1994, 2000) el TAS era el único trastorno de ansiedad específico de la niñez y la adolescencia. Sin embargo, el actual DSM-5 contempla que puede también darse en adultos, aunque la prevalencia es baja. De cualquier forma, el TAS es uno de los trastornos más comunes que afectan a niños y adolescentes, siendo el trastorno de ansiedad más frecuente en niños menores de 12 años según la APA (2014), situándose su edad media de inicio en torno a los 7-8 años (Costello et al., 2011; Méndez et al., 2008).

Los síntomas más frecuentes de este trastorno, según los niños, son la negativa a dormir sin los padres o a dormir fuera de casa (71,4%) y el excesivo miedo o rechazo a estar solo en casa o en otros lugares sin las figuras de apego (61,9%) (Allen, Lavalley, Herren, Ruhe y Schneider, 2010). Respecto al primero, generalmente los niños insisten en que alguien permanezca con ellos hasta que concilien el sueño, y durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres o a la de otra persona vinculante, como un hermano. Además suelen ser reacios a acudir a campamentos, dormir en casas de amigos o irse a hacer recados. Respecto al segundo, es frecuente que los niños rechacen, además de estar solos en casa, permanecer solos en una habitación del hogar, requiriendo que alguien esté con ellos, mostrando comportamientos de aferramiento con el padre o la madre, o convirtiéndose en “la sombra” de uno ellos (APA, 2014).

Por otro lado, los síntomas menos frecuentes en los niños con TAS son las pesadillas repetidas sobre la separación (11,5%) y el persistente rechazo a ir al colegio u otro lugar por miedo a la separación (22,2%). Cuando los padres son los informantes, coinciden con los síntomas más frecuentes de los niños, incluso con porcentajes más altos (85,7% y 81,1% respectivamente), aunque destacan también el síntoma de excesiva angustia cuando ocurre una situación de separación o cuando ésta se anticipa (87,4%). También coinciden en el síntoma menos frecuente (pesadillas sobre la separación) aunque los padres informan de mayor rechazo a ir al colegio o a otros lugares por miedo a la separación que los niños (51,4%) (Allen et al., 2010).

Las manifestaciones del TAS varían con la edad. Los niños más pequeños manifiestan miedos más genéricos, y con frecuencia la ansiedad sólo se manifiesta cuando se experimenta la separación. A medida que se hacen mayores, los miedos o preocupaciones suelen especificarse (p. ej., secuestro o asesinato). En los pequeños también es frecuente mayor rechazo a ir a la escuela, o incluso pueden eludirla por completo. Las pesadillas sobre la temática de separación es más frecuente en niños, mientras que los adolescentes se quejan más de molestias y dolores los días de colegio (Francis, Last y Strauss, 1987).

También en función de la edad, los individuos pueden experimentar miedo hacia animales, monstruos, oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de coche y otras situaciones. En niños de menor edad, especialmente cuando están solos y por la noche, pueden experimentar percepciones inusuales, como ver personas o monstruos en su habitación que intentan cogerlos, sentir que unos ojos les miran, etc.

Respecto al género, en general las niñas manifiestan mayor evitación a ir al colegio que los niños. Por otro lado, suele ser más común en niños la expresión indirecta de miedo que en las niñas, dado que éstos pueden avergonzarse, en especial los adolescentes, y no reconocer la ansiedad por separación, aunque ésta se muestre en la limitación de su funcionamiento independiente, como mostrar rechazo a salir de casa (APA, 2014).

1.2.2 Prevalencia

El TAS es uno de los trastornos de ansiedad más comunes, cuya prevalencia disminuye con la edad: 3,9% en niños de 6-12 años y 2,6% en adolescentes de 13-18 años, de acuerdo con el meta-análisis de Costello et al. (2011). Según el DSM-5 es el trastorno más prevalente en menores de 12 años, con una tasa del 4% en niños y de 1,6% en adolescentes. La tabla 1 recoge estudios epidemiológicos recientes de la prevalencia de TAS, en la que participan un número elevado de niños y adolescentes.

Respecto al género, la bibliografía sugiere que las chicas presentan más sintomatología de ansiedad por separación que los chicos (APA, 2014; Compton, Nelson y March, 2000; Orgilés, Espada, García-Fernández, Méndez y Hidalgo, 2011; Poulton, Milne, Craske y Menzies, 2001). Sin embargo en la población clínica no se encuentra esta diferencia, que podría explicarse por la menor tolerancia de los padres hacia la ansiedad por separación de sus hijos que lleva a las familias a buscar ayuda de un profesional con más frecuencia que en el caso de las chicas (Eisen y Schaefer, 2005; Méndez et al., 2008).

Tabla 1. Estudios epidemiológicos del TAS en la infancia y adolescencia

	Estudio	N	Edad	Entrevista	Prevalencia TAS (%)	País
Niños	Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal y Leaf (2000)	1.060	5-9	DISC	3,6	EE.UU.
	McArdle, Prosser y Kolvin (2004)	1051	7-8	CAPA	3,1	Inglaterra
	Mullick y Goodman (2005)	922	5-10	DAWBA	1,5	Bangladés
	Egger y Angold (2006)	307	2-5	PAPA	2,4	EE.UU.
	Heiervang et al. (2007)	9.430 / 645 ^a	7-9	DAWBA	1,1	Noruega
	Abbo et al. (2013)	702	3-9	MINI-KID	7,7 (3-5 años) 7,2 (6-9 años)	Uganda
Adolescentes	Costello et al. (2003)	5.738	11-16	CAPA	0,8 (11-13 años) 0,2 (14-16 años)	EE.UU.
	Gau, Chong, Chen y Cheng (2005)	1.070	13-15	K-SADS-E	0,4	Taiwán
	Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano y Aguilar-Gaxiola (2009)	3.005	12-17	CIDI	2,6	Méjico
	Merikangas et al. (2010)	10.123	13-18	CIDI	0,6	EE.UU.
	Kessler et al. (2012)	10.148	13-17	CIDI	1,6	EE.UU.
	Abbo et al. (2013)	885	10-19	MINI-KID	5,5 (10-13 años) 3,0 (14-19 años)	Uganda

Nota: MINI-KID = *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* (Sheehan et al., 2010); DIS = *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Shaffer et al., 1996); CAPA = *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (Angold et al., 1995); PAPA = *Preschool Age Psychiatric Assessment* (Egger et al., 2006); DAWBA = *Development and Well-Being Assessment* (Goodman, Ford, Richards, Gatward y Meltzer, 2000); CIDI = *Composite International Diagnostic Interview* (Kessler y Üstün, 2004); K-SADS-E = *Kiddie - Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children: Epidemiologic Version* (Orvaschel y Puig-Antich, 1987).

^a Screened/entrevistados.

1.2.3 Comorbilidad

La comorbilidad de TAS es muy alta (86,1%), especialmente con otros trastornos de ansiedad y depresivos, con 65,3% y 53,1% respectivamente (Shear, Jin, Ruscio, Walters y Kessler, 2006). Específicamente el trastorno de ansiedad generalizada (74%) y la fobia específica (58%) son los trastornos más comórbidos con TAS en niños y adolescentes (APA, 2014; Verduin y Kendall, 2003), aunque las cifras varían entre estudios (tabla 2).

Para los adultos, es frecuente la comorbilidad con la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad y los trastornos depresivos y bipolares (APA, 2014).

Tabla 2. Comorbilidad del TAS con otros trastornos.

Estudio	N	Edad	Trastorno comórbido (%)						
			FE	FS	TAG	TDM	TDAH	TND	TC
Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack (1997)	1.507	14-18	10,2 ^a		10,2	6,2	-----	-----	-----
Verduin y Kendall (2003)	199	8-13	58	20	74	0	22	12	-----
Foley et al. (2004)	2.061	8-17	6,25 ^a		28,13	28,13	-----	12,5	12,90
Shear et al. (2006)	5.692	+18	37,6	33,4	17,1	37	21,3	19,6	21,4

Nota: FE = Fobia Específica; FS = Fobia Social; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; TDAH = Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad; TND = Trastorno Negativista Desafiante; TC = Trastorno de Conducta.

^a Fobias específica y social.

1.2.4 Repercusiones negativas

Al producirse la separación del hogar o de las figuras de apego, es frecuente que los niños manifiesten retraimiento social, apatía, tristeza, melancolía o dificultades para concretarse en clase o en el juego. En ocasiones, pueden mostrarse coléricos ante la perspectiva de una separación. En general, los niños con TAS suelen describirse como exigentes, intrusivos y con necesidad de atención constante (APA, 2014).

Respecto al funcionamiento del niño o adolescente, el TAS puede provocar deterioro significativo en sus principales áreas:

a) *Social*, dada la frecuente evitación de actividades con los pares por miedo a la separación de los padres, es frecuente que ocurra aislamiento social del niño.

b) *Académica*, ya que muchos niños con TAS se resisten a ir al colegio o presentan comportamientos negativistas en el aula (como rabietas), o bien rechazan hacer trabajos en grupo fuera del centro escolar, entre otros comportamientos, esto puede conllevar una disminución en el logro educativo, especialmente si se dan muchas ausencias escolares. En concreto, entre los casos de rechazo escolar se constata una proporción significativa con diagnóstico de TAS: 22,2% en población clínica (Allen et al., 2010) y 10,8% en población comunitaria (Egger, Costello y Angold, 2003).

c) *Familiar*, puesto que el funcionamiento familiar se ve totalmente afectado por el comportamiento de oposición del niño con TAS como llantos, súplicas, gritos, rabietas o ataques físicos cuando los padres tienen que lidiar ante una separación, es

frecuente que éstos acepten las exigencias de sus hijos (duerman con él, nunca le dejan solo o con niñera, etc.) causando estrés, frustración, resentimiento y conflicto en la familia.

d) *Personal*, el apego excesivo dificulta la adquisición de hábitos de autonomía y lastra la independencia personal.

Además de las consecuencias inmediatas, el TAS es un fuerte factor de riesgo (73,5%) para el desarrollo de psicopatología en el adulto joven (19-30 años), especialmente para el trastorno de pánico y la depresión (Lewinsohn et al., 2008) y para otros trastornos: agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, trastorno por dolor, dependencia del alcohol, trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo (Aschenbrand et al., 2003; Biederman et al., 2007; Brückl et al., 2006). También la bibliografía sugiere que el 36,1% de los adultos que padecen TAS han sufrido ansiedad por separación en la infancia (Shear et al., 2006), más frecuentemente las mujeres (Silove, Marnane, Wagner, Manicavasagar y Rees, 2010).

1.2.5 Diagnóstico diferencial

Ciertas características sintomáticas son compartidas entre trastornos, por ello a continuación se describe el diagnóstico diferencial entre TAS y otros trastornos (APA, 2014):

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): en el TAS la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y las figuras de apego,

mientras que en el TAG la ansiedad y preocupación se encuentran en relación con sucesos o actividades diversos (responsabilidades, salud, familia, etc.).

- Trastorno de pánico: aunque en el TAS las amenazas de separación pueden conducir a una ansiedad extrema e incluso un ataque de pánico, la ansiedad se refiere a la separación respecto a las figuras de apego o el hogar, y no a la incapacidad por crisis de pánico inesperadas, como ocurre en el trastorno de pánico.

- Agorafobia: los sujetos con TAS no están preocupados por quedarse atrapados o incapacitados en situaciones en las que perciben que es difícil escapar en caso de que les ocurran síntomas de angustia u otros síntomas, como les ocurre individuos con agorafobia.

- Trastornos de conducta: el absentismo escolar es frecuente en los trastornos de conducta (“hacer novillos”), sin embargo la causa no es miedo a la separación, como ocurre en la negativa a ir al colegio en el TAS.

- Trastorno de ansiedad social o fobia social: algunos casos de absentismo escolar pueden ser debidos a la fobia social, sin embargo, el miedo es a ser juzgado negativamente por los demás, no por la separación de las figuras de apego, como en el TAS.

- Trastorno de estrés postraumático: después de un evento traumático, como los desastres, es común el miedo a la separación de los seres queridos, pero los síntomas se centran en torno a las intrusiones y a la evitación del evento traumático,

mientras que en el TAS las preocupaciones y evitaciones se centran en el bienestar de las figuras de apego y a la separación de ellas.

- Trastorno de ansiedad por enfermedad: los individuos que padecen este trastorno muestran preocupaciones por si padecen ciertas enfermedades, y la ansiedad no es por la separación del hogar o de las personas a las que está vinculado, como en el TAS.

- Trastornos depresivos y bipolares: puede darse en sujetos con estos trastornos rechazo a salir de casa, pero es debido a una baja motivación por relacionarse con el mundo exterior, no por el miedo a separarse de las figuras de apego o por miedo a que algo malo les suceda, como ocurre en el TAS. Sin embargo, individuos con TAS pueden deprimirse en el momento en que se les separa o se anticipa la separación.

- Trastorno negativista desafiante (TND): los individuos con TAS pueden mostrar oposición cuando se les fuerza a separarse del hogar o de los padres, pero en el TND el comportamiento oposicionista es persistente y no está relacionado con la separación de las figuras de apego.

- Trastorno psicótico: las percepciones inusuales del TAS solo suceden en determinadas situaciones (p. ej., por la noche), suelen basarse en la percepción errónea de un estímulo real, y son reversibles ante la presencia de una figura vinculante, al contrario que las alucinaciones en los trastornos psicóticos.

- Trastornos de personalidad: aunque el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por miedo al abandono de personas importantes en la vida del individuo, son también fundamentales para este trastorno los problemas de identidad, autocontrol, funcionamiento interpersonal e impulsividad, que no lo son para el TAS. El trastorno de personalidad dependiente se basa en una tendencia a confiar en los demás, mientras que el TAS implica ansiedad y miedo por la separación de las figuras de apego y su seguridad.

1.3 Escalas específicas para evaluar la ansiedad por separación en la infancia

1.3.1 Evaluación multifuente, multimétodo, multifase

Se recomienda que la evaluación en la infancia incluya además de al niño a otros informantes como padres, maestros, etc., (evaluación multifuente), que se lleve a cabo con diferentes técnicas como entrevistas, cuestionarios, observación, etc., (evaluación multimétodo) y que se recoja información en distintos momentos como antes, durante, inmediatamente o meses después de la intervención (evaluación multifase).

Respecto a los informantes, lo más frecuente es recabar información del niño y los padres, a pesar de que los últimos tienden a subestimar los problemas interiorizados o emocionales de sus hijos (Rothen et al., 2009), razón que explica el bajo acuerdo padres-niño en los trastornos de ansiedad. Concretamente en el de ansiedad por separación el niño se muestra más preciso sobre el malestar subjetivo, mientras que los padres evalúan mejor los síntomas y el deterioro, por lo que se aconseja recoger información de ambas fuentes (Allen et al., 2010).

No obstante, los expertos advierten que resulta demasiado estricto y conservador exigir que el niño y los padres coincidan por separado en que se cumple la totalidad de los criterios requeridos, por lo que no es infrecuente que el TAS se diagnostique sobre la base de un único informante (Allen et al., 2010; Choudhury, Pimentel y Kendall, 2003; Comer y Kendall, 2004; Foley et al., 2004; Grills y Ollendick, 2003).

Otras fuentes son los maestros, los familiares y los amigos del niño, con quien la convergencia también suele ser pobre (Cole, Truglio y Peeke, 1997). Además existe menos investigación sobre el grado de acuerdo con estos informantes. Los profesores son la fuente más consultada después de los padres. Los estudios ponen de relieve que reconocen mejor unos tipos de ansiedad, por ejemplo social o generalizada, que otros (Lyneham, Street, Abbott y Rapee, 2008). Al igual que con otros informantes, el acuerdo profesor-niño es bajo (Dadds, Spence, Holland, Barrett y Laurens, 1997).

Con respecto a las técnicas de evaluación, se requiere en primer lugar la realización de una entrevista clínica para determinar si se reúne los criterios para el diagnóstico del TAS. Este método resulta muy útil para recopilar información, por un lado, sobre la frecuencia y severidad de los síntomas y sobre el grado de malestar y deterioro y, por otro, sobre las variables antecedentes y consecuentes en orden a efectuar el análisis funcional del caso. En la tabla 3 se recoge las principales entrevistas (semi)estructuradas para el niño y/o adolescente y los padres.

Tabla 3. Entrevistas que incluyen el trastorno de ansiedad por separación

Entrevista	Autor	Tipo	Edad
Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (<i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA</i>)	Angold et al. (1995)	Glosario para entrevistador	9-18
Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV, ADIS-IV</i>)	Silverman et al. (1996)	Semi-estructurada	7-17
Entrevista sobre Esquizofrenia y Trastornos Afectivos para Niños (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, K-SADS</i>)	Kaufman et al. (1997)	Semi-estructurada	6-18
Entrevista Diagnóstica para Niños del Instituto Nacional de Salud Mental- Versión IV (<i>Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents – Version IV, DISC-IV</i>)	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000)	Estructurada	9-17 6-17
Entrevista para Niños y Adolescentes (<i>Interview Schedule for Children and Adolescents, ISCA</i>)	Sherrill y Kovacs (2000)	Semi-estructurada	8-17
Entrevista sobre Síndromes Psiquiátricos en la Infancia (<i>Children's Interview for Psychiatric Syndrome, ChIPS</i>)	Weller, Weller, Fristad, Rooney y Schechter (2000)	Estructurada	6-18

Según Grills-Taquechel y Ollendick (2013) la más utilizada es la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV*, ADIS-IV; Silverman, Albano y Barlow, 1996), de la que se dispone en español del protocolo (Silverman, Albano y Sandín, 2001) y del manual para el entrevistador (Sandín, 2003). La ADIS-IV es una entrevista semi-estructurada con excelentes propiedades psicométricas. Aunque se centra en los trastornos de ansiedad, incluyendo apartados independientes para la ansiedad por separación y el rechazo escolar, también evalúa los trastornos depresivos. Se entrevista por separado al niño y los padres, y el diagnóstico se determina con la información procedente de ambas fuentes (Silverman y Nelles, 1988). La entrevista se inicia con preguntas de comprobación y si las respuestas son afirmativas se continúa con preguntas específicas sobre la historia del problema, variables situacionales y contextuales, factores cognitivos, etc. La estimación del grado de miedo/ansiedad/evitación y del deterioro o repercusión negativa del trastorno se realiza con ayuda de un termómetro de 0 (ningún miedo o repercusión) a 8 (mucho miedo o repercusión).

A pesar de su enorme utilidad, las entrevistas adolecen de ser extensas y costosas de aplicar y de requerir formación específica y experiencia clínica del entrevistador. Por el contrario, las escalas e inventarios están muy indicados cuando se dispone de poco tiempo y los recursos son limitados. Aunque la entrevista clínica es indispensable para el diagnóstico de un trastorno (Ehrenreich, Santucci y Weiner, 2008), las pruebas psicológicas de papel y lápiz permiten recabar información del niño y los padres y proporcionan un importante apoyo para corroborar el diagnóstico.

Como alternativa a los tests tradicionales de ansiedad infantil, por ejemplo el Inventario Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*, STAIC; Spielberger y Edwards, 1973), la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, RCMAS; Reynolds y Richmond, 1985) o la Escala de Ansiedad Infantil (*Child Anxiety Scale*, CAS; Gillis, 1980), adaptados con población española, en la última década del siglo pasado aparecieron varias escalas para los trastornos de ansiedad en general, para niños/adolescentes y padres, fundamentadas en los criterios del DSM, con propiedades psicométricas adecuadas, que incluyen subescalas para el TAS (véase tabla 4). Una prueba diferente y de espectro más amplio es la Evaluación Interactiva Dominic (*Dominic Interactive Assessment*, DIA; Valla, Bergeron y Smolla, 2000). Se trata de un test pictórico de administración computerizada del que existe sendas formas para el niño y el adolescente, pero no para los padres. Los ítems son dibujos con una pregunta de respuesta dicotómica (véase figura 1).

Tabla 4. Escalas genéricas que incluyen la ansiedad por separación

Escola genérica	Autor	Edad	Ítems ^a	Evaluación
Escola de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad Infantil (<i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED</i>)	Birmaher et al. (1997)	8-18	66 (8)	Pánico, ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, ansiedad por separación, estrés postraumático, obsesión - compulsión
Escola Multidimensional de Ansiedad para Niños (<i>Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC</i>)	March, Parker, Sullivan, Stallings y Connors (1997)	8-19	39 (9)	Síntomas físicos, ansiedad social, evitación del daño y ansiedad por separación
Escola de Ansiedad Infantil de Spence (<i>Spence Children's Anxiety Scale, SCAS</i>)	Spence (1998, 1999)	8-12	44 ^b (6)	Ansiedad por separación, fobia social, obsesión - compulsión, pánico/agorafobia, miedo al daño físico y ansiedad generalizada
Evaluación Interactiva Dominic (<i>Dominic Interactive Assessment, DIA</i>)	Valla et al. (2000)	6-11 12-16	91 (8) 91 (6)	Ansiedad, depresión, hiperactividad, problemas conducta, consumo sustancias (solo adolescentes)

^a Entre paréntesis el número de ítems de ansiedad por separación

^b Cinco ítems son de relleno y no evalúan ningún tipo de ansiedad

Figura 1. Ítem de la Evaluación Interactiva Dominic



Las escalas de amplio espectro son instrumentos muy útiles para el cribado en estudios epidemiológicos, pero son insuficientes para la práctica clínica porque la escasa información que proporcionan sobre el TAS, contienen solo 6-9 ítems, ayuda poco al profesional a analizar el problema y a planificar el tratamiento (véase tabla 4). Desde este punto de vista son mucho más interesantes las escalas específicas para la ansiedad por separación de desarrollo más reciente (véase tabla 5).

Tabla 5. Escalas e inventarios específicos de ansiedad por separación

Escala específica	Autor	Edad	Formas
Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (<i>Separation Anxiety Assessment Scale, SAAS</i>)	Eisen y Schaefer (2005)	6-17	Niño/adolescente Padres
Escala de Ansiedad por Separación para Niños (<i>Separation Anxiety Scale for Children, SAS-C</i>)	Méndez et al. (2008)	8-11	Niño
Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (<i>Separation Anxiety Symptom Inventory for Children, SASI-C</i>)	Di Riso et al. (2012)	6-10	Niño
Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación (<i>Separation Anxiety Avoidance Inventory, SAAI</i>)	In-Albon et al. (2013)	4-15	Niño/adolescente Padres
Escala de Ansiedad por Separación en la Infancia (<i>Children's Separation Anxiety Scale, CSAS</i>)	Méndez et al. (2014)	8-11	Niño

La observación del niño en el ambiente natural permite evaluar el componente conductual de la ansiedad por separación. Los registros son cumplimentados por los padres en el hogar y, en menor medida, por el maestro en la escuela. Esta modalidad se denomina *observación participante*, puesto que el observador interviene activamente sobre todo cuando es la figura de apego (Méndez et al., 2008). A causa del mayor coste y efecto reactivo sobre la conducta de las grabaciones audiovisuales, se prefiere el registro escrito.

En contextos clínicos el terapeuta diseña, con la colaboración de los padres o del profesor, el registro de observación en situaciones cotidianas, como dormir solo en la habitación o asistir a clase.

Para la ansiedad por separación existen algunos registros, como el Registro Semanal de la Ansiedad por Separación (*Weekly Record of Anxiety at Separation*, WRAS; Eisen y Schaefer, 2005) (véase anexo 1) y el Registro Diario de Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Daily Diary*, SADD; Allen, Blatter-Meunier, Ursprung y Schneider, 2010a) (véase anexo 2). En el primero, WRAS, los padres evalúan la frecuencia e intensidad de los comportamientos de ansiedad por separación del niño en las principales situaciones de separación (ir colegio, ir a dormir, salidas de los padres, etc.) cada día durante una semana. El segundo, SADD, destinado a padres de niños y adolescentes de 4 a 15 años, abarca ocho días y evalúa tanto las situaciones desencadenantes como la experiencia subjetiva de ansiedad, los pensamientos y las conductas al estar alejado de los padres. El SADD ha sido utilizado en investigación donde los principales inconvenientes son la insatisfactoria tasa de cumplimiento (41,67%), debido especialmente a la baja motivación y al frecuente olvido; y el rechazo

que produce en los padres porque altera su actividad habitual y resalta la inadecuación de su relación con el hijo. Existe la variante auto-registro para niños y adolescentes de 7 a 14 años (*Separation Anxiety Daily Diary- Child Version*, SADD-C; Allen, Blatter-Meunier, Ursprung y Schneider, 2010b), donde la principal modificación radica en los ítems referidos a los pensamientos de separación (véase anexo 3). El SADD-C también presenta problemas de adherencia, que se sitúa por debajo del 26%, además no diferencia entre niños con TAS y con otros trastornos.

Una alternativa a la observación natural es registrar el comportamiento del niño en situaciones debidamente preparadas. La observación artificial puede realizarse con ayuda de una jerarquía o listado de ítems de dificultad creciente o situando al niño en la situación temida sin graduación alguna. El primer método, conocido genéricamente como *prueba de aproximación/evitación conductual* o, en el caso específico del TAS, *prueba de separación*, es de gran utilidad no solo evaluadora sino también terapéutica, porque reduce la oposición del niño dado el carácter aversivo de la separación y permite la valoración continua del progreso terapéutico (medida de proceso). El segundo se denomina *prueba de tolerancia* porque enfrenta al niño directamente con la separación. Un ejemplo es la adaptación al TAS del Sistema de Codificación de la Interacción Diádica Padres-Niño II (*The Dyadic Parent Child Interaction Coding System-II*, DPICS-II; Eyberg, Bessmer, Newcomb, Edwards y Robinson, 1994). Consiste en grabar el comportamiento infantil durante un tiempo prolongado mientras el niño juega con el psicólogo una vez que la madre y/o el padre abandonan la habitación experimental. La prueba forma parte de la Terapia de Interacción Padres-Niño, aplicada a niños menores de ocho años (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Pincus, Eyberg y Choate, 2005).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por el exceso de activación vegetativa, en concreto, aumento de la actividad cardiovascular, de la conductancia electrodérmica, del tono músculo-esquelético y de la tasa respiratoria (Barlow, 2002). Estos cambios psicofisiológicos generan sensaciones molestas como palpitaciones, taquicardia, tensión muscular, hiperventilación, opresión torácica, etc. Así pues, los registros psicofisiológicos constituyen una medida objetiva de los estados de ansiedad. En evaluación infantil se usa sobre todo en contextos sanitarios y de investigación, por ejemplo el índice de sudoración palmar en la ansiedad prequirúrgica (Melamed y Siegel, 1975; Pinto y Hollandsworth, 1989) y dental (Kato et al., 2011), o el registro de la actividad cardiovascular en estudios de exposición al estímulo temido (Velting, Setzer y Albano, 2004). Dado el coste, la artificialidad y la intrusividad del método apenas se emplea en la práctica clínica infantil.

Grills-Taquechel y Ollendick (2013) objetan que la evaluación multifuente, multimétodo y multifase exige un elevado coste de esfuerzo, tiempo y dinero, por lo que es importante seleccionar adecuadamente las personas, los instrumentos y los momentos de la evaluación. En este sentido, el análisis comparativo de los métodos de evaluación pone de relieve las notables ventajas de las escalas e inventarios:

- a) sencillez: son más fáciles de administrar, corregir e interpretar,
- b) eficiencia: su aplicación requiere menos esfuerzo, tiempo y dinero,
- c) utilidad: no solo ayudan a diagnosticar el trastorno sino que orientan la planificación del tratamiento,
- d) adecuación: la edad de inicio del TAS coincide con la adquisición de la lecto-escritura y con la mejora de las habilidades de auto-evaluación o introspección.

Por esta razón se utiliza ampliamente las escalas y los inventarios tanto en estudios epidemiológicos, por ejemplo para identificar casos rápidamente (cribado), como clínicos, por ejemplo para calcular la magnitud de la mejoría terapéutica.

1.3.2 *Separation Anxiety Assessment Scale (SAAS)*

La Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Assessment Scale; SAAS*), de Eisen y Schaefer (2005), es la primera elaborada para evaluar específicamente la ansiedad por separación en la infancia y adolescencia. Existen dos formas paralelas, una para niños y adolescentes de 6 a 17 años (SAAS-C) y otra para padres (SAAS-P) (veánse anexos 4 y 5).

Sus creadores denuncian serias inadecuaciones del diagnóstico del TAS con los criterios del DSM-IV (véase tabla 6), postulando que la ansiedad por separación se define mejor por medio de cuatro dimensiones sintomáticas clave: 1. Miedo a la soledad (MS), 2. Miedo al abandono (MA), 3. Malestar físico (MF) y 4. Preocupación por los desastres (PD). Las dos primeras se refieren al componente conductual, la tercera al psicofisiológico (excluyendo las pesadillas) y la cuarta al cognitivo de la ansiedad por separación. La escala se completa con dos subescalas complementarias: 5. Señales de seguridad (SS) y 6. Frecuencia de desastres (FD) (véase tabla 7).

Tabla 6. Inadecuaciones del diagnóstico del TAS con los criterios del DSM-IV

Limitaciones	Descripción
Indistinción de síntomas por edad	No hay diferencias entre los síntomas de ansiedad por separación entre niños y adolescentes cuando es frecuente que los niños más pequeños experimenten síntomas somáticos mientras que los adolescentes suelen desarrollar tanto somáticos como cognitivos.
Diagnóstico categórico	Usando el DSM-IV un niño o adolescente deben manifestar 3 o más síntomas para que se le diagnostique TAS, pero no todos los síntomas son iguales o equivalentes. Por ello algunos niños que experimentan ansiedad de separación significativa pueden, sin embargo, no cumplir el criterio y no ser diagnosticados.
Información escasa sobre el trastorno	El diagnóstico de TAS ofrece poca información sobre el trastorno, por ejemplo, no informa de la sintomatología predominante ni de su intensidad o las situaciones más frecuentes donde suele presentarse.
Solapamiento de trastornos	El solapamiento de síntomas y trastornos puede limitar el uso del diagnóstico de TAS. Mucha de la sintomatología de TAS (preocupación, quejas somáticas, etc.) se da en otros trastornos y dada la alta comorbilidad de TAS no resulta claro que trastorno debe ser el primario.

Tabla 7. Subescalas de la SAAS

<u>Subescalas sintomáticas</u>			<u>Subescalas complementarias</u>		
<u>Evitación ansiedad por separación</u>		<u>Mantenimiento ansiedad por separación</u>	<u>Plan de tratamiento</u>		<u>Factores precipitantes</u>
Miedo soledad (MS)	Miedo abandono (MA)	Malestar físico (MF)	Preocupación desastres (PD)	Señales seguridad (SS)	Frecuencia desastres (FD)
<i>Descripción</i> El niño tiene miedo cuando está solo por el día: en una habitación, en el baño, etc., por lo que sigue a los padres por toda la casa. También tiene miedo por la noche, por lo que rechaza dormir solo.	<i>Descripción</i> El niño tiene miedo cuando los padres le dejan: en casa con una niñera, en casa de un amigo, en el autobús escolar, etc.	<i>Descripción</i> El niño siente malestar: mareo, náusea, ahogo, asfixia, etc., en el aula, en el comedor escolar, en casa de un amigo, etc.	<i>Descripción</i> El niño está preocupado por acontecimientos desastrosos: atentados terroristas, inundaciones, terremotos, etc., o por que ocurra algo malo a él o a sus padres, por ejemplo cuando los padres se retrasan al recogerlo del colegio, de una fiesta, etc.	<i>Descripción</i> Son personas, como los padres o un profesor especial; objetos, como una luz encendida o un peluche; acciones, como una llamada telefónica o la promesa de recogerlo puntual; lugares, como el hogar o la casa del mejor amigo, etc., que alivian la ansiedad del niño.	<i>Descripción</i> Ocurrencia de acontecimientos desastrosos: robos, accidentes graves, enfermedades graves, muerte, etc., de los padres, familiares, amigos o profesores.
<i>Repercusión</i> Conflicto familiar	<i>Repercusión</i> Rechazo escolar Aislamiento social	<i>Repercusión</i> Rechazo escolar	<i>Repercusión</i> Conflicto familiar	<i>Repercusión</i> Disminución eficacia terapéutica	<i>Repercusión</i> Riesgo de TAS

La escala consta de 34 ítems puntuados mediante una escala de frecuencia de cuatro puntos: 1 = *nunca*, 2 = *a veces*, 3 = *muchas veces*, 4 = *siempre*, por lo que el rango de puntuación es 34-136 y la mediana o valor central 85. Las subescalas se componen de cinco ítems (rango 5-20), excepto Señales de seguridad con nueve ítems (rango 9-36). En la tabla 8 se compara las puntuaciones medias de las seis subescalas y del total de la escala en casos clínicos con TAS o con trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y fobia específica. Como se puede apreciar la escala discrimina entre el TAS y otros trastornos de ansiedad.

Tabla 8. Puntuaciones medias de las seis subescalas y total de la SAAS

	Trastornos de Ansiedad			
	TAS		Otros	
	Niños y adolescentes	Padres	Niños y adolescentes	Padres
Miedo soledad	11,0	11,0	6,9	7,6
Miedo abandono	12,0	10,0	6,3	7,8
Malestar físico	9,5	8,5	7,9	8,3
Preocupación desastres	13,5	11,0	8,8	9,8
Señales seguridad	22,0	16,0	12,2	11,9
Frecuencia desastres	8,0	6,5	7,4	6,7
Total	75,0	64,0	49,5	52,1

Tanto en los niños y adolescentes como en los padres la diferencia de medias es mayor en los miedos propios de la ansiedad por separación, soledad y abandono, que en el malestar físico que es común a otros trastornos de ansiedad. El 75 y el 83% de los casos de TAS presenta miedo a la soledad y al abandono, mientras que en otros

trastornos de ansiedad el porcentaje es significativamente menor, 31 y 63% respectivamente.

La tabla 9 resume las situaciones desencadenantes de la evitación, el malestar y la preocupación por la separación, junto a las personas, animales, objetos, lugares y acciones que proporcionan seguridad y reducen la ansiedad.

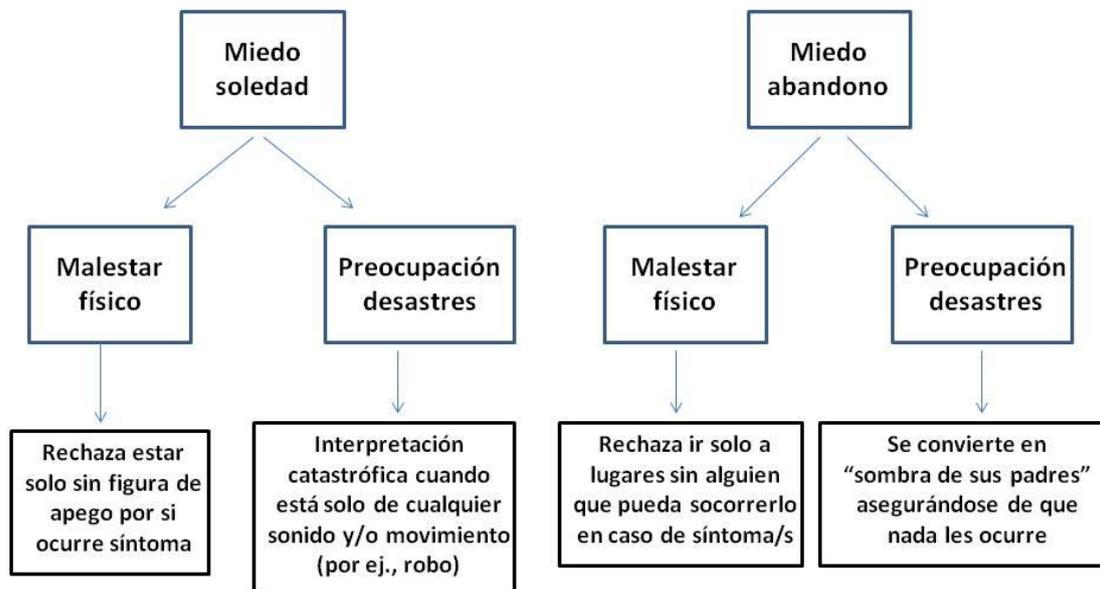
La escala permite analizar las diferencias individuales en el TAS por medio de la identificación de las dimensiones más afectadas en cada caso clínico (véase figura 2). La obtención de perfiles orienta al profesional en la prescripción del tratamiento, que estará centrada en la relajación cuando predomina el factor de mantenimiento de la ansiedad Malestar físico, y centrada en la terapia cognitiva cuando predomina el factor de mantenimiento Preocupación por los desastres, en ambos casos la intervención debe incluir exposición y desvanecimiento de las Señales de seguridad.

Existen dos estudios psicométricos sobre la SAAS. El primero es una tesis doctoral no publicada sobre la prueba original americana (Hahn, 2006). Participaron 137 niños y adolescentes con diagnóstico de TAS y sus padres. El segundo es la adaptación italiana solo de la forma para niños de la escala (SAAS-C), llevada a cabo con 358 escolares, de 6 a 10 años, por Chessa et al. (2012).

Tabla 9. Situaciones, síntomas somáticos, preocupaciones y señales de seguridad más frecuentes en el TAS

<u>Dimensiones de evitación</u>		<u>Dimensiones de mantenimiento</u>		<u>Señales de seguridad</u>			
Estar solo	Ser abandonado	Malestar	Preocupación	Personas/animales	Lugares	Objetos	Acciones
Salón de casa	Colegio	Dolor de cabeza	Que le pase algo malo a él o a otros	Cuidador principal	Casa	Lamparilla de noche	Llamar a los padres
Habitación de casa	Autobús escolar	Dolor de barriga	Salud del niño u otros	Padre, madre, tutor	Casa de los abuelos	Mantita	Obtener promesas específicas
Baño	Quedar para jugar	Náuseas	Ser incapaz de separarse de los padres	Familiar	Casa de otros familiares (primos, etc.)	Juguete especial	“Ser la sombra” del cuidador principal
Habitación del niño	Actividades extracurriculares	Mareos	Perdese o ser abandonado	Hermano/a Mascota	Casa del mejor amigo/a	Pelucho	Dormir con otros
Escaleras	Niñera	Fatiga	Ponerse enfermo	Mejor amigo/a	Habitación de los padres	Libro	Estar con una enfermera
Sótano	Cumpleaños, celebraciones	Sentirse mal	Estar solo, dormir solo	Profesor	Habitación del hermano	Comida	Participar en la actividad favorita
Ático	Hacer recados	Sentirse enfermo	Catástrofes	Enfermera	Habitación de la hermana	Bebida	Buscar compañía
Cocina	Dormir fuera, fiesta del pijama	Sensación de ahogo	Desgracias futuras	Entrenador	Sitio familiar o conocido	Móvil	Telefonar a los padres

Figura 2. Formulación del caso según las dimensiones del TAS



En la tabla 10 se muestran el resultado del análisis factorial en el estudio original americano con muestra clínica y en la adaptación italiana con muestra comunitaria. Aunque se esperaba una estructura de 4 factores sintomáticos, para el original americano se encontraron 5 factores en el SAAS-C y 2 factores en el SAAS-P, y 3 subescalas en la adaptación italiana. Esta discrepancia de dos, tres o cinco factores, podría explicarse por las notables diferencias de las muestras (naturaleza, edad, tamaño). Resultan necesarios más estudios que analicen la estructura factorial de la SAAS, tanto con muestra clínica como escolar, para poder establecer conclusiones.

Tabla 10. Análisis factorial de los 20 ítems sintomáticos de la SAAS.

	Niños		Padres	
	Original americano <i>N</i> = 111 (6 – 17 años)	Adaptación italiana <i>N</i> = 358 (6 – 10 años)	Original americano <i>N</i> = 120	Adaptación italiana <i>N</i> = 0
Factores (N.º ítems)	1. Ansiedad por separación general (17)	1. Miedo abandono - Malestar físico (10)	1. Ansiedad por separación general (11)	----
	2. Malestar físico (3)	2. Preocupación desastres (6)	2. Miedo a la seguridad personal (3)	----
		3. Miedo soledad (4)	3. Miedo abandono (2)	----
			4. Malestar físico (2)	----
			5. Miedo soledad (1)	----
Varianza explicada	44,49%	42,78%	64,64%	----

En la tabla 11 se ofrece los coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, del estudio original americano con muestra clínica y de la adaptación italiana con muestra comunitaria. Con respecto a la forma para niños y/o adolescentes la consistencia interna de la escala es *excelente* ($\alpha \geq 0,85$), de acuerdo con el modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España (Prieto y Muñiz, 2000), tanto con muestra clínica como comunitaria. La consistencia interna de las subescalas con muestra clínica es *buena o adecuada* ($\alpha \geq 0,70$), excepto Miedo a la soledad y Frecuencia de desastres que es *inadecuada* ($\alpha < 0,60$); con muestra escolar es *adecuada* ($\alpha \geq 0,70$), excepto Miedo a la soledad que es *adecuada pero con algunas carencias* ($\alpha < 0,70$) y Malestar físico que es *inadecuada* ($\alpha < 0,60$). El hecho de que las mencionadas subescalas estén formadas por solo cinco ítems puede haber influido en que estos coeficientes sean bajos. De modo similar, la consistencia interna de la escala con los padres de la muestra clínica es *excelente*, sin embargo, la de las subescalas Señales de seguridad y Malestar físico es *adecuada pero con algunas carencias* y la de Frecuencia de desastres es claramente *inadecuada*.

En el original americano solo se informa la estabilidad test-retest de toda la escala, que fue *excelente* para las dos formas paralelas de la SAAS ($r \geq 0,80$), aunque fueron pequeños tanto el tiempo entre evaluaciones (1 - 2 semanas) como el tamaño muestral (11 y 12 para niños y padres respectivamente). La estabilidad temporal no fue calculada en la adaptación italiana.

Tabla 11. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SAAS

	Niños		Padres	
	Original americano	Adaptación italiana	Original americano	Adaptación italiana
	N = 105-109	N = 358	N = 110-119	N = 0
1. Miedo soledad (MS)	0,59	0,69	0,78	----
2. Miedo abandono (MA)	0,76	0,72	0,71	----
3. Malestar físico (MF)	0,72	0,54	0,66	----
4. Preocupación desastres (PD)	0,82	0,72	0,78	----
Cuatro subescalas sintomáticas (MS, MA, MF, PD)	0,87	----	0,85	----
5. Señales seguridad (SS)	0,77	0,70	0,69	----
6. Frecuencia desastres (FD)	0,32	0,72	0,38	----
Seis subescalas (MS, MA, MF, PD, SS, FD)	0,91	0,90	0,91	----

En las correlaciones con otros instrumentos, la puntuación total de los cuatro factores sintomáticos del SAAS-C del original americano correlacionó de forma *excelente* ($r \geq 0,60$) con la ansiedad por separación (modificación del cuestionario SASI para niños), *buena* ($0,50 \leq r \leq 0,60$) con ansiedad (autoinforme MASC) y *adecuada* ($0,40 \leq r \leq 0,50$) con la sensibilidad a la ansiedad (cuestionario CASI). La correlación con depresión (medida con el CDI) no fue significativa (véase tabla 12). El SAAS-P correlacionó de forma *inadecuada* ($r \leq 0,25$) con las puntuaciones de Ansiedad/Depresión del CBCL. En la adaptación italiana, el SAAS-C presentó una correlación *buena* con el SASI ($r = 0,54$) y el inventario de miedos para niños FSSC-IT ($r = 0,51$).

Tabla 12. Coeficientes de correlación de los 4 factores sintomáticos del SAAS-C con otros instrumentos.

Niños/adolescentes	
N = 111	
SASI	0,74
MASC	0,51
CASI	0,49

Como la subescala Señales de seguridad (SS) no es considerada parte de las dimensiones clave de síntomas, el original americano evaluó si había diferencias en las puntuaciones de niños con TAS y otros trastornos en el SAAS. Los niños con TAS presentaron puntuaciones significativamente más altas, en ambas formas paralelas, apoyándose la hipótesis de que los niños con TAS tienden a utilizar señales de

seguridad con más frecuencia que en otros trastornos sin esos síntomas específicos (Hahn, 2006).

Por último, el acuerdo entre padres-niños fue 0,68 indicando moderado acuerdo, lo que resulta prometedor teniendo en cuenta que es frecuente un bajo acuerdo padres-niños en TAS y otros trastornos (Foley et al., 2004; Rothen et al., 2009).

1.3.3 *Separation Anxiety Scale for Children (SASC)/Children's Separation Anxiety Scale (CSAS)*

La segunda prueba específica es la Escala de Ansiedad por Separación para Niños (*Separation Anxiety Scale for Children, SASC*; Méndez et al., 2008), de 8 a 11 años (veáse anexo 6). La escala consta de 26 ítems y una escala de frecuencia de 5 puntos que varían de *Nunca o casi nunca* a *Siempre o casi siempre*.

Se basa en la teoría tridimensional de la ansiedad (Lang, 1968), que plantea tres canales de respuesta:

- a) Cognitivo: preocupación excesiva del niño porque algo malo le ocurra a él y/o a sus padres.
- b) Psicofisiológico: activación vegetativa excesiva que produce sensaciones desagradables, como taquicardia, palpitaciones, tensión muscular, etc., y otras molestias como dolor de cabeza o estómago.

- c) Conductual: oposición a separarse de los padres, que se pone de relieve en la evitación o escape de la situación de separación y, en caso de que se le imponga al niño, en comportamiento perturbador o pasivo.

El análisis factorial confirmó las dimensiones Preocupación por la separación y Malestar por la separación, pero contrariamente a lo esperado el tercer factor no fue Oposición a la separación sino Tranquilidad ante la separación. Los ítems de esta subescala fueron sugeridos por psicólogos clínicos expertos, que juzgaron la pertinencia del banco de ítems, para controlar la tendencia a responder negativamente. Se esperaba que al invertir las puntuaciones los ítems se distribuirían entre los otros factores según la intranquilidad fuera de naturaleza cognitiva (preocupación), psicofisiológica (malestar) o conductual (oposición). Sin embargo, emergió el factor Tranquilidad ante la separación, una dimensión positiva de seguridad y disfrute del niño cuando está sin los padres. Esta cuestión teórica, junto a pequeñas insuficiencias psicométricas, por ejemplo el porcentaje de varianza explicado es inferior a 40%, ha motivado recientemente una revisión en profundidad de la prueba que ahora se denomina Escala de Ansiedad por Separación en la Infancia (*Children's Separation Anxiety Scale, CSAS*; Méndez et al., 2014) (véase anexo 7).

La escala revisada redujo los ítems a 20 agrupados en cuatro factores de cinco ítems, los anteriores Preocupación, Malestar, y Calma, más el esperado factor comportamental Oposición ante la separación. Si bien se seguía esperando un modelo de 3 factores que se correspondiera con la teoría tridimensional de Lang (1968), el factor positivo Calma ante la separación volvió a darse, y los autores plantean la conveniencia de este factor positivo o protector en la ansiedad por separación. Además

de mejorar su relación con la base teórica, el nuevo instrumento presentó mayor varianza explicada (46,91%).

Tanto el SASC, como su revisión CSAS, han sido estudiadas con amplias muestras comunitarias españolas de 8 a 11 años de edad. La primera versión, SASC, también ha sido adaptada al idioma italiano (Delvecchio, Di Riso, Mabilia, Salcuni y Lis, 2014).

En la tabla 13 se ofrece los coeficientes de consistencia interna de la SASC y su revisión CSAS. Ambas escalas presentaron *buena* fiabilidad medida con Alfa de Cronbach ($0,80 \leq \alpha < 0,85$), y *buena* o *adecuada* en sus factores ($\alpha \geq 0,70$), excepto el factor *Calma* en la SASC que fue *adecuada pero con algunas carencias* ($0,60 \leq \alpha \leq 0,70$).

Tabla 13. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SASC y CSAS.

	SASC <i>N</i> = 1.201	CSAS <i>N</i> = 6.016
Preocupación	0,72	0,83
Malestar	0,85	0,76
Oposición	---	0,72
Calma	0,63	0,75
Total escala	0,83	0,82

En la estabilidad test-retest fue *excelente* ($r \geq 0,80$) tanto para la SASC como la CSAS con un mes entre las evaluaciones en ambas escalas. Los factores del SASC también mostraron una fiabilidad test-retest *excelente*, mientras que los factores de la escala revisada, CSAS, fueron *adecuados* ($0,65 \leq r \leq 0,75$) (véase tabla 14).

Tabla 14. Correlación test-retest de la SASC y CSAS.

	SASC <i>N</i> = 1.201	CSAS <i>N</i> = 6.016
Preocupación	0,98	0,69
Malestar	0,98	0,67
Oposición	---	0,70
Calma	0,96	0,66
Total escala	0,98	0,83

Las correlaciones con otros instrumentos pueden observarse en la siguiente tabla (tabla 15).

Por último la escala revisada, CSAS, cuenta con análisis de sensibilidad y especificidad adecuados (84,6 y 95,3 respectivamente). El área bajo la curva ROC fue 0,96 para el puntuación de corte 68.

Tabla 15. Correlación del SASC y CSAS con otros autoinformes.

	SASC N = 1.201	CSAS N = 1.467-1.540
SAAS	---	0,72
SCARED	---	0,64
SCAS	---	0,55
CASI	---	0,59
STAIC - Estado	0,34	0,28
STAIC - Rasgo	0,46	0,42
SFSS	0,37	0,32
CDI	---	0,27
STAXI-NA Estado	---	-0,01
STAXI-NA Rasgo	---	0,15

1.3.4 *Separation Anxiety Avoidance Inventory (SAAI)*

El Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Avoidance Inventory*, SAAI; In-Albon et al., 2013), es un instrumento dirigido a evaluar la evitación de niños de ciertas situaciones, síntoma característico de la ansiedad por separación, con formas paralelas para niños y adolescentes entre 4-15 años (SAAI-C), y padres (SAAI-P) (véase anexo 8).

Para los autores del SAAI, In-Albon et al. (2013), la evaluación de la ansiedad por separación debe centrarse exclusivamente en este componente comportamental, dado que esta información resulta esencial para el consiguiente tratamiento.

En un principio el instrumento constaba de 12 ítems o situaciones, aunque finalmente se redujeron a 7, ya que se eliminaron los ítems relacionados con la edad y los que presentaron propiedades psicométricas inadecuadas. Las respuestas son valoradas mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que varía desde *Nunca* a *Siempre*.

La escala está formada por dos factores: 1) Ir a al colegio y a la cama solo, y 2) Estar o ir a casa cuando no hay nadie, formados por 4 y 3 ítems respectivamente, que explicaron conjuntamente el 69,17% de la varianza en la forma niños y el 72,80% en la forma para padres.

El instrumento fue estudiado tanto con muestra escolar como muestra clínica, la consistencia interna para ambas muestras, conjuntamente y por separado, se ofrece en la tabla 16. Para toda la escala la fiabilidad fue *adecuada* o *buena* ($\alpha \geq 0,70$), excepto para la forma de padres de toda la muestra que fue *excelente* ($\alpha \geq 0,85$). Los factores presentaron una fiabilidad *adecuada*, *buena* o *excelente*, excepto el segundo factor para la muestra clínica de niños y la muestra escolar de padres, que fueron *adecuada pero con algunas carencias* ($0,60 \leq \alpha \leq 0,70$).

La estabilidad temporal fue estudiada en la muestra escolar a los 6-7 días de la primera administración, resultando *excelente* para las dos formas paralelas ($r \geq 0,80$). Para la muestra clínica el retest se realizó a las 4 semanas y resultó *adecuada* con carencias para la forma de niños ($0,65 \leq r \leq 0,75$) y *excelente* para los padres (véase tabla 17).

Tabla 16. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SAAI.

	Niños			Padres		
	Toda la muestra	Muestra escolar	Muestra clínica	Toda la muestra	Muestra escolar	Muestra clínica
	<i>N</i> = 521 – 532	<i>N</i> = 384	<i>N</i> = 137	<i>N</i> = 349	<i>N</i> = 279	<i>N</i> = 128
Ir a al colegio y a la cama solo	0,83	0,73	0,72	0,89	0,80	0,86
Estar o ir a casa cuando no hay nadie	0,81	0,85	0,66	0,76	0,67	0,71
Total escala	0,84	0,82	0,70	0,87	0,78	0,75

Tabla 17. Fiabilidad test-retest de la SAAI.

	Niños		Padres	
	Muestra escolar	Muestra clínica TAS	Muestra escolar	Muestra clínica TAS
	<i>N</i> = 102	<i>N</i> = 54	<i>N</i> = 150	<i>N</i> = 63
Total escala	0,80	0,60	0,82	0,80

Como se aprecia en la tabla 18 las correlaciones del SAAI-C con otros instrumentos fueron *inadecuadas* o *adecuadas pero con carencias* ($r \leq 0,40$), excepto la subescala TAS del cuestionario SCAS para la muestra clínica de niño con TAS, que fue *adecuada* ($0,40 \leq r \leq 0,50$). El SAAI-P con toda la muestra de padres correlacionó de forma *adecuada pero con algunas carencias* con la sensibilidad a la ansiedad (CASI-P, $r = 0,25$).

Tabla 18. Correlación del SAAI-C con otros instrumentos.

	Niños	
	Muestra escolar $N = 366-376$	Muestra clínica TAS $N = 49-54$
SCAS (subescala TAS)	0,35	0,49
CASI	0,23	0,02
RCMAS	0,16	0,21
CDI	0,17	0,29

Por último, el acuerdo entre padres-niños fue 0,63 para la muestra total, siendo mayor para la muestra clínica (0,50), que para la muestra escolar (0,33).

1.3.5 *Separation Anxiety Symptom Inventory for Children (SASI-C)*

El Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (*Separation Anxiety Symptom Inventory for Children*, SASI-C; Chessa, Di Roso, Delvecchio, Lis y Eisen, 2013; Di Riso et al., 2012) está basado en el Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Symptom Inventory*, SASI) de Silove et al. (1993), destinado a adultos, cuya finalidad es evaluar retrospectivamente la ansiedad por separación. Los 15 ítems del SASI, basados en los criterios del DSM-IV, son redactados en presente para formar el SASI-C, destinado a niños entre 6 y 10 años (véase anexo 9). Las respuestas se contestan mediante una escala de frecuencia de 4 puntos: *Nunca tengo este sentimiento* (0), *Este sentimiento me ocurre ocasionalmente* (1), *Este sentimiento me ocurre con bastante frecuencia* (2), y *Este sentimiento me ocurre muchas veces* (3).

El análisis factorial del SASI-C con 289 niños reveló dos factores: una primera dimensión general de ansiedad por separación (compuesta por 7 ítems) y una segunda dimensión que alude a los miedos que pueden darse durante la noche (compuesta por 4 ítems), que explicaron el 47,76% de la varianza (Chessa et al., 2013).

Respecto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna fue *buena* ($0,80 \leq \alpha \leq 0,85$) para la escala y para el factor de Ansiedad por separación, mientras que fue *adecuada pero con algunas carencias* ($0,60 \leq \alpha \leq 0,70$) para el factor de los Miedos durante la noche (tabla 19). La correlación con otros instrumentos fue *buena* con el SAAS-C ($0,50 \leq r \leq 0,60$) y *adecuada* con el inventario de miedos FSSC-IT ($0,40 \leq r \leq 0,50$). La estabilidad temporal o fiabilidad test-retest no se estudió (Di Riso et al., 2012).

Tabla 19. Coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, de la SASI-C.

	Niños <i>N</i> = 329
Ansiedad por separación	0,81
Miedos noche	0,67
Total escala	0,83

1.3.6 Análisis comparativo de las escalas específicas

La primera investigación de esta tesis se centra en la adaptación española de la Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación, tanto la forma original para niños como la variante para padres (SAAS; Eisen y Schaefer, 2005). Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del Proyecto de Investigación “Evaluación y prevención de la ansiedad por separación en la infancia” (Méndez et al., 2008), donde ya se estudiaban las escalas SASC y CSAS. La adaptación española de la SAAS se incluyó dadas sus importantes características, entre ellas: ser el autoinforme pionero en la evaluación de ansiedad por separación, presentar formas paralelas de niños y padres que permiten la evaluación multi-informante, su adaptación a otros idiomas (como el italiano), y su elaboración y validación con muestra clínica que permite el análisis individualizado de caso y la prescripción del tratamiento.

Además, la SAAS recoge la mayoría de los criterios diagnósticos del DSM, al contrario que la mayoría de las otras escalas (véase tabla 20). Otras limitaciones importantes de las otras escalas son principalmente: a) recoger información solo procedente del niños (escalas SASC, CSAS y SASI-C), b) no haber sido desarrollada para la infancia, siendo una adaptación de la prueba de adultos (escala SASI-C), y c) centrarse en una dimensión del triple sistema de respuesta de la ansiedad por separación (conductual/evitación) ignorando el resto de las dimensiones (cognitivo/preocupación y psifisiológico/malestar) (escala SAAI).

Tabla 20. Correspondencia entre síntomas del TAS del DSM-5 y dimensiones sintomáticas de las escalas específicas de ansiedad por separación

	DSM-5	SAAS	SASC/CSAS	SAAI	SASI-C
A1	Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.	Malestar físico	Malestar		Ansiedad separación
A2	Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.	Preocupación desastres	Preocupación		Ansiedad separación
A3	Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar), cause la separación de una figura de apego.	Preocupación desastres	Preocupación		Ansiedad separación
A4	Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.	Miedo soledad Miedo abandono	Oposición	Ir al colegio o dormir solo	
A5	Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.	Miedo soledad Miedo abandono	Malestar Oposición	Estar o ir solo a casa si no hay nadie	Ansiedad separación
A6	Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.	Miedo soledad Miedo abandono	Oposición	Ir al colegio o dormir solo	Miedos noche
A7	Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.				Ansiedad separación Miedos noche
A8	Quejas somáticas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.	Miedo físico	Malestar		Ansiedad separación

2 Estudios empíricos

Traducción y adaptación española de la *Separation Anxiety Assessment Scale* (SAAS)

Se solicitó la autorización a los autores. Una vez concedida se tradujo la escala del inglés al español por un psicólogo bilingüe y posteriormente se retrotradujo al inglés por medio de otro psicólogo bilingüe, siguiendo el método descrito por Hambleton (2005). Se comparó la versión original con la inversa y no se encontró ninguna diferencia significativa entre ambas.

Se realizó la adaptación de la escala al contexto sociocultural español y se estudió la comprensión de cada uno de los ítems con una pequeña muestra de escolares integrada por sendas aulas de 3.º a 6.º de Educación Primaria (N = 103), llevándose a cabo modificaciones en algunos de los ítems, principalmente: a) eliminaciones, por ejemplo en el ítem 14. “¿Con qué frecuencia te preocupa que ocurra un desastre natural como un terremoto, un huracán o una inundación?” se eliminó “huracán”; b) sustituciones, por ejemplo en el ítem 9. “¿Con qué frecuencia te preocupa que ocurran bombardeos en los Estados Unidos?” se sustituyó “bombardeos en los Estados Unidos” por “ataques terroristas”; c) adiciones, por ejemplo en el ítem 6. “¿Con qué frecuencia necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te recogerán puntual para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar?” se agregó “por ejemplo al gimnasio o a clases particulares” (véase tabla 21).

Tabla 21. Cambios en los ítems de la SAAS

Ítem original	Ítem modificado
2. do you visit the nurse or a special teacher at school because you feel sick? (eliminación)	2. acudes a un profesor en el colegio porque te sientes mareado/a?
6. do you need your mom or dad to promise to pick you up on time, so that you can go to a play date, birthday party, or after-school activity?	6. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te recogerá puntual para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? (adición)
9. do you worry about bombings happening in the United States? (sustitución)	9. te preocupa que haya un atentado terrorista? (sustitución)
10. do you need your mom or dad to promise to stay at home so that you can go to a play date, birthday party, or after-school activity?	10. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te espera en casa para que puedas ir, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar , por ejemplo al gimnasio o clases particulares? (adición)
13. are you afraid to sleep alone at night?	13. Tienes miedo de dormir solo/a por la noche en tu habitación? (adición)
14. do you worry about natural disasters such as earthquakes, hurricanes, or floods? (eliminación)	14. te preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto?

25. are you afraid to stay at home with a babysitter while your mom or dad leaves the house to run an errand?	25. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera mientras tu mamá o tu papá se va a hacer un recado o la compra? (adición)
29. has a parent, family member, friend, or teacher been hurt in a natural disaster such as a flood or hurricane? (sustitución)	29. alguno de tus padres, familiares, amigos o profesores ha resultado herido en un desastre natural como una inundación o un terremoto? (sustitución)
32. do you need help from a nurse or special teacher to go to or stay at school? (eliminación)	32. necesitas ayuda de algún profesor para ir o para quedarte en el colegio?
34. do you need a special blanket or toy to help you feel safe when leaving your house? (sustitución)	34. necesitas un peluche o un juguete especial para sentirte seguro cuando te vas de casa? (sustitución)

2.1 Estudio 1: Análisis de la estructura factorial

2.1.1 Objetivo e hipótesis

El objetivo general fue analizar la estructura factorial de la adaptación española de la subescala sintomática de la SAAS. Respetando el planteamiento de los creadores de la escala se propuso la contrastación de dos hipótesis, tanto con los niños (SAAS-C) como con los padres (SAAS-P):

- *Hipótesis 1.* El análisis factorial exploratorio de los veinte ítems sobre síntomas revelará cuatro factores: Miedo a la soledad (MS), Miedo al abandono (MA), Malestar físico (MF) y Preocupación por los desastres (PD).
- *Hipótesis 2.* El porcentaje de varianza explicada sobrepasará el valor mínimo aceptable (40%).

2.1.2 Método

2.1.2.1 Participantes

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio por conglomerados, siendo las unidades primarias las comarcas de Murcia y Alicante, las secundarias los colegios y las terciarias las aulas. Se reclutó 1.366 escolares, de 3.º a 6.º de Educación Primaria, y sus respectivos padres, en catorce colegios públicos (71,1%), concertados (25,8%) y privados (3,0%). Se excluyó del estudio a ochenta y cinco escolares. En primer lugar, con el fin de homogeneizar la muestra no se procesó los datos de los pocos escolares de tercer curso que no habían cumplido los ocho años en el momento de la administración

de la escala (0,29%) ni de los del último ciclo mayores de once años (1,39%), como los repetidores de curso. En segundo lugar se eliminó los datos de los escolares que tuvieron serias dificultades de comprensión por ser extranjeros con importantes déficit en el dominio de la lengua española (1,24%) o cometieron errores u omisiones (2,42%) al cumplimentar la escala. Por último tampoco se incluyó en el estudio a los escolares cuyos padres no otorgaron el consentimiento informado (0,89%). Así pues, la muestra estuvo formada por 1.281 escolares, de 8 a 11 años ($M = 9,57$; $DE = 1,14$), 51,05% del género femenino. La prueba chi-cuadrado de homogeneidad de la distribución de frecuencias permitió comprobar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ocho grupos de edad x género ($\chi^2 = 4,25$, $p = 0,24$) (véase tabla 22). Los escolares pertenecían a un amplio rango socioeconómico, que se determinó en función del tipo (público, concertado o privado) y de la ubicación (ciudad, pueblo o rural) del colegio.

Tabla 22. Edad y género de los participantes en el Estudio 1

	Edad				Total (%)
	8 (%)	9 (%)	10 (%)	11 (%)	
Niños	152 (11,9%)	148 (11,6%)	142 (11,1%)	185 (14,4%)	627 (48,9%)
Niñas	161 (12,6%)	134 (10,5%)	177 (13,8%)	182 (14,2%)	654 (51,1%)
Total	313 (24,4%)	282 (22,0%)	319 (24,9%)	367 (28,6%)	1.281 (100%)

Cuatrocientos cincuenta y seis padres (33,38%) no cumplimentaron la escala por lo que la muestra se compuso de 910 adultos, 79,01% madres y 20,99% padres).

2.1.2.2 Procedimiento

En primer lugar, tras informar por escrito del estudio, se obtuvo la autorización de las autoridades autonómicas de educación. En segundo lugar, los investigadores se entrevistaron con los equipos directivos de los colegios para informar verbalmente y por escrito sobre los objetivos y el método, solicitar permiso y promover su colaboración en la investigación. Finalmente se envió a los padres una carta pidiendo el consentimiento informado. Se utilizó un modelo de consentimiento pasivo (Stallard, Simpson, Anderson y Goddard, 2008), donde únicamente tienen que informar los padres que no desean que su hijo/a participe en el estudio. Este tipo de consentimiento disminuye la pérdida de participantes.

La escala se administró colectivamente en el aula durante horario escolar. Los investigadores leyeron las instrucciones en voz alta, resolvieron las cuestiones planteadas y supervisaron la cumplimentación de la prueba. Conforme se había adelantado en la carta informativa el colegio hizo llegar a los padres, en un sobre con membrete de la Universidad de Murcia, la escala que debían cumplimentar y entregar dentro del sobre cerrado al tutor del hijo/a en el plazo de una semana.

2.1.2.3 Análisis de datos

Para explorar la estructura subyacente de las dimensiones sintomáticas se llevó a cabo un análisis factorial con los 20 ítems correspondientes por medio del método de extracción de ejes principales. Puesto que se consideraba que los factores no eran independientes sino que estaban relacionados, se utilizó la rotación oblicua tanto con los niños como con los padres, usando el programa estadístico SPSS 20.0.

2.1.3 Resultados

Los criterios para obtener la solución factorial fueron retener los factores con auto-valor superior a 1 (criterio de Kaiser) y asignar a cada factor los ítems que cargaran por encima de 0,30. Tanto en la versión de niños como la de los padres, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,89$ y $KMO = 0,83$ respectivamente) y la prueba de esfericidad de Barlett (Bartlett, 1937; Snedecor y Cochran, 1989) ($\chi^2(N = 190) = 6.053,01, p = 0,00$; $\chi^2(N = 190) = 5.490,82, p = 0,00$, respectivamente) mostraron valores adecuados.

Para las dimensiones sintomáticas de la escala con niños (SAAS-C) se obtuvo cuatro factores formados por cinco ítems cada uno, que coincidieron con las dimensiones propuestas por los creadores de la escala (véase tabla 23). El porcentaje de varianza explicada fue 47,77%: Factor 1, Preocupación por los desastres (PD) explicó el 13,41% varianza; Factor 2, Miedo al abandono (MA) explicó el 12,90% de la varianza; Factor 3, Miedo a la soledad (MS) explicó el 11,48% de la varianza; Factor 4, Malestar físico (MF) explicó el 9,98% de la varianza. Los ítems 2, 3 y 19 presentaron cargas entre 0,30 y 0,40 en dos factores. Se decidió asignarlos al factor donde la carga era mayor, que además coincidió con el planteamiento teórico de los autores. El ítem 3, “¿con qué frecuencia te preocupa que te recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad?”, puede incluirse indistintamente en PD, como proponen los autores, o en MA, puesto que no está claro si el contenido más relevante es la preocupación o la situación de estar fuera del hogar sin los padres. Se podría sustituir por una preocupación más característica de la ansiedad por separación, por ejemplo que los padres sufran un accidente.

Con los padres (SAAS-P) la estructura factorial obtenida fue, de nuevo según lo esperado, 4 factores que explicaron el 51,56% de la varianza (véase tabla 24). En la SAAS-P los factores de evitación de la ansiedad por separación intercambiaron el orden respecto a los niños en cuanto al porcentaje de varianza explicada, de forma que fueron: Factor 1, PD (15,89%); Factor 2, MS (13,02%); Factor 3, MA (11,69%); Factor 4, MF (10,96%).

Tabla 23. Análisis factorial exploratorio con los niños (SAAS-C)

¿Con qué frecuencia...	PD	MA	MS	MF
21. te preocupa que te pase algo malo?	0,78	0,14	0,05	0,06
14. te preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto?	0,74	0,15	0,07	0,13
26. te preocupa que le pase algo malo a tus padres?	0,74	0,07	0,05	-0,02
9. te preocupa que haya un atentado terrorista?	0,73	0,14	0,11	0,03
3. te preocupa que te recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad?	0,36	0,35	0,19	0,15
4. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera?	0,15	0,76	0,09	0,13
25. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera mientras tu mamá o tu papá se va a hacer un recado o la compra?	0,11	0,74	0,14	0,17
20. tienes miedo de coger el autobús para ir al colegio o para ir de excursión?	0,12	0,56	0,14	0,07
12. tienes miedo de ir a jugar a casa de un nuevo/a amigo/a?	0,11	0,55	0,23	0,21
33. tienes miedo de que te dejen en casa de tu mejor amigo/a para jugar?	-0,13	0,36	0,29	0,21
13. tienes miedo de dormir solo/a por la noche en tu habitación?	0,11	0,06	0,72	0,03
7. tienes miedo de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa?	0,11	0,18	0,68	0,12
30. tienes miedo de estar solo/a en tu habitación por el día?	0,07	0,12	0,66	0,18
24. tienes miedo de estar solo/a en el baño para cepillarte los dientes, bañarte o ducharte?	-0,06	0,24	0,63	0,14
19. sigues a tu mamá o tu papá por toda la casa?	0,14	0,34	0,38	0,12
8. tienes miedo de ir al colegio por si te sientes mareado/a?	0,12	0,11	0,16	0,69
27. tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si vomitas o te atragantas?	0,15	0,29	0,10	0,66
31. tienes miedo de desayunar en casa por si vomitas o te atragantas?	-0,05	0,16	0,19	0,63
17. tienes miedo de ir a jugar con un amigo/a por si te sientes mareado/a?	0,10	0,39	0,16	0,55
2. acudes a un profesor en el colegio porque te encuentras mareado/a?	0,33	-0,10	-0,05	0,39

Tabla 24. Análisis factorial exploratorio con los padres (SAAS-P)

¿Con qué frecuencia	PD	MS	MA	MF
14. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto?	0,86	0,07	0,11	0,10
9. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que haya un atentado terrorista?	0,83	0,04	0,12	0,06
21. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le pase algo malo?	0,83	0,10	0,09	0,09
26. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le pase algo malo a usted o a su pareja?	0,82	0,09	0,11	0,04
3. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad?	0,34	0,20	0,26	0,22
7. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa?	0,06	0,80	0,15	0,06
30. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en su habitación por el día?	0,01	0,71	0,16	0,00
24. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en el baño para cepillarse los dientes, bañarse o ducharse?	0,01	0,67	0,05	0,13
19. sigue su hijo/a a usted o a su pareja por toda la casa?	0,19	0,61	0,22	0,06
13. tiene miedo su hijo/a de dormir solo/a por la noche en la habitación?	0,13	0,60	0,04	0,12
25. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa con una niñera mientras usted o su pareja se va a hacer un recado o la compra?	0,09	0,11	0,81	0,04
4. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa con una niñera?	0,12	0,15	0,76	0,06
12. tiene miedo su hijo/a de ir a jugar a casa de un nuevo/a amigo/a?	0,21	0,09	0,66	0,22
20. tiene miedo su hijo/a de coger el autobús para ir al colegio o para ir de excursión?	0,03	0,30	0,44	0,12
33. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa de su mejor amigo/a para jugar?	0,34	0,17	0,40	0,31
31. tiene miedo su hijo/a de desayunar en casa por si vomita o se atraganta?	0,08	-0,01	-0,01	0,74
8. tiene miedo su hijo/a de ir al colegio por si se siente mareado/a?	0,15	0,19	0,09	0,66
27. tiene miedo su hijo/a de quedarse a comer en el colegio por si vomita o se atraganta?	0,08	0,13	-0,01	0,58
17. tiene miedo su hijo/a de ir a jugar con un amigo/a por si se siente mareado/a?	0,12	0,02	0,23	0,55
2. acude su hijo/a a un profesor en el colegio porque se siente mareado/a?	-0,08	0,04	0,22	0,53

La correlación de los factores con el total de los cuatro factores (4F) varió de 0,69-0,78 con los niños y de 0,52-0,85 con los padres. La correlación de los factores entre sí se situó entre 0,29 y 0,52 para la SAAS-C (véase tabla 25) y entre 0,28 y 0,43 para la SAAS-P (véase tabla 26). En ambos casos destacó la correlación del Miedo al abandono con el Miedo a la soledad y con la Preocupación por los desastres.

Tabla 25. Matriz de correlaciones entre los factores y con el total de los 4 factores o dimensiones sintomáticas con niños (SAAS-C).

	PD	MA	MS	MF	Total 4F
PD	1				
MA	0,52**	1			
MS	0,42**	0,52**	1		
MF	0,29**	0,37**	0,38**	1	
Total 4F	0,69**	0,78**	0,75**	0,76**	1

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos.

** $p < 0,01$

Tabla 26. Matriz de correlaciones entre los factores y con el total de los 4 factores o dimensiones sintomáticas con padres (SAAS-P).

	PD	MA	MS	MF	Total 4F
PD	1				
MA	0,43**	1			
MS	0,28**	0,43**	1		
MF	0,28**	0,39**	0,28**	1	
Total 4F	0,85**	0,76**	0,63**	0,52**	1

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos.

** $p < 0,01$

2.2 Estudio 2: Confirmación de la estructura factorial y propiedades psicométricas

2.2.1 Objetivos e hipótesis

Los objetivos generales fueron realizar el análisis factorial confirmatorio con los cuatro factores sintomáticos y calcular las propiedades psicométricas de la escala. Puesto que los padres se limitaron a contestar la escala se contrastó las hipótesis 3 y 5 únicamente con los niños. Un objetivo adicional fue examinar las diferencias de edad y género en sintomatología de ansiedad por separación. A continuación se detalla las hipótesis de investigación.

❖ Subescala sintomática (20 ítems)

- *Hipótesis 1.* El análisis factorial confirmará que el modelo que mejor se ajusta a los datos es el de cuatro dimensiones sintomáticas relacionadas.
- *Hipótesis 2.* La fiabilidad será como mínimo buena, tanto la consistencia interna ($\alpha \geq 0,80$) como la estabilidad temporal ($r \geq 0,75$).
- *Hipótesis 3.* La validez convergente será satisfactoria, como mínimo buena con otra escala de ansiedad por separación ($r \geq 0,50$) y como mínimo adecuada con auto-informes sobre conceptos relacionados ($r \geq 0,40$).
- *Hipótesis 4.* La puntuación sintomática será mayor en el trastorno de ansiedad por separación que en otros trastornos de ansiedad.
- *Hipótesis 5.* El valor del área bajo la curva ROC será como mínimo bueno o alto ($\geq 0,90$).

❖ Subescala complementaria Señales de seguridad (9 ítems)

- *Hipótesis 6.* La fiabilidad será como mínimo adecuada, tanto la consistencia interna ($\alpha \geq 0,70$) como la estabilidad temporal ($r \geq 0,65$).
- *Hipótesis 7.* La proporción de casos, trastorno (niños) o elevada sintomatología (padres), clasificados correctamente es alta ($> 80\%$).

❖ Subescala complementaria Frecuencia de desastres (5 ítems)

- *Hipótesis 8.* La estabilidad temporal será como mínimo adecuada ($r \geq 0,65$).
- *Hipótesis 9.* La proporción de casos, trastorno (niños) o elevada sintomatología (padres), clasificados correctamente es baja ($< 20\%$).

❖ Subescalas sintomáticas y complementarias

- *Hipótesis 10.* El acuerdo niño-padres será pobre ($r < 0,40$), similar al acuerdo obtenido en otros estudios (Birmaher et al., 1997; In-Albon et al., 2013; Muris, Merckelbach, Van Brakel y Mayer, 1999).

❖ Sintomatología de ansiedad por separación

- *Hipótesis 11.* La disminución de la ansiedad por separación con la edad será moderada ($0,50 \leq d < 0,80$).

- *Hipótesis 12.* La ansiedad por separación de las niñas será ligeramente mayor ($0,20 \leq d < 0,30$).

2.2.2 Método

2.2.2.1 Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados similar al del Estudio 1. Cincuenta y un colegios públicos (69,2%), concertados (28,1%) y privados (2,7%) aceptaron participar. Se reclutó 5.035 escolares, de 3.º a 6.º de Educación Primaria, y sus respectivos padres. Con el fin de homogeneizar la muestra se excluyó a 177 (3,52%) escolares de tercer curso que no habían cumplido los ocho años en el momento de la administración de la escala y 96 (1,91%) del último ciclo de Educación Primaria mayores de once años, como los repetidores de curso. También fueron excluidos 134 escolares (2,66%) por errores u omisiones en sus respuestas, 59 (1,17%) por ser extranjeros con importantes déficit en el dominio de la lengua española y 37 (0,73%) por no obtener por escrito el consentimiento informado de los padres para participar en la investigación, lo que resultó en 4.628 escolares, de 8 a 11 años ($M = 9,60$; $DE = 1,13$), 48,92% chicas. La prueba chi-cuadrado de homogeneidad de la distribución de frecuencias permitió comprobar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ocho grupos de edad x género ($\chi^2 = 7,14$, $p = 0,07$) (véase tabla 27). El nivel socioeconómico de los participantes fue semejante al del Estudio 1. Se seleccionó sendas submuestras aleatorias de 1.726 (37,29%) y 392 (8,47%) escolares, con el fin de calcular la fiabilidad test-retest con la primera, y la validez discriminante y validez diagnóstica (sensibilidad y especificidad) con la segunda. Se llevó a cabo una entrevista clínica para evaluar los trastornos de ansiedad más prevalentes en la infancia

(ansiedad por separación, ansiedad generalizada, fobia específica y/o fobia social) (véase tabla 28). Treinta y dos niños fueron diagnosticados con uno o más trastornos de ansiedad.

Tabla 27. Los escolares del Estudio 2 clasificados por edad y género

	Edad				Total (%)
	8 (%)	9 (%)	10 (%)	11 (%)	
Niños	543 (11,7%)	568 (12,3%)	568 (12,3%)	685 (14,8%)	2.364 (51,1%)
Niñas	571 (12,3%)	526 (11,4%)	576 (12,4%)	591 (12,8%)	2.264 (48,9%)
Total	1,11 (24,1%)	1,09 (23,6%)	1,14 (24,7%)	1,28 (27,6%)	4,63 (100%)

Tabla 28. Prevalencia de los trastornos de ansiedad

		Edad				
		8	9	10	11	Total
Niños						
	TAS	6,6%	4,7%	2,6%	1,6%	3,49%
	Otros trastornos	6,45%	4,88%	8,11%	8,2%	7,06%
Niñas						
	TAS	8,7%	5,7%	4,1%	3,3%	5%
	Otros trastornos	10,53%	9,62%	6,94%	8,33%	8,58%
Total		16,92%	12,77%	10,81%	2,46%	12,24%

Quinientos un padres no cumplimentaron la escala (10,82%), por lo que la muestra se compuso de 4.127 adultos (81,51% madres, 18,49% padres). Se calculó la estabilidad temporal con una submuestra de 678 padres (14,65%), también a las 4 semanas.

2.2.2.2 Procedimiento

El proceso de informar, solicitar permiso, promover la participación y administrar los autoinformes, tanto con los niños como los padres, fue similar al del Estudio 1. Los escolares cumplimentaron colectivamente en el aula una batería de cuatro autoinformes, ordenados al azar en cada grupo de clase (20-25 alumnos). Los escolares del retest volvieron a cumplimentar la SAAS cuatro semanas después de la primera aplicación, y los evaluados para calcular la validez diagnóstica fueron entrevistados individualmente por medio de la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (ADIS-IV, Silverman et al., 2001; Silverman y Nelles, 1988).

A los padres se les hizo llegar una carta donde se les adjuntó la SAAS. A las cuatro semanas se les hizo llegar de nuevo la SAAS a aquellos que participaron en el retest. No se realizó entrevistas diagnósticas ni se administró otras pruebas, por tanto, no se calculó con los padres la habilidad diagnóstica ni la validez convergente de la escala.

2.2.2.3 Instrumentos

1. SAAS (Eisen y Schaefer, 2005). Véase la descripción del instrumento en el apartado 1.3.2.

2. CSAS (Méndez et al., 2014). Véase la descripción del instrumento en el apartado 1.3.3.

3. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (*Childhood Anxiety Sensitivity Index for Children, CASI*; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991) (véase anexo 10). La sensibilidad a la ansiedad se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad, por ello su relación con la ansiedad por separación se ha estudiado en la mayoría de los autoinformes revisados en la parte teórica y por esta razón se ha incluido en este estudio. Se usó la adaptación española para niños de 9 a 11 años (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). La prueba evalúa el miedo de los niños a las sensaciones relacionadas con la ansiedad. Consta de 18 ítems valorados con una escala de 3 puntos: *Nada* (1), *Un poco* (2), *Mucho* (3). Posee una estructura multidimensional de tres factores: a) Somático, por ej. ítem 1 “me asusto cuando no respiro bien”, b) Mental, por ej. ítem 2 “cuando no puedo concentrarme en mis deberes de clase, me preocupa que pueda estar volviéndome loco/a”, y c) Social, por ej. ítem 1 “cuando me siento asustado/a, quiero que la gente no se dé cuenta”. La consistencia interna es alta (0,89).

4. Inventario de Miedos Escolares - Forma II (SFSS-II; García-Fernández, Espada, Orgilés y Méndez, 2010; García-Fernández y Méndez, 2008) (véase anexo 11). Los miedos, especialmente los escolares, están fuertemente relacionados con la

ansiedad por separación (Orgilés et al., 2009), por ello se ha estudiado la relación entre estas variables. La prueba evalúa el miedo y la ansiedad en situaciones escolares de niños de 8 a 11 años. Se compone de 25 ítems puntuados con una escala de tres puntos: *Nada* (0), *Un poco* (1) y *Mucho* (2). Tiene cuatro factores, que explican el 55,80% de la varianza: Factor 1, Miedo al fracaso y al castigo escolar, por ej. ítem 14 “sacar malas notas”; Factor 2, Miedo al malestar físico, por ej. ítem 22 “tener dolor de barriga en el colegio”; Factor 3, Miedo a la evaluación social y escolar, por ej. ítem 8 “que me pregunte el profesor”; y Factor 4, Ansiedad anticipatoria, por ej. ítem 2 “salir de casa para ir al colegio”. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es 0,89.

5. Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (ADIS-IV, Silverman y Nelles, 1988). Véase la descripción del instrumento en el apartado 1.3.1. Se usó la adaptación española (Silverman et al., 2001) para niños y adolescentes de 7 a 17 años. Los entrevistadores fueron psicólogos entrenados con un manual específico (Sandín, 2003). El coeficiente kappa para el TAS fue 1 (acuerdo perfecto).

2.2.2.4 Análisis de datos

En primer lugar se realizó el análisis factorial confirmatorio de la estructura sintomática del SAAS obtenida en el Estudio 1, a través de los índices de bondad de ajuste de 4 modelos alternativos. La consistencia interna fue calculada con el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). Se llevó a cabo un análisis clásico de los ítems sintomáticos mediante las correlaciones de éstos con el factor correspondiente y con la puntuación sintomática total. La fiabilidad test-retest y la validez concurrente fueron

calculadas con el coeficiente de correlación momento-producto de Pearson. Se efectuó una curva ROC (*receiver operating characteristic* o característica operativa del receptor) y el área bajo la curva ROC (ABC o más conocida como AUC, del inglés *area under curve*) para estudiar la sensibilidad y la especificidad de la puntuación sintomática de la versión de niños.

Adicionalmente se examinó la adecuación y la fiabilidad de las dos subescalas complementarias. Para la versión de niños se llevó a cabo un análisis de regresión binaria donde se evaluó si la puntuación de las subescalas complementarias predecían el diagnóstico de TAS, utilizándose para ello la muestra de niños donde se realizaron entrevistas diagnósticas. Sin embargo, en el caso de los padres, donde las entrevistas no se realizaron, se llevó a cabo un análisis de regresión binaria donde se evaluó si la puntuación de las subescalas complementarias predecían una alta puntuación sintomática de la escala (entendiéndose como “alta sintomatología” una puntuación correspondiente al percentil 75 o superior en la puntuación total sintomática).

Los análisis fueron realizados utilizando los paquetes estadísticos SPSS versión 20,0, AMOS versión 20,0 y MedCalc versión 12,5.

2.2.3 Resultados

2.2.3.1 Subescala sintomática

2.2.3.1.1 Análisis factorial confirmatorio

Se evaluaron cuatro modelos alternativos: 1) el modelo nulo o independiente, que presupone la máxima independencia entre los ítems o ausencia de estructura factorial (M_0); 2) el modelo unidimensional, en el que los veinte ítems fueron forzados a cargar en un factor general de ansiedad por separación (M_1); 3) el modelo de cuatro factores sin correlacionar (M_4); y 4) el modelo de cuatro factores correlacionados (M_{4*}), del que se espera que presente los mejores índices de bondad de ajuste. Los modelos fueron examinados por medio de los siguientes índices de bondad de ajuste: error de aproximación cuadrático medio (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA), índice de bondad del ajuste (*Goodness of Fit Index*, GFI), índice de bondad de ajuste corregido (*Adjusted Goodness of Fit Index*, AGFI), índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI), índice de ajuste normalizado (*Normed Fit Index*, NFI), coeficiente de Tucker y Lewis (*Tucker-Lewis Index*, TLI), así como el estadístico chi-cuadrado (χ^2). Para RMSEA se recomienda valores menores a 0,05 (Browne, Cudeck y Bollen, 1993) y para NFI, CFI y TLI se sugiere 0,95. Además es adecuado utilizar una combinación de índices de ajuste para reducir los errores de Tipo I y II (Hu y Bentler, 1998). Para GFI y AGFI, valores por encima de 0,90 son considerados adecuados.

Como se aprecia en la tabla 29 y tabla 30, tanto para la versión de niños como la de padres, el estadístico chi-cuadrado fue significativo, indicando mal ajuste de todos los modelos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este estadístico está influenciado por el tamaño muestral, de modo que las diferencias pueden resultar significativas con

grandes muestras a pesar de que los modelos se ajusten bien a los datos. El único modelo con valores adecuados de los índices de bondad de ajuste fue el de los cuatro factores correlacionados, en ambas versiones.

Tabla 29. Índices de bondad de ajuste para los modelos de estructura factorial de la ansiedad por separación con niños (SAAS-C)

Modelo	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI	TLI
M ₀	20569,67	190	0,00	0,15	0,49	0,44	----	----	----
M ₁	6259,76	170	0,00	0,09	0,84	0,81	0,69	0,70	0,66
M ₄	5742,94	170	0,00	0,08	0,87	0,84	0,72	0,72	0,69
M₄*	1804,62	164	0,00	0,04	0,96	0,95	0,92	0,92	0,91

Nota: χ^2 = Chi- cuadrado; *gl* = Grados de libertad; *p* = Probabilidad; RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio; GFI = Índice de bondad del ajuste; AGFI = Índice de bondad de ajuste corregido; NFI = Índice de ajuste normalizado; CFI = Índice de ajuste comparativo; TLI = Coeficiente de Tucker y Lewis.

Tabla 30. Índices de bondad de ajuste para los modelos de estructura factorial de la ansiedad por separación con padres (SAAS-P)

Modelo	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI
M ₀	6485,28	189	0,00	0,08	0,87	0,85	0,05	0,05	0,06
M ₁	4698,03	170	0,00	0,07	0,90	0,88	0,31	0,24	0,32
M ₄	2367,34	169	0,00	0,05	0,95	0,94	0,65	0,63	0,67
M₄*	606,84	163	0,00	0,05	0,96	0,95	0,91	0,92	0,93

Nota: χ^2 = Chi- cuadrado; *gl* = Grados de libertad; *p* = Probabilidad; RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio; GFI = Índice de bondad del ajuste; AGFI = Índice de bondad de ajuste corregido; NFI = Índice de ajuste normalizado; CFI = Índice de ajuste comparativo; TLI = Coeficiente de Tucker y Lewis.

2.2.3.1.2 Consistencia interna y análisis de ítems

Como se aprecia en la siguiente tabla (véase tabla 31), los coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, del conjunto de los cuatro factores o dimensiones sintomáticas clave de la SAAS, tanto para la versión de niños como para la de los padres, fueron *buenos* ($0,80 \leq \alpha < 0,85$), de acuerdo con los criterios sugeridos por Prieto y Muñiz (2000) para evaluar la calidad de los test utilizados en España.

El rango de coeficientes alfa de Cronbach, de cada uno de los cuatro factores de la SAAS, se situó en la categoría *adecuada* de consistencia interna ($0,70 \leq \alpha < 0,80$), con sendas excepciones, una negativa, el Malestar físico de la escala para el niño, que fue *adecuada pero con algunas carencias*, y otra positiva, la Preocupación por los desastres de la escalas para los padres, que fue *bueno*.

Tabla 31. Consistencia interna de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS

	4F	PD	MA	MS	MF
Niños	0,84	0,75	0,73	0,71	0,60
Padres	0,84	0,84	0,73	0,74	0,70

Nota: 4F = Total 4 factores sintomáticos; MS = Miedo soledad; MA = Miedo abandono; MF = Malestar físico; PD = Preocupación desastres.

Con los niños el rango de las correlaciones corregidas ítem-factor fue 0,30 - 0,61 y el de las correlaciones corregidas ítem-conjunto de los cuatro factores fue 0,28 - 0,51, indicando un comportamiento adecuado de los ítems, excepto el ítem 33 (tabla 32).

Con los padres, el rango de las correlaciones corregidas ítem-factor varió de 0,30 - 0,61 y las correlaciones corregidas del ítem-conjunto de los cuatro factores fue de 0,31 - 0,62, indicando un comportamiento adecuado de todos los ítems (tabla 33).

Tabla 32. Análisis de ítems sintomáticos de SAAS-C.

	Ítem	M	DE	R _{I-F}	R _{I-Fc}	R _{I-4F}	R _{I-4Fc}	α
PD (M = 13,36; DE = 3,91)	26	3,40	0,97	0,69	0,52	0,45	0,35	0,83
	21	2,89	1,14	0,78	0,61	0,57	0,47	0,82
	14	2,79	1,15	0,78	0,61	0,58	0,49	0,82
	9	2,69	1,22	0,76	0,56	0,55	0,44	0,83
	3	1,88	1,01	0,53	0,41	0,54	0,45	0,83
MA (M = 7,06; DE = 2,78)	4	1,54	0,96	0,75	0,53	0,57	0,49	0,82
	20	1,46	0,90	0,65	0,39	0,50	0,42	0,83
	12	1,46	0,82	0,65	0,43	0,53	0,45	0,83
	25	1,43	0,85	0,76	0,58	0,58	0,51	0,82
	33	1,15	0,56	0,48	0,30	0,34	0,28	0,83
MS (M = 6,68; DE = 2,41)	19	1,44	0,76	0,63	0,37	0,47	0,39	0,83
	7	1,42	0,81	0,73	0,50	0,53	0,46	0,83
	13	1,36	0,77	0,68	0,43	0,45	0,37	0,83
	30	1,26	0,64	0,67	0,48	0,48	0,42	0,83
	24	1,18	0,59	0,63	0,44	0,42	0,37	0,83
MF (M = 8,06; DE = 2,60)	2	2,43	1,04	0,52	0,43	0,31	0,39	0,84
	27	1,50	0,91	0,71	0,45	0,56	0,48	0,82
	8	1,47	0,83	0,68	0,44	0,52	0,44	0,83
	17	1,41	0,75	0,65	0,43	0,54	0,48	0,83
	31	1,22	0,63	0,57	0,36	0,41	0,35	0,83

Nota: M = Media; DE = Desviación estándar; R_{I-F} = Correlación ítem-factor; R_{I-Fc} = Correlación ítem-factor corregida; R_{I-4F} = Correlación ítem-total 4 factores sintomáticos; R_{I-4Fc} = Correlación ítem-total 4 factores sintomáticos corregida; α = Alfa si se elimina el ítem; PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico.

Tabla 33. Análisis de ítems sintomáticos de SAAS-P

	Ítem	M	DE	R _{I-F}	R _{I-Fc}	R _{I-4F}	R _{I-4Fc}	α
PD (M = 9,36; DE = 3,92)	14	1,85	1,01	0,85	0,75	0,71	0,62	0,82
	9	1,66	1,03	0,82	0,70	0,67	0,57	0,82
	21	1,92	1,03	0,83	0,72	0,70	0,60	0,82
	26	2,22	1,08	0,83	0,71	0,68	0,58	0,82
	3	1,70	0,89	0,52	0,33	0,54	0,44	0,83
MA (M = 6,33; DE= 2,15)	25	1,13	0,47	0,69	0,54	0,48	0,43	0,83
	4	1,19	0,61	0,70	0,50	0,51	0,44	0,83
	12	1,37	0,70	0,77	0,58	0,56	0,48	0,82
	20	1,12	0,49	0,55	0,36	0,40	0,33	0,83
	33	1,52	0,83	0,72	0,44	0,61	0,52	0,82
MS (M = 6,12; DE= 1,89)	7	1,16	0,47	0,76	0,61	0,46	0,40	0,83
	30	1,08	0,33	0,64	0,52	0,37	0,33	0,83
	24	1,13	0,46	0,63	0,44	0,37	0,31	0,83
	19	1,36	0,67	0,73	0,48	0,52	0,44	0,83
	13	1,41	0,76	0,73	0,43	0,44	0,34	0,83
MF (M =5,32; DE = 0,96)	31	1,02	0,19	0,61	0,47	0,38	0,35	0,84
	8	1,10	0,35	0,70	0,42	0,43	0,38	0,83
	27	1,11	0,47	0,72	0,33	0,42	0,36	0,83
	17	1,07	0,30	0,61	0,36	0,36	0,32	0,83
	2	1,03	0,18	0,49	0,32	0,33	0,31	0,84

Nota: M = Media; DE = Desviación estándar; R_{I-F} = Correlación ítem-factor; R_{I-Fc} = Correlación ítem-factor corregida; R_{I-4F} = Correlación ítem-total 4 factores sintomáticos; R_{I-4Fc} = Correlación ítem-total 4 factores sintomáticos corregida; α = Alfa si se elimina el ítem; PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico.

2.2.3.1.3 Estabilidad temporal

Como puede observarse en la tabla 34, los coeficientes de fiabilidad test-retest del conjunto de los 4 factores sintomáticos de la SAAS, tanto para la versión de niños como de padres, fueron *buenos* ($0,75 \leq r < 0,80$).

Los coeficientes de cada uno de los factores sintomáticos de la SAAS fueron *adecuados* ($0,65 \leq r < 0,75$), a excepción de los factores de la versión de padres, Miedo al abandono y Malestar físico, que fueron *adecuado pero con algunas carencias e inadecuado*, respectivamente.

Tabla 34. Estabilidad temporal de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS.

	4F	PD	MA	MS	MF
Niños	0,77	0,69	0,65	0,65	0,68
Padres	0,75	0,73	0,64	0,72	0,54

Nota: 4F = Total 4 factores sintomáticos; MS = Miedo soledad; MA = Miedo abandono; MF = Malestar físico; PD = Preocupación desastres.

2.2.3.1.4 Validez convergente

Como se aprecia en la tabla 35, la correlación entre el total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS para niños y el total de la otra medida específica de ansiedad por separación, CSAS, fue *excelente* ($r \geq 0,60$). Entre factores equivalentes de ambos instrumentos hubo una estrecha relación: la correlación fue *buena* para el componente cognitivo ($0,60 > r \geq 0,50$) y *adecuada* para el componente psicofisiológico ($0,50 > r \geq 0,40$). El factor Oposición presentó una correlación *adecuada* con Miedo al abandono y *adecuada pero con algunas carencias* con Miedo a la soledad ($0,40 > r \geq 0,25$). Los

coeficientes de correlación de los factores sintomáticos de la SAAS-C con el factor Calma de la CSAS fueron *inadecuados* ($r < 0,25$).

La correlación entre el total de los 4 factores de síntomas de la SAAS para niños y el total de los dos autoinformes que evaluaban constructos relacionados, fue *excelente* con la sensibilidad a la ansiedad, y *adecuada* con los miedos escolares; destacando la correlación con sus respectivas dimensiones somáticas, que fueron *buena* y *adecuada*, respectivamente.

Tabla 35. Coeficientes de correlación de cada uno y del total de los 4 factores sintomáticos de la SAAS-C con otros autoinformes

	PD	MA	MS	MF	4F
CSAS					
1. Preocupación	0,58	0,17	0,13	0,20	0,41
2. Malestar	0,24	0,43	0,43	0,46	0,50
3. Oposición	0,38	0,40	0,39	0,36	0,51
4. Calma	-0,22	-0,18	-0,19	-0,17	-0,26
Total	0,62	0,52	0,47	0,57	0,71
CASI					
1. Somática	0,48	0,39	0,35	0,42	0,56
2. Mental	0,33	0,39	0,38	0,39	0,49
3. Social	0,31	0,29	0,24	0,28	0,38
Total	0,48	0,44	0,40	0,46	0,60
SFSS-II					
1. Miedo al fracaso y al castigo	0,30	0,12	0,15	0,17	0,27
2. Miedo al malestar físico	0,27	0,34	0,34	0,34	0,42
3. Miedo a la evaluación	0,22	0,29	0,31	0,24	0,34
4. Ansiedad anticipatoria	0,14	0,19	0,18	0,19	0,22
Total	0,39	0,33	0,35	0,35	0,48

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos.

2.2.3.1.5 Validez discriminante

Se comparó las diferentes puntuaciones de la escala obtenidas por los niños diagnosticados, mediante entrevista clínica, con un trastorno de ansiedad de entre los más prevalentes en la infancia. Para evitar confusiones no se tuvo en cuenta los casos de trastornos de ansiedad comórbidos. Puesto que el tamaño de la muestra clínica es pequeño ($N = 32$) no se llevó a cabo ningún análisis estadístico. Como se aprecia en la tabla 36 la puntuación sintomática más elevada se halló en el trastorno de ansiedad por separación, que también presentó mayor nivel de miedos al abandono y a la soledad, propios del trastorno. Por el contrario, la puntuación en las dimensiones comunes con otros trastornos de ansiedad, como preocupación y malestar, fue similar. Los padres puntuaron siempre por debajo, en consonancia con el hallazgo reiterado de la subestimación de la ansiedad infantil.

Tabla 36. Puntuaciones de la escala en los trastornos de ansiedad en la infancia

	Niño				Padres			
	TAS	FE	FS	TAG	TAS	FE	FS	TAG
PD	15,05	15,96	15,30	15,91	9,13	9,09	9,60	9,09
MA	8,18	5,16	5,95	5,26	5,93	3,43	3,66	3,43
MS	7,83	5,13	5,70	5,17	5,93	3,06	4,33	3,06
MF	9,16	8,24	9,15	8,82	6,10	5,77	6,13	5,77
4F	40,24	34,51	36,10	35,17	27,10	21,36	23,73	21,36
SS	15,59	15,21	15,75	16,95	12,34	6,06	11,66	11,70
FD	8,02	8,45	8,55	8,17	7,20	7,38	7,33	7,38

Nota: TAS = Trastorno de ansiedad por separación; FE = Fobia específica; FS = Fobia social; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Miedo físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

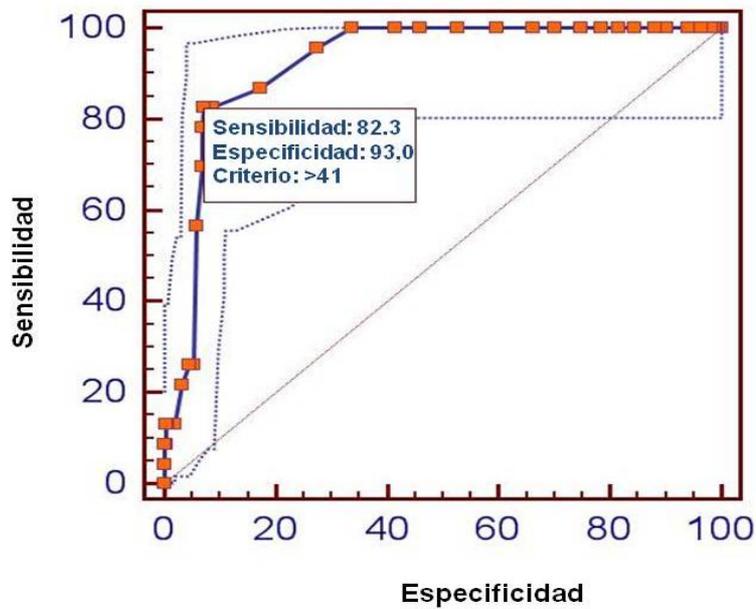
2.2.3.1.6 Sensibilidad y especificidad

Se efectuó una curva ROC y el área bajo la curva ROC para estudiar la sensibilidad y la especificidad de la puntuación sintomática de la versión de niños de la SAAS, utilizándose la muestra escolar a la que se realizó entrevista diagnóstica.

Se operacionalizó la sensibilidad como la proporción de niños con TAS diagnosticados con la ADIS-IV-C, que fueron clasificados correctamente por medio de la puntuación total de los cuatro factores de la SAAS-C. Del mismo modo se determinó la especificidad como el porcentaje de niños sin TAS según la entrevista, correctamente identificados con la puntuación total de los cuatro factores de la SAAS-C. La curva ROC y el área bajo la curva (AUC) fueron examinados para establecer el punto de corte óptimo, que se correspondió con la puntuación 41, cuya área bajo la curva ROC fue 0,92 (95% CI, 0,89 - 0,95). Esto sugiere que hay una probabilidad del 92% de que un niño con TAS obtenga una puntuación sintomática en la SAAS mayor que un niño sin TAS. El punto de corte mostró buena sensibilidad (83%; 95% CI, 0,89-0,95) y especificidad (93%; 95% CI, 0,89-0,95).

El índice de Youden refleja la diferencia entre la tasa de verdaderos positivos y la de falsos positivos, por lo que cuanto más se acerque a 1 mayor será la capacidad diagnóstica. Para el punto de corte 41 el índice de Youden es 0,78, indicando buena capacidad diagnóstica de la puntuación total de los cuatro factores de la SAAS-C (véase figura 3).

Figura 3. Curva ROC de la subescala sintomática con niños



2.2.3.2 Subescalas complementarias

2.2.3.2.1 Consistencia interna y análisis de ítems

La consistencia interna, alfa de Cronbach, para las subescalas complementarias (véase tabla 37) fue *adecuada pero con algunas carencias* ($0,60 \leq r < 0,70$), excepto las Señales de seguridad de la escala de niños, que fue *adecuada* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$).

Tabla 37. Consistencia interna de las subescalas complementarias de la SAAS.

	SS	FD
Niños	0,74	0,60
Padres	0,68	0,63

Nota: SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

La correlación de los ítems de las subescalas complementarias y el total de los 4 factores sintomáticos presentó un rango de 0,44 - 0,66 en la escala de los niños, y un rango de 0,21 - 0,74 en la escala de los padres, indicando un adecuado comportamiento de los ítems excepto los ítems 28, 32 y 34 de la versión de padres (véase tabla 38 y tabla 39).

Tabla 38. Análisis de ítems con los niños (SAAS-C)

	Ítem	M	DE	R _{I-S}	R _{I-Sc}	α
SS (M = 13.93; DE = 4.73)	1	1,31	0,65	0,51	0,40	0,72
	6	1,62	1,01	0,63	0,48	0,70
	10	1,55	0,95	0,63	0,49	0,70
	15	1,46	0,86	0,61	0,48	0,70
	18	1,75	1,04	0,62	0,45	0,71
	22	2,03	1,16	0,62	0,43	0,71
	28	1,53	0,94	0,48	0,31	0,73
	32	1,19	0,59	0,44	0,33	0,73
	34	1,45	0,91	0,55	0,39	0,72
FD (M = 13.71; DE = 3.88)	3	1,88	1,01	0,53	0,31	0,77
	9	2,70	1,22	0,75	0,55	0,69
	14	2,80	1,14	0,77	0,60	0,67
	21	2,90	1,14	0,77	0,60	0,66
	26	3,41	0,96	0,68	0,50	0,71

Nota: M = Media; DE = Desviación típica; R_{I-S} = Correlación ítem-subescala; R_{I-Sc} = Correlación ítem-subescala corregida; α = Alfa subescala si se elimina el ítem.

Tabla 39. Análisis de ítems con los padres (SAAS-P)

	Ítem	M	DE	R _{I-S}	R _{I-Sc}	α
SS (M = 11,76; DE = 3,17)	1	1,34	0,69	0,52	0,34	0,64
	6	1,30	0,71	0,60	0,43	0,61
	10	1,14	0,49	0,55	0,42	0,62
	15	1,16	0,46	0,51	0,39	0,63
	18	1,40	0,72	0,62	0,45	0,61
	22	1,56	0,86	0,64	0,43	0,61
	28	1,61	0,98	0,56	0,28	0,66
	32	1,03	0,25	0,27	0,21	0,66
	34	1,23	0,64	0,41	0,23	0,66
FD (M = 9,44; DE = 3,93)	3	1,72	0,91	0,53	0,33	0,87
	9	1,67	1,03	0,82	0,69	0,77
	14	1,88	1,03	0,84	0,74	0,76
	21	1,92	1,03	0,82	0,69	0,77
	26	2,26	1,09	0,82	0,69	0,77

Nota: M = Media; DE = Desviación típica; R_{I-S} = Correlación ítem-subescala; R_{I-Sc} = Correlación ítem-subescala corregida; α = Alfa subescala si se elimina el ítem.

2.2.3.2.2 Estabilidad temporal

La correlación test-retest para las subescalas complementarias fue *adecuada* ($0,65 \leq r < 0,75$), excepto para la Frecuencia de desastres de la escala de niños, que fue *adecuada pero con algunas carencias* ($0,55 \leq r < 0,65$) (tabla 40).

Tabla 40. Correlación test-retest de las subescalas complementarias de la SAAS

	SS	FD
Niños	0,71	0,57
Padres	0,73	0,73

Nota: SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

2.2.3.2.3 Correlación con la puntuación sintomática

La correlación de las subescalas complementarias con la puntuación total de los cuatro factores sintomáticos de la SAAS fue *excelente* ($r \geq 0,55$), excepto para la Frecuencia de desastres de la escala de niños, que fue *suficiente* ($0,20 \leq r < 0,35$) (tabla 41).

Tabla 41. Correlación subescalas complementarias con el conjunto de los 4 factores sintomáticos

	SS	FD
4F Niños	0,72	0,27
4F Padres	0,71	0,85

Nota: SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

2.2.3.2.4 Regresiones logísticas

Para la escala de niños, se llevó a cabo regresiones logísticas binarias con las subescalas complementarias como predictores del diagnóstico de TAS, dado que fueron realizadas entrevistas clínicas con una submuestra de niños; sin embargo, como éstas no fueron realizadas con los padres, se tomaron las subescalas complementarias como predictoras de la puntuación total sintomática de la SAAS-P en las regresiones logísticas binarias llevadas a cabo. La puntuación sintomática se dicotomizó en “alta” y “baja” ansiedad por separación, respectivamente percentil 75 o superior (≥ 30) y percentil 25 o inferior (≤ 23).

La subescala Señales de seguridad explicó el 45 y el 56% de la varianza del niño y los padres, clasificando correctamente al 83,2 y 81,2% de los casos analizados respectivamente. La subescala Frecuencia de desastres explicó solo el 6 y el 2,4% de la varianza del niño y los padres, clasificando correctamente al 78,9 y 57,2% de los casos analizados respectivamente (tablas 42 y 43).

Tabla 42. Regresión logística binaria de las subescalas SS y FD con niños (SAAS-C) para el diagnóstico de TAS

	χ^2	R ²	B	E.T.	Wald	p	OR	I.C. 95%
SS	1672,58	0,45	0,36	0,01	987,11	0,00	1,43	1,40-1,46
Constante			-2,48	0,18	1276,86	0,00	0,05	
FD	162,88	0,06	0,18	0,01	16,72	0,00	1,21	1,17-1,24
Constante			-2,95	0,13	455,17	0,00	0,05	

Nota: χ^2 = Chi-cuadrado; R² = R² de Nagelkerke; B = coeficiente; ET = error estándar; p = probabilidad; OR = odd ratio; IC = intervalo de confianza; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia desastres.

Tabla 43. Regresión logística binaria de las subescalas SS y FD con padres (SAAS-P) para la alta puntuación sintomática de ansiedad por separación

	χ^2	R ²	B	E.T.	Wald	p	OR	I.C. 95%
SS	1639,96	0,56	,75	0,03	709,19	0,00	2,12	2,01-2,24
Constante			-8,76	0,31	777,06	0,00	0,00	
FD	55,93	0,02	0,09	0,01	53,85	0,00	1,09	1,06-1,12
Constante			-1,01	0,12	69,60	0,00	0,37	

Nota: χ^2 = Chi-cuadrado; R² = R² de Nagelkerke; B = coeficiente; ET = error estándar; p = probabilidad; OR = odd ratio; IC = intervalo de confianza; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia desastres.

2.2.3.3 Acuerdo niño-padres

La correlación de las diferentes puntuaciones de la escala del niño y los padres fue, en líneas generales, pobre. Cohen (1988) sugiere interpretar los coeficientes de correlación de la siguiente forma: bajo, $0,10 \leq r < 0,30$; medio, $0,30 \leq r < 0,50$; alto, $r \geq 0,50$. Como se destaca en la tabla 44, el acuerdo niño – padres en sintomatología de ansiedad por separación es pequeño.

Tabla 44. Correlación niño – padres en las diferentes puntuaciones de la SAAS

PD	MA	MS	MF	4F	SS	FD
0,18	0,22	0,33	0,18	0,26	0,32	0,18

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

2.2.3.4 Diferencias de edad y género

Se analizaron las diferencias de edad y género en ansiedad por separación en la muestra de escolares, primero con los niños como informantes y posteriormente con los padres.

Con los escolares como informantes, para la edad se encontraron diferencias significativas en las seis subescalas y en el total de los cuatro factores sintomáticos. En la comparación de los escolares de 8 y 11 años es donde se encuentran los tamaños del efecto más elevados, con magnitud media ($d = 0,49 - 0,62$), a excepción de la subescala

complementaria Frecuencia de desastres, destacándose el total de los cuatro factores sintomáticos y las Señales de seguridad, con magnitud media-alta ($d \geq 0,75$) (véase tabla 45). La disminución de la puntuación sintomática con la edad puede observarse en la figura 4.

Para el género, las niñas presentaron puntuaciones significativamente más altas en el total de los cuatro factores sintomáticos, los factores de evitación (Miedo al abandono y Miedo a la soledad) y la subescala complementaria Señales de seguridad, con una magnitud del tamaño del efecto pequeña ($d = 0,18 - 0,26$) (véase tabla 46).

Figura 4. Disminución de la ansiedad por separación con la edad con los escolares como informantes

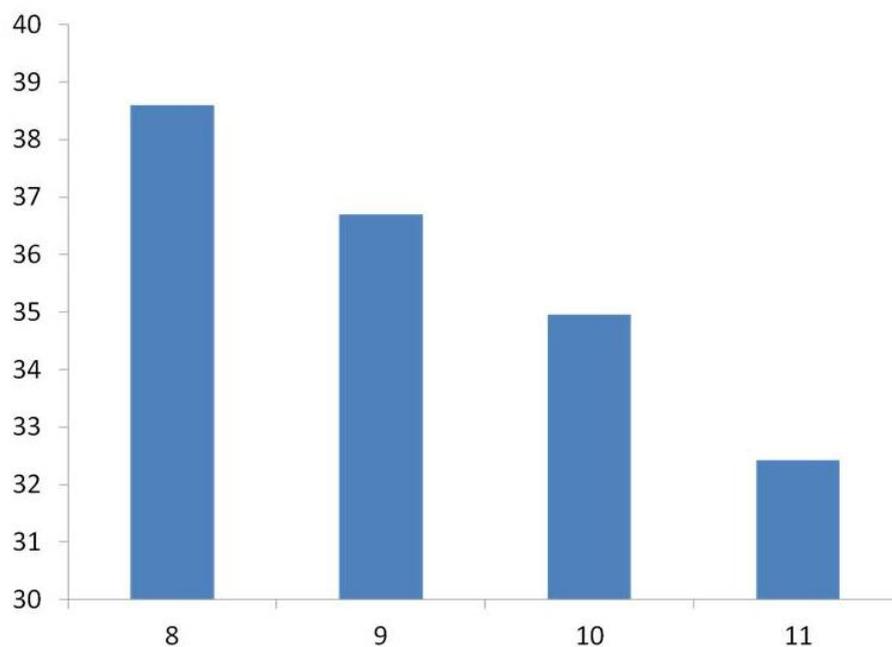


Tabla 45. Diferencias de edad en ansiedad por separación con los escolares como informantes

	PD	MA	MS	MF	4F	SS	FD
8	14,55 (3,67)	7,87 (3,17)	7,25 (2,78)	8,92 (2,98)	38,60 (9,10)	15,77 (5,19)	10,06 (3,68)
9	14,19 (3,83)	7,24 (2,85)	7,01 (2,66)	8,25 (2,55)	36,70 (8,83)	14,57 (4,75)	9,51 (3,44)
10	13,73 (3,92)	6,82 (2,64)	6,50 (2,11)	7,90 (2,49)	34,96 (8,25)	13,33 (4,49)	9,36 (2,96)
11	12,56 (3,81)	6,43 (2,20)	6,09 (1,91)	7,33 (2,07)	32,42 (7,40)	12,32 (3,74)	8,87 (2,57)
<i>F</i> _(3,4624)	11,49	20,36	15,51	20,32	29,55	40,98	8,11
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8 – 9 (d)	n.s.	0,00 (0,24)	n.s.	0,00 (0,21)	0,00 (0,21)	0,00 (0,24)	0,00 (0,15)
8 – 10 (d)^a	0,00 (0,22)	0,00 (0,37)	0,00 (0,30)	0,00 (0,36)	0,00 (0,42)	0,00 (0,50)	0,00 (0,21)
8 – 11 (d)^a	0,00 (0,53)	0,00 (0,62)	0,00 (0,49)	0,00 (0,53)	0,00 (0,75)	0,00 (0,77)	0,00 (0,37)
9 – 10 (d)	0,04 (0,12)	0,01 (0,14)	0,00 (0,21)	0,00 (0,15)	0,00 (20)	0,00 (0,27)	n.s.
9 – 11 (d)^a	0,00 (0,43)	0,00 (0,40)	0,00 (0,40)	0,00 (0,32)	0,00 (0,53)	0,00 (0,53)	0,00 (0,21)
10 – 11 (d)	0,00 (0,30)	0,00 (0,25)	0,00 (0,20)	0,01 (0,16)	0,00 (0,33)	0,00 (0,25)	0,00 (0,18)

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

^a Se destaca en negrita los tamaños del efecto de magnitud media o superior ($d \geq 0,50$).

Tabla 46. Diferencias de género en ansiedad por separación con los escolares como informantes

	PD	MA	MS	MF	4F	SS	FD
Niñas	14,20 (3,80)	7,39 (2,90)	6,90 (2,52)	8,20 (2,60)	36,70 (8,89)	14,49 (4,96)	9,42 (3,24)
Niños	13,24 (3,90)	6,75 (2,60)	6,47 (2,29)	7,95 (2,58)	34,44 (8,35)	13,39 (4,43)	9,43 (3,15)
F_(1,4626)	1,82	16,91	8,38	,89	9,37	10,68	1,42
p	0,18	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,23
d	----	0,23	0,18	----	0,26	0,23	----

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

Cuando los informantes son los padres, se encuentran solo diferencias significativas por edad en dos subescalas (Preocupación por los desastres y Miedo a la soledad) y una subescala complementaria (Señales de seguridad), con tamaños del efecto pequeños ($d = 0,10 - 0,31$) (véase tabla 47). No ocurre la esperada disminución de la edad en la puntuación sintomática (véase figura 5), que sí observa cuando los escolares son los informantes.

Para el género, las niñas presentaron puntuaciones significativamente más altas en el total de los cuatros factores sintomáticos, todas las subescalas excepto el Miedo a la soledad, y las dos subescalas complementarias, con una magnitud del tamaño del efecto pequeña ($d = 0,09 - 0,17$) (véase tabla 48).

Figura 5. Evolución de la ansiedad por separación con la edad con los padres como informantes

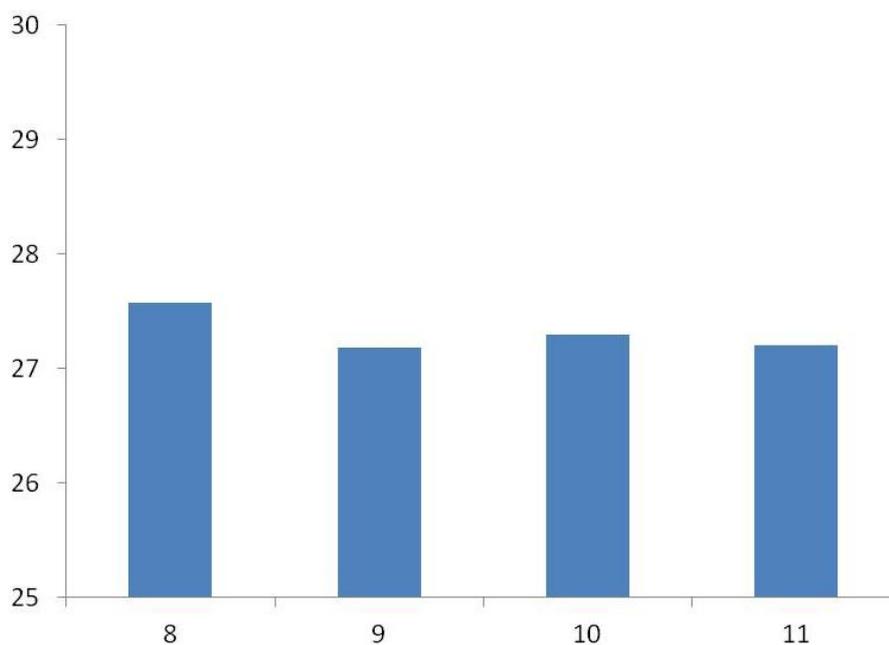


Tabla 47. Diferencias de edad en ansiedad por separación con los padres como informantes

	PD	MA	MS	MF	4F	SS	FD
8	9,33 (3,83)	5,80 (1,69)	6,38 (2,08)	6,06 (1,47)	27,58 (6,50)	12,22 (3,42)	7,41 (2,02)
9	9,13 (3,72)	5,70 (1,59)	6,28 (2,01)	6,06 (1,34)	27,19 (6,24)	11,86 (3,01)	7,30 (1,74)
10	9,48 (3,95)	5,66 (1,51)	6,06 (1,73)	6,09 (1,34)	27,30 (6,38)	11,67 (3,20)	7,52 (1,88)
11	9,74 (4,12)	5,57 (1,43)	5,81 (1,59)	6,06 (1,34)	27,21 (6,19)	11,36 (2,99)	7,39 (1,77)
<i>F</i>_(3,4371)	3,50	1,17	7,35	0,28	0,16	6,89	0,28
<i>p</i>	0,01	0,31	0,00	0,83	0,91	0,00	0,83
8 – 9 (<i>d</i>)	n.s. (-)	n.s. (-)	n.s. (-)				
8 – 10 (<i>d</i>)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,00 (0,17)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,00 (0,17)	n.s. (-)
8 – 11 (<i>d</i>)	0,00 (0,10)	n.s. (-)	0,00 (0,31)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,00 (0,27)	n.s. (-)
9 – 10 (<i>d</i>)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,04 (0,12)	n.s. (-)	n.s. (-)	n.s. (-)	n.s. (-)
9 – 11 (<i>d</i>)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,00 (0,26)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,00 (0,17)	n.s. (-)
10 – 11 (<i>d</i>)	n.s. (-)	n.s. (-)	0,01 (0,15)	n.s. (-)	n.s. (-)	n.s. (-)	n.s. (-)

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

Tabla 48. Diferencias de género en ansiedad por separación con los padres como informantes

	PD	MA	MS	MF	4F	SS	FD
Niñas	9,67 (4,04)	5,77 (1,66)	6,15 (1,87)	6,14 (1,36)	27,75 (6,54)	12,03 (3,27)	7,45 (1,87)
Niños	9,19 (3,79)	5,59 (1,43)	6,08 (1,85)	5,99 (1,37)	26,86 (6,05)	11,48 (3,03)	7,37 (1,84)
F_(1,4373)	4,41	4,83	1,06	4,47	6,81	15,26	5,38
p	0,03	0,02	0,30	0,03	0,00	0,00	0,02
d	0,12	0,12	-	0,11	0,14	0,17	0,09

Nota: PD = Preocupación desastres; MA = Miedo abandono; MS = Miedo soledad; MF = Malestar físico; 4F = Total 4 factores sintomáticos; SS = Señales de seguridad; FD = Frecuencia de desastres.

Por otro lado, se estimó la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación (TAS) a través del SAAS-C, por medio del punto de corte establecido en el análisis de sensibilidad y especificidad (puntuación igual o mayor a 41). Un total de 487 (10,52%) escolares presentaron síntomas de ansiedad por separación tan elevados como para sospechar un posible diagnóstico de TAS. Como puede apreciarse en la tabla 49, el porcentaje de TAS disminuye con la edad en ambos géneros. La proporción fue mayor en las niñas, aunque la diferencia de género tiende a desaparecer a los once años.

Tabla 49. Prevalencia estimada del trastorno de ansiedad por separación

	Edad				Total
	8	9	10	11	
Niños	13,44%	9,33%	6,69%	5,11%	8,42%
Niñas	18,04%	15,40%	11,28%	6,60%	12,72%
Total	15,80%	12,25%	9,00%	5,80%	10,52%

2.3 Resumen de resultados y contrastación de hipótesis

En este apartado se ofrece un resumen de los resultados y de la contrastación de hipótesis de los estudios 1 y 2. La tabla 50 recoge las propiedades psicométricas de la adaptación española de la *Separation Anxiety Assessment Scale* (SAAS) con niños y padres, que ha sido el objetivo general de la investigación que constituye la primera parte de la tesis doctoral. La tabla 51 compara las garantías psicométricas de la versión original americana con la de las adaptaciones italiana y española con niños (SAAS-C). La tabla 52 detalla las propiedades psicométricas de la versión original americana y de la adaptación española con padres (SAAS-P), puesto que el estudio italiano no incluyó a los padres. Finalmente la tabla 53 expone la contrastación de las hipótesis de investigación.

Tabla 50. Propiedades psicométricas de la adaptación española de la SAAS

		Niños		Padres	
Subescala sintomática cuatro factores (4F)	Validez de constructo				
	Varianza explicada	47,77%		51,56%	
	Fiabilidad				
	Consistencia interna	0,84		0,84	
	Estabilidad temporal	0,77		0,75	
	Correlación				
	Entre factores	0,29 – 0,52		0,28 – 0,43	
	Ítem – 4F	0,28 – 0,51		0,31 – 0,62	
	Ítem – factor	0,30 – 0,61		0,32 – 0,75	
	Validez convergente/discriminante				
	Ansiedad separación (CSAS)	0,71		----	
	Sensibilidad ansiedad (CASI)	0,60		----	
	Miedos escolares (SFSS)	0,48		----	
	Habilidad diagnóstica				
Sensibilidad	83%		----		
Especificidad	93%		----		
		SS	FD	SS	FD
Subescalas complementarias Señales seguridad (SS) Frecuencia desastres (FD)	Fiabilidad				
	Consistencia interna	0,74	0,60	0,68	0,83
	Estabilidad temporal	0,71	0,57	0,73	0,73
	Correlación				
	Subescala – 4F	0,72	0,27	0,71	0,85
	Ítem – subescala	0,31 – 0,49	0,31 – 0,60	0,21 – 0,45	0,33 – 0,74
	Regresión logística				
Varianza explicada	45,0%	6,0%	56,0%	2,4%	
Clasificación casos	83,2%	78,9%	81,2%	57,2%	

Tabla 51. Comparación de las propiedades psicométricas del original americano y de las adaptaciones italiana y española con niños

	Original americano	Adaptación italiana	Adaptación española
Población	Clínica	Escolar	Escolar
N	137	358	4.628
Edad	6-17	6-10	8-11
Validez de constructo (20 ítems sintomáticos)	Dos factores (44,39% varianza) - Ansiedad por separación general - Malestar físico ----- ----- -----	Tres factores (42,77% varianza) ----- - Miedo abandono y malestar físico - Miedo soledad - Preocupación desastres	Cuatro factores (47,77% varianza) ----- - Malestar físico - Miedo abandono - Miedo soledad - Preocupación desastres
Consistencia interna			
SAAS (34 ítems)	0,91	0,90	-----
4F (20 ítems)	0,87	-----	0,84
Estabilidad temporal			
SAAS (34 ítems)	0,83 (1-2 semanas, N = 11)	-----	-----
4F (20 ítems)	-----	-----	0,77 (4 semanas, N = 1.726)
Validez convergente (20 ítems sintomáticos)^a	0,74 Ansiedad separación (SASI-C) 0,49 Sensibilidad ansiedad (CASI) 0,51 Ansiedad infantil (MASC)	0,54 Ansiedad separación (SASI-C) ----- 0,51 Miedos infantiles (FSSC-IT)	0,71 Ansiedad separación (CSAS) 0,60 Sensibilidad ansiedad (CASI) 0,48 Miedos escolares (SFSS-II)

Nota: SASI = Separation Anxiety Symptom Inventory for Children; CSAS = Children's Separation Anxiety Scale; CASI = Childhood Anxiety Sensitivity Index; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; FSSC-IT= Italian Fear Survey Schedule for Children; SFSS = School Fears Survey Scale, Form II.

^a En la adaptación italiana se calculó la validez convergente/discriminante con los 34 ítems de la escala.

Tabla 52. Comparación de las propiedades psicométricas del original americano y de la adaptación española con padres

	Versión americana	Adaptación española
Población	Clínica	Escolar
N	135	3.658
Validez de constructo (20 ítems sintomáticos)	Cinco factores (64,64% varianza) - Ansiedad por separación general - Malestar físico - Miedo seguridad personal - Miedo abandono - Miedo soledad -----	Cuatro factores (51,56% varianza) ----- - Malestar físico ----- - Miedo abandono - Miedo soledad - Preocupación desastres
Consistencia interna		
SAAS (34 ítems)	0,91	-----
4F (20 ítems)	0,85	0,84
Estabilidad temporal		
SAAS (34 ítems)	0,90	-----
4F (20 ítems)	-----	0,75
Validez convergente/ discriminante (20 ítems sintomáticos)	0,23 Problemas interiorizados (CBCL)	-----

Nota: CBCL = *Child Behavior Checklist*.

Tabla 53. Contrastación de hipótesis de la SAAS

Estudio 1			Niño	Padres
Subescala sintomática (20 ítems)	1	La ansiedad por separación posee una estructura tetradimensional: Miedo a la soledad, Miedo al abandono, Malestar físico y Preocupación por los desastres.	✓	✓
	2	El porcentaje de varianza explicada es como mínimo aceptable ($\geq 40\%$).	✓	✓
Estudio 2				
Subescala sintomática (20 ítems)	1	El modelo que mejor se ajusta a los datos es el de cuatro factores relacionados.	✓	✓
	2	La fiabilidad es como mínimo buena, tanto la consistencia interna ($\alpha \geq 0,80$) como la estabilidad temporal ($r \geq 0,75$).	✓	✓
	3	La validez convergente es satisfactoria, como mínimo buena con otra escala de ansiedad por separación ($r \geq 0,50$) y como mínimo adecuada con auto-informes sobre conceptos relacionados ($r \geq 0,40$).	✓	--
	4	La puntuación sintomática es mayor en el trastorno de ansiedad por separación que en otros trastornos de ansiedad (validez discriminante).	✓	✓
	5	El valor del área bajo la curva ROC es como mínimo bueno o alto ($\geq 0,90$).	✓	--
Subescala señales seguridad (9 ítems)	6	La fiabilidad es como mínimo adecuada, tanto la consistencia interna ($\alpha \geq 0,70$) como la estabilidad temporal ($r \geq 0,65$).	✓	✘
	7	La proporción de casos, trastorno (niños) o elevada sintomatología (padres), clasificados correctamente es alta ($> 80\%$).	✓	✓

Estudio 2			Niño	Padres
Subescala frecuencia desastres (5 ítems)	8	La estabilidad temporal es como mínimo adecuada ($r \geq 0,65$).	✘	✓
	9	La proporción de casos, trastorno (niños) o elevada sintomatología (padres), clasificados correctamente es baja ($< 20\%$).	✓	✓
			Niño – Padres	
Acuerdo niño–padres	10	El acuerdo niño – padres es pobre ($r < 0,40$).	✓	
			Niño Padres	
Diferencias ansiedad separación	11	La disminución de la ansiedad por separación con la edad es moderada ($0,50 \leq d < 0,80$).	✓	✘
	12	La ansiedad por separación de las niñas es ligeramente mayor ($0,20 \leq d < 0,30$).	✓	✘

Nota: ✓ = Se confirma la hipótesis; ✘ = Se refuta la hipótesis; --- = Hipótesis no planteada

2.4 Discusión

El análisis factorial confirmó la hipótesis de los creadores de la *Separation Anxiety Assessment Scale*, que plantea que la ansiedad por separación en la infancia comprende cuatro dimensiones de síntomas: Preocupación por los desastres, Malestar físico, Miedo a la soledad y Miedo al abandono. La interpretación de los dos primeros es clara, puesto que según la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang (1968) se refieren a dos sistemas de respuestas, cognitivo y psicofisiológico, que constituyen la experiencia subjetiva de la ansiedad.

Los ítems sobre la preocupación de que suceda algo malo al niño o a los padres, considerando implícitamente a estos últimos como los cuidadores principales con quienes la vinculación es mayor, o de que suceda un acontecimiento vital muy negativo como catástrofes naturales o atentados terroristas que afecten negativamente a la unidad familiar, presentaron saturaciones muy altas, definiendo con precisión la característica clínica del trastorno de ansiedad por separación (TAS) descrita en el DSM-5 como preocupación por la pérdida o daño, causados por acontecimientos adversos, calamidades o accidentes, ocurridos a las personas más vinculadas al niño.

Tradicionalmente el acento se ha puesto en que ocurra alguna desgracia que merme la salud de la figura de apego (enfermedad, muerte), sin embargo, según el propio niño la preocupación con mayor carga factorial es que le pase algo malo a él mismo. Este matiz es importante y debería ser estudiado, así, la elevada comorbilidad del TAS con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) indicaría que la preocupación excesiva difícil de controlar sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades,

por ejemplo que le pase algo malo al niño (TAS) como fracasar en la escuela (TAG), es un factor común a ambos trastornos. Desde la perspectiva del transdiagnóstico (Sandín, Chorot y Valiente, 2012), esta cuestión merece investigarse. Barlow, Allen y Choate (2004) proponen la auto-preocupación neurótica, un mecanismo cognitivo de atención focalizada, como proceso transdiagnóstico de los trastornos de ansiedad e, incluso, depresivos. De nuevo la importante comorbilidad del TAS con la depresión apoya el enfoque del transdiagnóstico.

El punto de vista de los padres es distinto, porque la preocupación de mayor peso se relaciona con las catástrofes naturales. Teniendo en cuenta que los progenitores tienden a subestimar el componente subjetivo de la ansiedad, la discrepancia podría reflejar tanto el sesgo infravalorativo como la preocupación paterna por la eventualidad de inundaciones o terremotos. En este sentido, las familias participantes en el estudio podrían estar sensibilizadas al residir en las provincias de Murcia y Alicante, zona de actividad sísmica, recuérdese el reciente terremoto de Lorca, y proclive a las riadas. En lo que coinciden el niño y los padres es en que la preocupación por recogerle tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad es menos definitiva. Este dato puede interpretarse, por un lado, porque se solapa la preocupación con el miedo al abandono, las cargas en estos dos factores son similares en el niño y las más próximas en los padres, y, por otro, porque hace referencia a separaciones cotidianas frente a las traumáticas más determinantes del TAS.

La dimensión Malestar físico expresa alteraciones psicofisiológicas como mareos, vómitos y sensación de atragantarse. El factor alude a las sensaciones molestas generadas por la activación vegetativa excesiva y, por tanto, su interpretación como

componente de los estados de ansiedad no plantea problema. En el miedo es posible distinguir dos elementos: a) miedo a la situación temida (estimulación exteroceptiva): separación, animales, tormentas, agujas, oscuridad, ruidos fuertes, hablar en público, ataque de pánico, espacios abiertos, suspender, etc., que diferencia los trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, fobia animal, fobia natural, fobia sangre-inyección-herida, otra fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.; b) “miedo al miedo”, es decir, miedo a las sensaciones de miedo (estimulación interoceptiva): taquicardia, palpitaciones, sensación de ahogo, hiperventilación, opresión torácica, tensión muscular, sensación de atragantamiento, sudoración, mareos, náuseas, vómitos, etc., que son comunes a los trastornos de ansiedad. Por esta razón, la diferencia de puntuación entre el TAS y otros trastornos de ansiedad es notablemente menor en Malestar físico, tanto en los padres, que es 0,2 mientras que en las otras tres dimensiones sintomáticas se sitúa entre 1,0 – 4,0, como en el niño, que es 1,6 frente al rango 4,1 – 5,7 de las otras dimensiones.

En ambas aplicaciones de la escala (SAAS-C/P), el ítem 2 fue el que obtuvo la carga factorial más baja. La traducción denotativa del original inglés, *How often do you visit the nurse or a special teacher at school because you feel sick?*, presenta problemas porque en España no hay enfermera en los colegios. La traducción connotativa utilizada, “¿Con qué frecuencia acudes a un profesor en el colegio porque te sientes mareado/a?”, es confusa porque evalúa dos hechos independientes, de forma que el niño puede sentirse mareado en el colegio y no comunicárselo al profesor. Si se pretendía evaluar el malestar físico habría sido suficiente preguntar: “¿Con qué frecuencia te sientes mareado/a en el colegio?”

El Miedo a la soledad y el Miedo al abandono son dimensiones de evitación de la ansiedad por separación, es decir, respuestas conductuales. La interpretación de estos factores es compleja. En primer lugar, la definición de los miedos no es unívoca, porque el niño puede ser abandonado por sus padres y quedarse solo o con otras personas. En el primer supuesto el miedo sería una mezcla de abandono y soledad, mientras que en el segundo sería abandono exclusivamente. Por su parte, si el miedo a la soledad se refiere a que el niño se halla solo y, por tanto, los padres ausentes, entonces el ítem 19: “¿Con qué frecuencia sigues a tu mamá o a tu papá por toda la casa?” no corresponde exactamente a una situación de soledad. Los ítems de miedo a la soledad se sitúan explícita o implícitamente en el hogar, de modo que podría argumentarse a favor de una concepción por exclusión, esto es, que el niño no tiene miedo al abandono cuando está solo en casa (habitación, baño, cuarto de estar, etc.), porque considera que los padres tarde o temprano terminan regresando allí siempre, a diferencia de cuando lo dejan solo fuera del hogar (casa de un amigo, autobús escolar, etc.), lugares a los que no tienen que retornar necesariamente. La experiencia clínica refuta este razonamiento. Cuando la madre se retrasa de la compra o por cualquier otro motivo hay niños con TAS que lloran desconsoladamente y se sienten solos y abandonados, convencidos de que su madre ha sufrido un accidente fatal y, en consecuencia, no volverán a verla nunca más.

En segundo lugar, no queda claro si el elemento más significativo es la situación, soledad y abandono, o la reacción, evitación frente a preocupación y malestar. Aceptando la conceptualización como variable respuesta, la cuestión fundamental es qué clase de respuesta o, si se prefiere, qué entiende el niño (y los padres) por “miedo”: ¿significa preocupación por si la mamá enferma y muere?, ¿son sensaciones desagradables y molestas como las náuseas o los mareos?, o como plantean los

creadores de la escala, ¿es la evitación de la soledad y de la marcha de los padres? En el niño (en los padres también), la relación mayor entre factores es la del Miedo a la soledad y Miedo al abandono, pero la relación de este último con la Preocupación por los desastres alcanza idéntico valor. Así pues, el Miedo al abandono, ¿es una dimensión conductual de evitación o una cognitiva de preocupación por la separación? Asumiendo el planteamiento teórico de los creadores de la prueba, la relación mayor de estos dos miedos debería darse con el factor Oposición de la *Children's Separation Anxiety Scale* (Méndez et al., 2014), pero contrariamente a lo esperado se obtiene coeficientes más altos con Malestar; entonces, el Miedo a la soledad y el Miedo al abandono, ¿son dimensiones conductuales o psicofisiológicas de la ansiedad por separación?

Los dos estudios previos tampoco aclaran la naturaleza de estos factores. La investigación original americana con niños identificó un factor global de ansiedad por separación, compuesto por diecisiete ítems de contenido propio del TAS, y un factor específico de miedo a la enfermedad física, formado por tres ítems de síntomas comunes a otros trastornos de ansiedad (mareos, vómitos, atragantamiento). Con los padres se produjo una dispersión de ítems que se distribuyeron en cinco factores: 1. Ansiedad por separación: miscelánea de once ítems de las cuatro dimensiones sintomáticas, 2. Miedo por la seguridad personal: dos ítems de Malestar físico y uno de Preocupación por los desastres (atentados terroristas), 3. Miedo al abandono: dos ítems de la dimensión homónima, 4. Malestar físico: dos ítems de la dimensión equivalente, 5. Miedo a la soledad: el ítem sobre miedo a que le dejen solo en el baño.

La estructura factorial de la adaptación italiana se aproximó más a nuestros resultados probablemente por la mayor similitud de los participantes, esto es, muestra

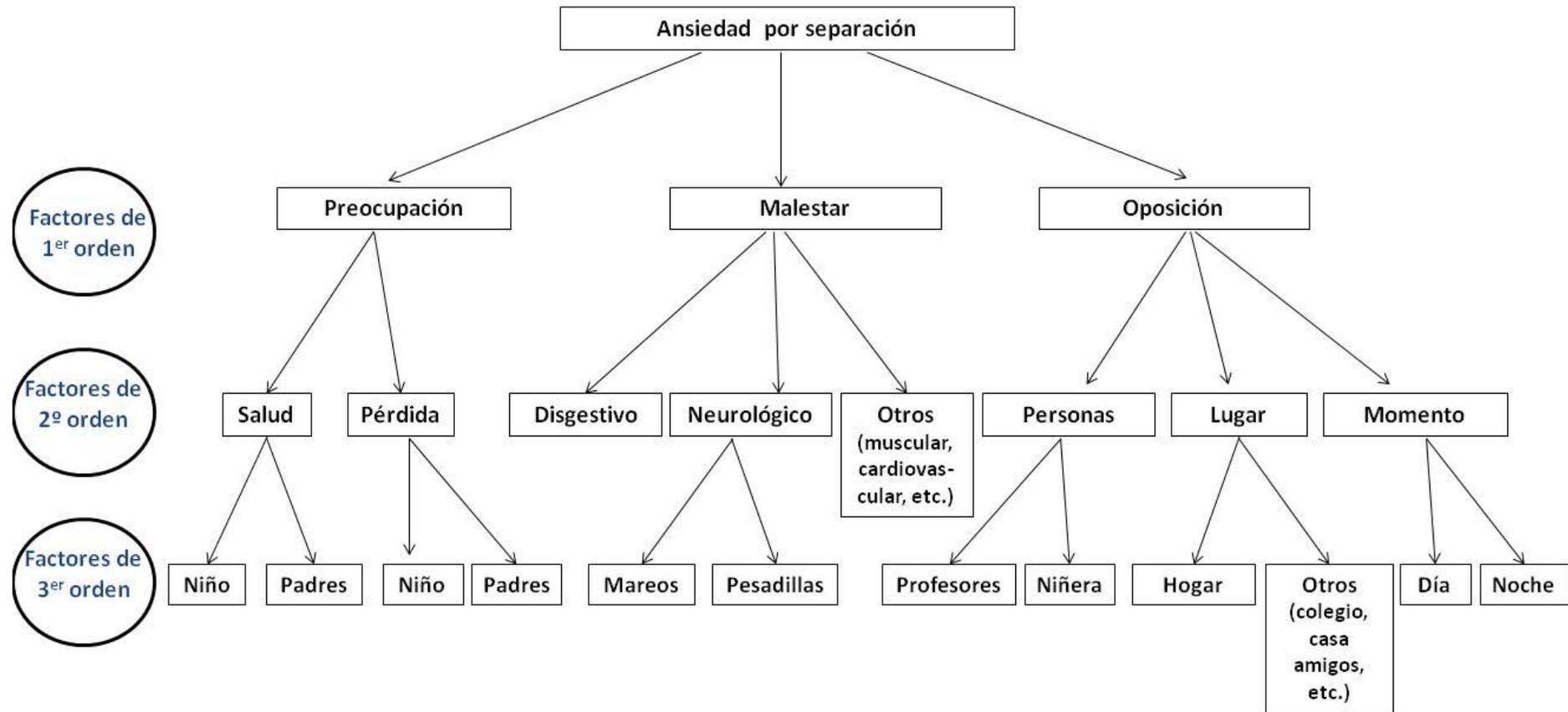
escolar infantil en vez de la muestra clínica infantil y adolescente de la validación americana. Se halló tres factores: 1. Miedo al abandono y a la enfermedad física (diez ítems), integrado por a) los cinco ítems del Miedo al abandono, b) por cuatro ítems del Malestar físico, todos menos el 17. “¿Con qué frecuencia tienes miedo de ir a jugar con un amigo/a por si te sientes mareado/a?”, c) por el ítem 7 del Miedo a la soledad, “¿Con qué frecuencia tienes miedo de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa?”; 2. Preocupación sobre acontecimientos desastrosos (seis ítems), formado por los cinco ítems de Preocupación por los desastres más el ítem 17 excluido de Malestar físico; 3. Miedo a estar solo, con los ítems del Miedo a la soledad excepto el mencionado ítem 7. Por consiguiente, este hallazgo apoya nuevamente la connotación psicofisiológica del Miedo al abandono.

¿Qué evalúa realmente el Miedo a la soledad (MS) y el Miedo al abandono (MA)? Si como proponen los creadores del instrumento se trata de dimensiones de evitación de la ansiedad por separación, entonces habría sido más adecuado redactar los ítems de la siguiente manera: 30. “¿Con qué frecuencia evitas estar solo/a en tu habitación por el día?” (MS) o 4. “¿Con qué frecuencia evitas que te dejen en casa con una niñera?” (MA). No obstante, el término *evitar* puede resultar difícil de comprender para los más pequeños. Una solución es utilizar sinónimos y ejemplos explicativos, de forma que el ítem 4 podría reescribirse como evitación: “¿Con qué frecuencia protestas, te quejas, te opones, etc., para impedir que te dejen en casa con una niñera?”, o como escape: “¿Con qué frecuencia telefoneas a tu mamá o a tu papá para que regresen cuando estás en casa con una niñera?” En cualquier caso, parece poco apropiado utilizar los mismos ítems (contenido, lenguaje, número, etc.) para un rango de edad tan amplio (6-17 años), teniendo en cuenta que la ansiedad por separación se manifiesta de forma

diferente, por ejemplo a un adolescente de diecisiete años (y a sus padres) puede resultarle ridículo o sin sentido que le pregunten: “¿Con qué frecuencia tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera?”

Nuestro estudio confirma la propuesta de cuatro dimensiones sintomáticas clave de la ansiedad por separación, aunque no queda claro la naturaleza de los miedos a la soledad y al abandono. Comparando las dimensiones de la ansiedad por separación halladas con las escalas específicas, se puede plantear un modelo jerárquico de factores de primer, segundo e incluso tercer orden, que integre los datos existentes (véase figura 6): a) Preocupación del niño por la salud (enfermedad, accidente) o por la pérdida (secuestro, abandono), de sí mismo o de las figuras de apego, etc.; b) Malestar digestivo (náuseas, vómitos), neurológico (mareos, pesadillas), muscular (cefaleas, opresión torácica), etc; c) Oposición a estar solo o con personas que no son los padres (profesor, niñera, compañero, etc.), en el hogar o fuera de casa (colegio, casa de un amigo, campamento, etc.), por el día o por la noche, etc.

Figura 6. Modelo jerárquico de la ansiedad por separación



Quizás fuera útil que los ítems de la misma dimensión empezaran siempre igual (estímulo discriminante), aclarando en las instrucciones del test el sentido de la pregunta:

- a) ¿Te preocupa...? Significa que piensas que algo malo (enfermedad, secuestro, etc.) puede sucederle a alguien de tu familia (a ti, a tus padres, etc.), cuando vais a separaros o cuando no estás con tus padres.
- b) ¿Te sientes mal...? Significa que sientes dolor (de barriga, de cabeza, etc.) o molestias (ganas de vomitar, mareos, etc.), cuando vais a separaros o cuando no estás con tus padres.
- c) ¿Te opones...? Significa que dices (protestas, te quejas, etc.) o haces cosas (telefoneas a tus padres, les sigues por toda la casa, etc.), para impedir estar separado o para volver a reunirte con tus padres.

La precisión terminológica es importante. Así, el DSM-5 señala como primera característica clínica del TAS la aparición de malestar cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. Sin embargo, el estímulo clave es la ausencia física de la figura de apego, cuando se va a producir (anticipación) o cuando ya ha ocurrido (separación). Si el niño está en un campamento de verano se siente desgraciado y anhela el regreso al hogar, pero si se marcha de acampada con sus padres aunque sea más lejos no siente nostalgia ni deseos de volver a casa.

Desde el punto de vista de la validez de contenido llama la atención que únicamente la *Separation Anxiety Symptom Inventory for Children* incluya un ítem sobre pesadillas, concretamente el 9: “Tengo pesadillas sobre violencia hacia mí o mi familia”. El banco de ítems empleado para elaborar la *Children’s Separation Anxiety*

Scale contenía tres ítems, 7: “¿Tienes pesadillas en las que te separan a la fuerza de tu mamá o de tu papá?”, 19: “¿Tienes pesadillas en las que le pasa algo malo a tu mamá o a tu papá?”, 34: “¿Tienes pesadillas en las que te pasa algo malo a ti?” Contrariamente a lo hipotetizado los ítems no saturaron en el factor Malestar por la separación, sino que se agruparon en uno específico con cargas entre 0,69 y 0,75. A pesar de estos valores elevados, se eliminó porque incumplía el criterio de cinco ítems como mínimo por factor. Además el porcentaje de varianza explicada fue 4,99% situándose, aunque en el límite, por debajo del mínimo deseable (5%). A pesar de ello, los datos invitan a replantearse el tema. El factor habría emergido posiblemente si el banco original hubiera comprendido más ítems sobre pesadillas. El niño y los padres están de acuerdo (91,38%) en que las pesadillas son el síntoma menos frecuente de los ocho especificados en el DSM para el trastorno de ansiedad por separación (TAS); solo el 11,5%, según el niño, y el 7,2%, según los padres, de los casos diagnosticados con TAS tiene pesadillas repetidas sobre el tema de la separación (Allen et al., 2010). Teniendo en cuenta su alta sensibilidad, la incorporación de ítems sobre pesadillas posee gran interés clínico.

La correlación de la puntuación de las cuatro dimensiones sintomáticas con otra medida de ansiedad por separación fue excelente-alta, igual que en el estudio multicéntrico de Méndez et al. (2014), mayor que con la sensibilidad a la ansiedad, excelente-baja, y bastante mayor que con los miedos escolares, adecuada-alta. Este patrón de relaciones apoya la validez convergente y discriminante de la escala.

El “miedo al miedo”, mencionado anteriormente por su relación con el malestar físico, es un concepto próximo a la sensibilidad a la ansiedad, que se define como miedo

a los síntomas de ansiedad y se considera un factor de predisposición individual para el desarrollo de trastornos de ansiedad. Sin embargo, mientras que aquel resalta el componente psicofisiológico, la sensibilidad a la ansiedad destaca el cognitivo, ya que el énfasis se pone en la *creencia* de que las sensaciones de ansiedad son peligrosas o dañinas (Reiss, 1991). El marco teórico explica la relación de esta variable con la ansiedad por separación y, sobre todo, que la relación con Preocupación por los desastres y con Malestar físico sea similar.

Cabría esperar que la relación entre el factor Cognitivo del *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI; Sandín et al., 2002) y la dimensión Preocupación por los desastres fuera más estrecha teniendo en cuenta la mayor similaridad del contenido, por ejemplo el ítem 15 del CASI: “Cuando tengo miedo me preocupa que pueda estar loco/a” podría asimilarse al 21 de la SAAS: “¿Con qué frecuencia te preocupa que te pase algo malo?” Otro tanto sería esperable entre el factor Somático y el Malestar físico, por ejemplo el ítem 8 del CASI: “Me asusto cuando siento como si fuera a vomitar” y el 27 de la SAAS: “¿Con qué frecuencia tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si vomitas o te atragantas?” No obstante, ninguna de estas dos predicciones se cumplió. Es posible que influya más la situación desencadenante (estímulo) que la reacción desencadenada (respuesta). En el primer caso la eventualidad de enloquecer, característica del trastorno de pánico, muy distinta a la de estar separado de los padres, propia del TAS, es más relevante que estar preocupado, con otras palabras, el contenido de la preocupación marca la diferencia; del mismo modo, la sensación de náusea (estímulo interoceptivo asociado al trastorno de pánico) o el comedor escolar (estímulo exteroceptivo en casos de TAS con rechazo escolar) es más significativo que vomitar en sí mismo.

La puntuación de las cuatro dimensiones de la ansiedad por separación debería relacionarse principalmente con el factor Ansiedad por separación y anticipatoria, del *School Fear Survey Schedule for preadolescents* (García-Fernández et al., 2010), que incluye el miedo a “separarme de mis padres para ir al colegio” (ítem 4). No obstante, el coeficiente de correlación con este factor fue más bajo que con cualquier otro tipo de miedo escolar. Los ítems con mayor carga se refieren a la ansiedad anticipatoria, es decir, al grado de miedo al “salir de casa para ir al colegio”, “vestirme para ir al colegio” e “ir camino del colegio”, mientras que el ítem sobre ansiedad por separación es el de menor carga. Este dato sugiere, por un lado, que el factor evalúa sobre todo la ansiedad anticipatoria que se desencadena al enfrentarse a la situación estresante, en este caso, la asistencia escolar y, por otro, que la ansiedad se relaciona más con acontecimientos propios del contexto escolar, como ser preguntado por el profesor o salir a la pizarra, que con la separación. Los padres consideran un deber y una necesidad que su hijo asista al colegio, por que lo se muestran firmes ante la oposición a ir a la escuela, a diferencia de la permisividad que adoptan en otras situaciones, por ejemplo renuncian a salir el sábado por la noche dejándole a cargo de un familiar o de una niñera. El hecho de que lleven al niño al colegio (exposición) ignorando sus protestas (extinción) consigue la eliminación del rechazo escolar que es, junto a las pesadillas, el síntoma menos frecuente del TAS; solo uno de cada cinco niños entrevistados se opone a ir al colegio por miedo a la separación (Allen et al., 2010).

También se esperaría una mayor relación entre factores similares, es decir, Malestar físico y Miedo al malestar físico e, incluso, entre Preocupación por los desastres y Miedo al fracaso escolar y al castigo, entendiendo que el miedo a sacar malas notas, repetir curso, suspender un control o examen, etc., traducen la

preocupación del niño de que le pase algo malo. La primera predicción no se cumplió porque el valor de la correlación del Miedo al malestar físico con el Malestar físico fue el mismo que con el Miedo al abandono y el Miedo a la soledad. Una vez más se perfila la hiperactivación vegetativa como un concepto transdiagnóstico del TAS, TAG, rechazo/fobia escolar, clasificada como fobia específica situacional, y otros trastornos de ansiedad. En cambio, se confirmó la segunda predicción de modo que el Miedo al fracaso escolar y al castigo se puede interpretar en cierto sentido como preocupación por el rendimiento académico.

La escala incluye como señales de seguridad tanto conductas de búsqueda de tranquilidad, por ejemplo telefonar a los padres cuando el niño duerme fuera del hogar o está en casa con una niñera, como la presencia de personas (padres, profesores) u objetos (lmparita, peluche, etc.) que proporcionan seguridad. Méndez et al. (2014) hallaron que las señales de seguridad estaban más estrechamente relacionadas con Oposición y Malestar de la *Children's Separation Anxiety Scale*; es posible que las respuestas de evitación correspondan a las conductas de oposición y los estímulos de seguridad a la reducción de malestar. El DSM-5 cita como características clínicas la necesidad, cuando las figuras de apego están ausentes, de saber su paradero y de estar en contacto mediante llamadas telefónicas o la insistencia para que una persona, preferentemente los padres, permanezca al lado del niño hasta que se duerma. Así pues, no es extraño que la relación con la puntuación sintomática sea excelente y que la predicción del TAS sea apropiada.

La principal señal de seguridad en la ansiedad por separación son las figuras de apego, que constituyen estímulos filogenéticamente preparados, ya que en el curso de la

evolución han contribuido a la supervivencia de las crías (Eisenberger et al., 2011). Su apoyo está plenamente justificado en situaciones estresantes como los procedimientos médicos invasivos o dolorosos (Orgilés, Méndez y Espada 2009; Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009), pero resulta contraproducente en los trastornos de ansiedad (Helbing-Lang y Petermann, 2010). Desde la perspectiva de la terapia de conducta, las respuestas de escape y los estímulos de seguridad contribuyen a mantener el trastorno por medio del reforzamiento negativo que supone el alivio de la ansiedad. Por consiguiente, la subescala posee gran utilidad clínica puesto que permite identificar las señales de seguridad para desvanecerlas en el curso del tratamiento.

Los acontecimientos vitales negativos influyen en la aparición de los trastornos de ansiedad. Rapee, Schniering y Hudson (2009) señalan en su revisión sobre el origen de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, que los niños ansiosos experimentan más estresores vitales y, más concretamente, Poulton, Milne, Craske y Menzies (2001) encuentran que la pérdida de un progenitor se relaciona directamente con la ansiedad por separación. Por esta razón, es interesante incluir la ocurrencia de desastres, aunque al no ser parte sino desencadenantes del problema, su relación con la puntuación sintomática, excepto en el caso de los padres, y su poder predictivo son menores. Además genera cierta confusión puesto que la escala de estimación para evaluar la frecuencia es diferente. Tal vez habría sido preferible insertarla por separado al final de la prueba y cumplimentarla después de haber contestado todos los ítems.

La fiabilidad, consistencia interna y estabilidad temporal, de la sintomatología de ansiedad por separación (veinte ítems) fue buena y similar a la del original americano. En el estudio italiano solo se calculó la consistencia interna con la escala

completa (treinta y cuatro ítems), resultando ligeramente superior. Esta diferencia es atribuible a la mayor longitud de la prueba. De forma similar algunas carencias en el Miedo al abandono y, sobre todo, en el Malestar físico se pueden explicar por su brevedad (cinco ítems). Con la excepción de la más reciente *Children's Separation Anxiety Scale*, alguno de los factores de las escalas para evaluar específicamente la ansiedad por separación presentan esta limitación por el mismo motivo. Otro tanto se aprecia en el menor grado de precisión de las subescalas complementarias.

El acuerdo niño-padres fue pobre, ligeramente mejor en el Miedo a la soledad y en las Señales de seguridad, acorde con los datos sobre falta de concordancia de las fuentes (Engel, Rodriguez y Geffken, 1994), tanto en las escalas generales de ansiedad (Baldwin y Dadds, 2007; Birmaher et al., 1997; Muris et al., 1999), como en las específicas de ansiedad por separación (In-Albon et al., 2013).

Esta investigación presenta dos limitaciones principales. La primera es el reclutamiento de muestras, aunque de gran tamaño, exclusivamente escolares que restringe la generalización de los resultados. Es muy pertinente desarrollar un estudio con el objetivo de llevar cabo la validación española de la escala con población clínica. La segunda es que la evaluación con los padres se limitó a la administración de la escala por razones de índole práctica. Futuras investigaciones deberán enfrentar el reto de una evaluación multimétodo más amplia.

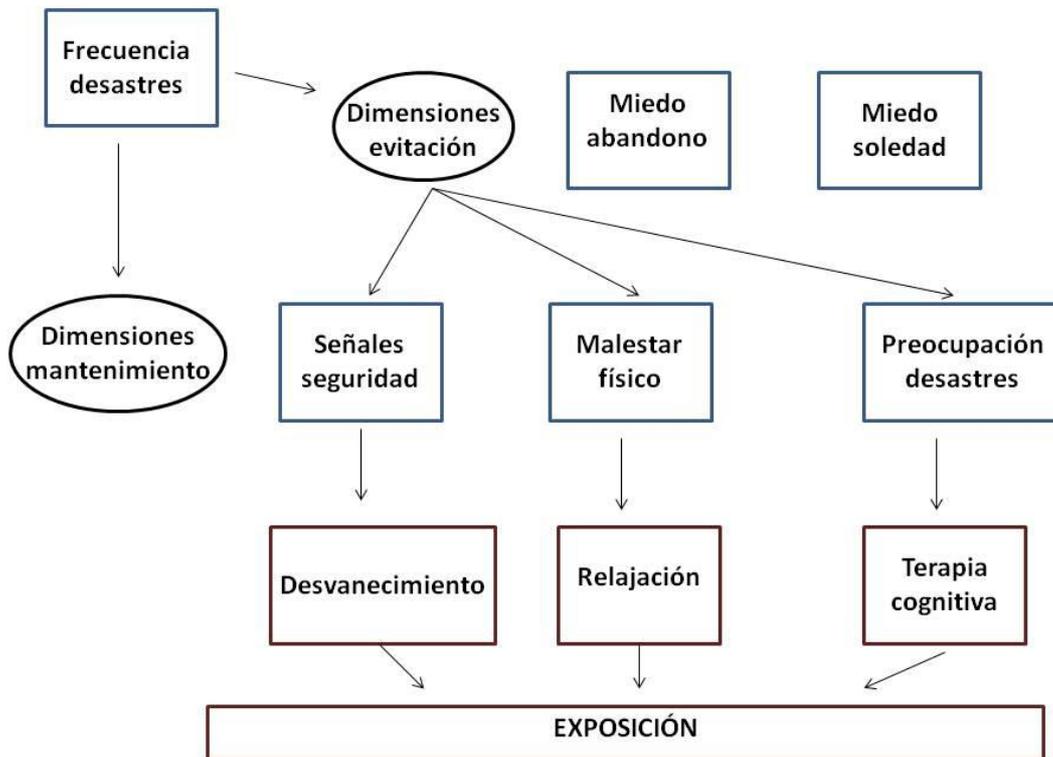
También es interesante realizar estudios distintos a los encaminados a superar los inconvenientes de nuestra investigación. Así, se podría comparar a padres con y sin trastorno de ansiedad por separación para comprobar si hay diferencias en la precisión

de la evaluación y en el acuerdo con el niño, partiendo de la hipótesis de que el sesgo de subestimación de la ansiedad infantil es menor en los padres con TAS por su mayor conciencia del problema o, por el contrario, de la hipótesis de que el trastorno interfiere la valoración y conduce a cometer más errores. Del mismo modo, sería provechoso efectuar estudios transculturales, por ejemplo con población norteamericana y/o italiana, para comprobar si existen diferencias en ansiedad por separación.

En conclusión, este estudio proporciona apoyo empírico a la validez y fiabilidad de la adaptación española de la escala. El psicólogo clínico dispone de un nuevo test para evaluar específicamente la ansiedad por separación en la infancia. La habilidad diagnóstica del instrumento permite confirmar el diagnóstico en el marco de la evaluación multimétodo. La longitud de la prueba es un argumento a favor de su viabilidad y utilidad, pues no es tan breve que omita recoger información relevante sobre el trastorno, pero tampoco es tan extensa que cause fatiga mental disminuyendo la confiabilidad. Desde el punto de vista profesional es una herramienta provechosa porque permite obtener perfiles que sugieren las técnicas más aconsejables en cada caso. Así, si predomina el miedo a la soledad mantenido por el malestar físico y el empleo de estímulos de seguridad, por ejemplo una niña de diez años con miedo a quedarse sola por la noche porque le asusta vomitar o quedarse sin respiración y necesita dormir con la luz encendida, el tratamiento preceptivo es exposición, relajación (respiración diafragmática y visualización mental) y retirada gradual de las señales de seguridad. Si, por el contrario, prevalece el miedo al abandono mantenido por la preocupación que le pase algo malo a la madre cuando está separado de ella, por ejemplo un niño de once años que le obliga a prometer que le recogerá puntual del colegio, que rechaza que le deje en el gimnasio o en otros lugares si no se queda

acompañándole y que si se retrasa necesita llamarla por teléfono para comprobar que está sana y salva, entonces el tratamiento indicado es exposición, terapia cognitiva y desvanecimiento de las conductas de búsqueda de seguridad (figura 7).

Figura 7. Prescripción del tratamiento basada en las dimensiones del TAS según la SAAS



PARTE 2

**PREVENCIÓN ESCOLAR DE LAS DIFICULTADES
EMOCIONALES**

3 Justificación teórica

3.1 Conceptos de prevención y promoción de la salud

Prevención se define como “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo” (Real Academia Española, 2001). En relación a los trastornos psicológicos, la OMS (2004) cita la definición de Mrazek y Haggerty (1994), que entiende que el objeto de la prevención de las enfermedades mentales es "reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, así como reducir el tiempo en el que las personas permanecen con los síntomas o en el grupo de riesgo para desarrollar una enfermedad mental". Por tanto, las intervenciones preventivas se enfocan a la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental con el fin de reducir sus síntomas y prevalencia.

Un concepto relacionado con la *prevención de trastornos mentales*, y que en ocasiones resulta difícil de diferenciar, es la *promoción de la salud mental*. El objetivo de ésta última es promover la salud mental aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y crear condiciones y entornos favorables. Los objetivos de la prevención son distintos a los de la promoción de la salud, mientras que la primera se centra en disminuir la sintomatología y, por consiguiente, la incidencia de los trastornos mentales, la segunda se dirige a potenciar el bienestar de la persona. Sin embargo, la promoción de la salud, como estrategia amplia, puede incluir el objetivo de prevenir los trastornos mentales o puede tener el resultado añadido de disminuir la incidencia de los trastornos mentales; al igual que la prevención puede utilizar estrategias de promoción de salud mental como medio para lograr su objetivo general, es decir, reducir los síntomas y los trastornos. Así, es frecuente encontrar actividades

semejantes en prevención y promoción, ya que ambas se ocupan de mejorar la salud mental y la influencia de los factores de riesgo, no obstante, son enfoques relacionados pero conceptualmente distintos, que producen resultados diferentes aunque complementarios (OMS, 2004).

3.2 Tipos de programas de prevención

Clásicamente se define tres niveles de prevención en base al estado de salud del individuo o del grupo al que se dirige la prevención (Caplan, 1964). La prevención primaria tiene por objetivo evitar la enfermedad o el trastorno en personas sanas, mientras que la prevención secundaria implica detectar precozmente la enfermedad para establecer medidas que impidan su progresión. Por último, la prevención terciaria comprende el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad o trastorno para restablecer la salud o paliar la enfermedad o los síntomas. El problema de la clasificación tradicional es que la prevención secundaria y terciaria se corresponden con intervenciones terapéuticas más que preventivas. Por ello, en sentido estricto solo se considera prevención a la primaria.

Actualmente, la prevención primaria se clasifica en tres tipos de intervenciones: universales, selectivas e indicadas (Mrazek y Haggerty, 1994). Esta clasificación se emplea ampliamente en investigación y está aceptada por la OMS (2004). A continuación se detalla su definición:

- Programas universales: son aquellas intervenciones que tienen como objetivo a toda la población o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado

basándose en el riesgo. Por ejemplo, Lowry-Webster, Barret y Dadds (2001) llevaron a cabo una intervención universal con el programa Friends (Barrett, Lowry-Webster y Turner, 2000a, 2000b), en la que la muestra del estudio estuvo formada por los escolares entre 10 y 13 años procedentes de 7 colegios, con un total de 594 participantes.

- Programas selectivos: son los dirigidos a muestras de sujetos que presentan un factor de riesgo concreto, ya sea biológico, psicológico o social, y por tanto la probabilidad de que desarrollen un trastorno mental es significativamente superior a la media. Un ejemplo de programa selectivo es el estudio de Stolberg y Mahler (1994) dirigido a niños de padres separados o divorciados. La separación de los padres es el factor de riesgo que determinó la selección de los participantes en el estudio.
- Programas indicados: son las intervenciones que seleccionan a los sujetos en base a indicadores iniciales o síntomas de un trastorno, pero que no cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno en ese momento. Gillham et al. (2006) realizaron una prevención indicada con el *Penn Resiliency Program*. En primer lugar realizaron un cribado (*screening*) tras el que seleccionaron a aquellos escolares que presentaron puntuaciones elevadas de ansiedad y depresión, reclutando finalmente 44 escolares.

Tanto los programas selectivos como los indicados se dirigen a la población con riesgo de desarrollar un trastorno psicológico, por lo que comúnmente se denominan *prevención dirigida o específica*. Los programas universales, por el contrario, no se

focalizan en los factores de riesgo, por lo que abarcan una población mayor, por ejemplo, en el caso de la población menor de edad los programas universales alcanzan a niños y adolescentes que tienen limitado el acceso a los servicios sanitarios o que no han sido identificados como de riesgo. Otra ventaja de los programas universales es que decrece o desaparece el impacto del estigma asociado a ser etiquetado como “en riesgo” que ocurre frecuentemente en la prevención dirigida. Sin embargo, como los programas universales se aplican a un número mayor de menores son más costosos de implementar y menos intensivos que las intervenciones selectivas e indicadas (Fisak, Richard y Mann, 2011). Por otro lado, en la prevención dirigida el éxito de la intervención está condicionado por las estrategias de selección, que deben ser seguras, válidas y eficientes, lo que en contextos como la escuela puede resultar difícil o costoso alcanzar (Barrett y Pahl, 2006).

Respecto a los efectos según el tipo de intervención, con los programas universales se obtiene tamaños del efecto pequeños en comparación con la prevención destinada a la población de riesgo, quizás porque existe mayor margen para el cambio en personas que presentan riesgo o síntomas (Neil y Christensen, 2009), o también debido a las diferencias existentes en los niveles iniciales de sintomatología del grupo control, que es más elevada en el caso de la intervención dirigida que en la universal, y suele mostrar aumentos en sus puntuaciones con el tiempo (Horowitz y Garber, 2006). Las características de los programas universales, como el menor número de abandonos o la evitación de la estigmatización, suponen importantes ventajas que pueden determinar su elección (Horowitz y Garber, 2006).

3.3 Programas de prevención escolar para las dificultades emocionales

En el ámbito de las dificultades emocionales los trastornos de ansiedad son los más comunes en población escolar, con una prevalencia de 12,3% en niños de 6 a 12 años y de 11,0% en adolescentes de 13 a 18 años (Costello et al., 2011). Aunque menos frecuente también es significativa la presencia de depresión, con una prevalencia estimada de 2,8% para menores de 13 años y de 5,6% para adolescentes entre 13 y 18 años, 5,9% las chicas y 4,6% los chicos (Costello et al., 2006); incluso hay estudios que informan de cifras más alarmantes: hasta un 20-24% de jóvenes han presentado un episodio depresivo a la edad de 18 años (Lewinsohn et al., 1998). En España, Escriba et al. (2005) informaron de una prevalencia de depresión alta en adolescentes, concretamente del 10,3%, aunque solo el 1,8% presentó sintomatología grave.

En definitiva, la ansiedad y la depresión son las dificultades emocionales más frecuentes e importantes en niños y adolescentes (véase tabla 54). Además, la comorbilidad entre ansiedad y depresión es muy elevada, con cifras que exceden el 50% (Angst, 1996; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler, Nelson, McGonagle y Liu, 1996; Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999; Lewinsohn et al., 1997; Merikangas, Angst, Eaton y Canino, 1996). La ansiedad y depresión son predictores el uno del otro y con frecuencia responden a los mismos tratamientos, lo que ha llevado a tratarlos como partes del mismo síndrome (Costello et al., 2011).

Tabla 54. Prevalencia de ansiedad y depresión en niños y adolescentes

Estudio	N	Edad	Entrevista	Prevalencia (%)		País
				Ansiedad	Depresión	
Costello et al., 2003	1.420	12-16	CAPA	1,5 (12-13 años) 2,1 (14-16 años)	1,5 (12-13 años) 3,2 (14-16 años)	EE.UU
Benjet et al., 2009	3.005	12-17	CIDI	29,8	7,2	Méjico
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009)	Revisión	----	----	----	1,8 (niños) 3,4-5 (adolescentes)	España
Merikangas et al. (2010)	10.123	13-18	CIDI	8,3	11,2	EE.UU.
Kessler et al. (2012)	10.148	13-17	CIDI	24,9	10	EE.UU
Abbo et al. (2013)	1.587	10-19	MINI-KID	26,9 (10-13 años) 29,9 (14-19 años)	---- ----	Uganda

Nota: MINI-KID = *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* (Sheehan et al., 2010); CIDI = *Composite International Diagnostic Interview* (Kessler y Üstün, 2004); CAPA = *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (Angold et al., 1995); CDRS-R = *Children's Depression Rating Scale-Revised* (Poznanski y Mokros, 1996)

Los efectos negativos de estas dificultades emocionales son numerosos. En el niño y adolescente se ve afectado el funcionamiento de su vida social, emocional y académica (Donovan y Spence, 2000). También se asocia con un importante y persistente deterioro funcional en la adultez (Lewinsohn et al., 2003). Elevados síntomas de depresión y ansiedad en la edad escolar suponen un fuerte factor de riesgo de futuros episodios de depresión, ansiedad y conductas suicidas en la edad adulta (Fergusson et al., 2005). Además, es significativa la carga económica y social que estas problemáticas conllevan para la comunidad (OMS, 2001). Por todo ello resulta apremiante la realización de intervenciones efectivas en estos trastornos y, dadas sus características de cronificación y recurrencia, es adecuado que las intervenciones se dirijan al comienzo de los mismos, que frecuentemente son localizados en la infancia y adolescencia. Concretamente el inicio de los trastornos de ansiedad se sitúa durante la niñez o adolescencia, mientras que el inicio de los trastornos del estado de ánimo se sitúa en la adolescencia o los primeros años de la edad adulta (Roza, Hofstra, Van der Ende y Velhurst, 2003). Por lo que una prevención dirigida al inicio de ambas problemáticas se situaría en los primeros años de la adolescencia (12-13 años).

El interés por el desarrollo de programas efectivos de prevención de la ansiedad y la depresión en la infancia y adolescencia se ha incrementado enormemente en las últimas décadas, en comparación con aproximaciones más tradicionales como el tratamiento. Hay un gran número de razones para este creciente foco de atención. Entre ellas, la investigación sugiere que en el tratamiento es frecuente el abandono o casos que no responden adecuadamente a él, con frecuencia porque se ofrece demasiado tarde y el trastorno se encuentra muy arraigado (Donovan y Spence, 2000). También es común en niños que, a pesar de haber sido tratados en ansiedad y depresión, exista un

alto riesgo de desarrollar un nuevo trastorno (Last, Perrin, Hersen y Kazdin, 1996). Otra razón es la accesibilidad, ya que el tratamiento puede no ser recibido por niños o adolescentes que sufren trastornos de ansiedad y depresión, debido a no estar diagnosticados o a causa del limitado acceso o recursos de los servicios de salud; mientras que los programas de prevención pueden llegar a poblaciones más desatendidas e inaccesibles y facilitar la identificación de los escolares en riesgo (Fisak et al., 2011). Por todo ello, la prevención en ansiedad y depresión en niños y adolescentes es la medida de intervención de elección actualmente, proliferando los estudios basados en la evidencia que persiguen ofrecer datos sobre su eficacia para reducir los síntomas.

Aunque muchas intervenciones se orientan exclusivamente a la prevención de la ansiedad o la depresión, es frecuente que estos estudios incluyan medidas de evaluación del otro trastorno y se obtengan resultados positivos (Ahlen, Breitholtz, Barrett y Gallegos, 2012; Barrett, Lock y Farrell, 2005; Caelear, Christensen, Mackinnon, Griffiths y O’Kearney, 2009; Lock y Barrett, 2003; Lowry-Webster, Barrett y Lock, 2003; Manassis et al., 2010; Roberts, Kane, Bishop, Matthews y Thomson, 2004; Roberts, Kane, Thomson, Bishop y Hart, 2003)

Además, en ocasiones en la bibliografía se encuentra que un mismo programa de intervención es definido con el objetivo principal de prevención de la depresión, la ansiedad o ambos según el estudio. Por ejemplo el programa *MoodGYM* se define en el estudio de Caelear et al. (2009) como una intervención de prevención de la depresión y ansiedad, mientras que en el estudio de O’Kearney, Kang, Christensen y Griffiths

(2009) se describe como programa de prevención de la depresión, sin hacer referencia a la ansiedad ni incluir medidas que la evalúen.

Por tanto, la prevención conjunta de las principales dificultades emocionales de niños y adolescentes (ansiedad y depresión) supone amplios beneficios y se justifica por la alta comorbilidad entre ambas, el gran factor de riesgo que supone cualquiera de las problemáticas sobre la otra, así como las estrategias comunes de la terapia cognitivo-conductual que comparten. De hecho, aunque los estudios presentan algunas características diferenciales tanto para ansiedad como depresión (p. ej., número de sesiones, estrategias, actividades, edad a la que va dirigida, etc.), la mayoría se enmarcan en la aproximación cognitivo-conductual. En concreto, las estrategias más frecuentes de los programas de prevención de ansiedad y depresión con niños y adolescentes son la psicoeducación, la terapia cognitiva, y la resolución de problemas, usadas entre un 63-75% de las intervenciones (Boustani et al., 2015).

3.4 Revisión de programas de prevención escolar para ansiedad y depresión en escolares en la pubertad

La adolescencia se considera una edad crítica en la cual los trastornos mentales tienen un alto riesgo de originarse y manifestarse (Corrieri et al., 2013). Su edad de inicio y rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio cerca de los 12-13 años y su finalización a los 18-19 (Cromer, 2011).

Para las intervenciones cuyos objetivos son tanto la ansiedad como la depresión deben implementarse al inicio de la adolescencia, puesto que es la edad común de formación de ambos trastornos. Por tanto, sólo se revisa los estudios empíricos controlados de los programas de prevención de la ansiedad y/o la depresión dirigidos a escolares, que se hayan el pubertad y/o en la adolescencia temprana (tabla 55).

Algunos programas incluyen sesiones dirigidas a los padres, sin embargo, las intervenciones llevadas a cabo exclusivamente con ellos no se revisan. Por otro lado, se excluyen los programas de intervención con muestra diagnosticada y los programas de “intervención temprana”, que se categorizan mejor como “tratamiento” que como “prevención” (Fisak et al., 2011).

La revisión incluyó los estudios originales y los meta-análisis sobre ansiedad y depresión con adolescentes (Brunwasser, Gillham y Kim, 2009; Callear y Christensen, 2010; Corrieri et al., 2013; Fisak et al., 2011; Horowitz y Garber, 2006; Neil y Christensen, 2009; Spence y Shortt, 2007). El tamaño del efecto se calculó mediante el estadístico d (Cohen, 1988), que se interpreta de la siguiente forma: valores positivos comprendidos entre 0,20 y 0,49 significan que el efecto de la prevención ha sido pequeño, entre 0,50 y 0,79 medio y 0,80 o más equivale a una magnitud grande.

Posteriormente se analizan si hay resultados significativos en ansiedad y depresión en los estudios de prevención universal que incluyen las edades de la pubertad y/o la adolescencia temprana (tablas 56 y 57).

Tabla 55. Eficacia de los programas de prevención escolar para la ansiedad y la depresión que incluyen escolares de 12 y/o 13 años

Programa	Estudio	N	Edad	Tipo	<i>d</i> Postest	<i>d</i> Seguimiento (n° meses)
	Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman (1994); Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman (1995)	143	10-13	I	0,18 (depresión)	0,32 (6); 0,20 (36) (depresión)
	Pattison y Lynd-Stevenson (2001)	66	9-12	U	0,08–0,28 (ansiedad) -0,13–0,05 (depresión)	-0,24–0,38 (8) (ansiedad) 0,25–0,41 (8) (depresión)
	Quayle, Dziurawiec, Roberts, Kane y Ebsworthy (2001)	47	11-12	U	-0,62 (depresión)	0,62 (6) (depresión)
Penn Resiliency Program	Yu y Seligman (2002), estudio 3	220	8-15	I	0,25 (depresión)	0,33 (3); 0,39 (6) (depresión)
	Cardemil, Reivich y Seligman, (2002); Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman y James (2007) estudio 1: latino	48	10-12	S	0,59 (depresión)	0,79 (3); 0,69 (6); 0,61 (12); 0,61 (24) (depresión)
	Cardemil et al., (2002); Cardemil et al. (2007) estudio 2: afro-americano	103	10-12	S	0,12 (depresión)	---- ^a (3); -0,06 (6); -0,10 (12); ---- ^a (24) (depresión)

	Roberts et al. (2003), Roberts et al. (2004)	179	11-13	I	0,2 (ansiedad) 0,05 (depresión)	0,24 (6); 0,42 (30) (ansiedad) 0,07 (6); 0,35 (30) (depresión)
	Chaplin et al. (2006)	208	11-14	U	0,42 (depresión)	----
	Gillham et al. (2007)	697	11-14	U	0,14 (depresión)	0,07 (6); 0,16 (12); 0,11 (18); 0,27 (24); 0,31 (30); 0,37 (36) (depresión)
	Gillham et al. (2012)	408	10-15	U	0,16 (ansiedad) 0,20 (depresión)	0,08 (6) (ansiedad) 0,03 (6) (depresión)
	Dadds et al., (1997); Dadds et al. (1999)	128	7-14	I	0,22 (ansiedad)	0,22 (6) (ansiedad)
	Barret y Turner (2001)	489	10-12	U	0,32 (ansiedad) -0,30 (depresión)	----
	Barret, Sonderegger y Sonderegger (2001)	204	7-19	U	0,32 (ansiedad)	----
Friends	Lowry-Webster et al. (2001); Lowry-Webster et al. (2003)	594	10-13	U	0,45 (ansiedad) 0,30 (depresión)	0,53 (12) (ansiedad) 0,33 (12) (depresión)
	Barret, Sonderegger y Xenos (2003)	320	6-19	U	0,51 (ansiedad)	0,49 (6) (ansiedad)
	Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick	638	9-12	U	0,20 (ansiedad) 0,38 (depresión)	0,47 (6); 0,68 (12) (ansiedad) 0,49 (6); 0,64 (12) (depresión)

	(2012)					
	Gallegos, Linan-Thompson, Stark y Ruvalcaba (2013)	1030	8-13	U	0,09 (ansiedad) 0,28 (depresión)	0,10 (6) (ansiedad) 0,10 (6) (depresión)
	Clarke et al. (2001)	94	13-18	I	0,41 (depresión)	0,47 (15); 0,04 (24) (depresión)
	Garber et al. (2009); Beardslee et al. (2013)	316	13-17	I+S	0,31 (depresión)	0,31 (9) (depresión)
Adolescent Coping with Stress Course	Horowitz, Garber, Ciesla, Young y Mufson (2007)	281	M=14,43	U	0,37 (depresión)	0,22 (6) (depresión)
	Horowitz et al. (2007)	268	M=14,43	U	0,26 (depresión)	0,05 (6) (depresión)
Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training	Young, Mufson y Davies (2006)	41	11-16	I	1,35 (depresión)	0,96 (3); 1,00 (6) (depresión)
	Young, Mufson, y Gallop (2010)	57	13-17	I	0,81 (depresión)	0,51 (6); 0,33 (12); 0,17 (18) (depresión)
Problem Solving for Life Program	Spence, Sheffield y Donovan, (2003, 2005)	1500	12-14	U	0,29 (depresión)	0,06 (12); 0,03 (24); 0,10 (36); 0,05 (48) (depresión)
	Sheffield et al. (2006)	1487	13-15	U, I,U+I	U = 0,08 I = 0,14 U+I = 0,13 (depresión)	U = -0,08 (6); -0,02 (18) I = -0,02 (6); -0,14 (18) U+I = -0,04 (6); -0,08 (18) (depresión)

	Shochet et al. (2001)	260	12-15	U	0,39 (depresión)	0,25 (10) (depresión)
Resourceful Adolescent Program y su adaptación a Nueva Zelanda	Merry, McDowell, Wild, Bir y Cunliffe (2004)	364	13-15	U	0,02 (depresión)	-0,13 (6); 0,04 (12); 0,05 (18) (depresión)
	Harnett y Dadds (2004)	212	13-14	U	0,18 (ansiedad) 0,02 (depresión)	0,05 (12); 0,14 (36) (ansiedad) 0,01 (12); 0,07 (36) (depresión)
LISA-T y LARS & LISA	Pössel, Horn, Groen y Hautzinger (2004);	347	13-14	U	0,49 (depresión)	0,42 (3); 0,48 (6) (depresión)
	Pössel, Baldus, Horn, Groen y Hautzinger (2005)					
	Pössel, Seemann y Hautzinger (2008)	301	13-14	U	0,03 (depresión)	0,06 (6) (depresión)
	Roosa, Gensheimer, Short, Ayers y Shell (1989)	81	9-13	S	0,41 (depresión)	----
Stress inoculation program	Kiselica, Baker, Thomas y Reedy (1994)	48	13-14	I	0,91 (ansiedad)	----
Mejora del Autoconcepto	Mestre y Frías (1996)	241	11-14	U	-0,01 (ansiedad) 0 (depresión)	----

--	Beardslee et al. (1997)	52	8-15	S	0,20 (depresión)	0,42 (18) (depresión)
Programa de Afrontamiento de Problemas Emocionales en Adolescentes	Olmedo, Del Barrio y Santed (2003)	225	12-16	U	0,30 (ansiedad)	0,39 (5) (ansiedad)
					0,46 (depresión)	0,29 (5) (depresión)
MoodGYM	Calear et al. (2009)	1477	12-17	U	0,15 (ansiedad) 0,15 (depresión)	0,17 (6) (ansiedad) 0,13 (6) (depresión)
CAPS	Ginsburg (2009)	40	7-12	S	0,15 (ansiedad)	0,15 (12) (ansiedad)
Feelings Club	Manassis et al. (2010)	145	8-12	I	0,06 (ansiedad) 0,01 (depresión)	0,06 (12) (ansiedad) -0,12 (12) (depresión)
Aussie Optimism	Roberts et al. (2010)	496	12-13	U	-0,19 (ansiedad) -0,14 (depresión)	0 (6); -0,17 (18) (ansiedad) -0,12 (6) ; -0,05 (18) (depresión)
Beyond Blue	Sawyer, Harchak, et al. (2010); Sawyer, Pfeiffer, et al. (2010)	3512	13-14	U	-0,03 (depresión)	0 (12); 0 (24) (depresión)

Nota: I = Indicado, U = Universal, S= Selectivo.

^aNo hubo diferencias significativas entre GE y GC. El estudio no informa del *d* ni se proporciona datos para su cálculo. Sin embargo, en el meta-análisis Brunwasser et al. (2009) informan de algunos de los *d* del seguimiento ya que contactaron con los autores para obtener la información necesaria.

Tabla 56. Estudios de prevención universal de los trastornos de ansiedad que incluyen escolares de 12 y/o 13 años

Estudio	N	Edad	Auto-informe	Mejoría significativa		Observación
				Post	Seguimiento	
Mestre y Frías (1996)	241	11-14	STAIC	✗	----	
Barret et al. (2001)	204	7-19	RCMAS	✓	----	Emigrantes
Barret y Turner (2001)	489	10-12	RCMAS; SCAS	✓	----	
Pattison y Lynd-Stevenson (2001)	66	9-12	STAIC	✗	✗	
Lowry-Webster et al. (2001); Lowry-Webster et al. (2003)	594	10-13	SCAS; RCMAS	✓	✓	
Barret et al. (2003)	320	6-19	RCMAS	✓	✓	Emigrantes
Olmedo et al. (2003)	225	12-16	STAIC	✓	✓	
Harnett y Dadds (2004)	212	13-14	RCMAS	✗	✗	Chicas
Calear et al. (2009)	1477	12-17	RCMAS	✓	✓	
Roberts et al. (2010)	496	12 -13	RCMAS	✗	✗	Colegios desfavorecidos
Essau et al. (2012)	638	9-12	SCAS; RCADS	✗	✓	
Gillham et al. (2012)	408	10-15	RCMAS	✗	✗	
Gallegos et al.(2013)	1030	8-13	SCAS	✗	✗	

Nota: ✓ = Diferencias significativas positivas entre GE y GC; ✗ = No diferencias significativas, o diferencias negativas, entre GE y GC; STAIC = *State-Trait Anxiety Inventory for Children*; RCMAS = *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*; SCAS = *Spence Children's Anxiety Scale*; RCADS = *Revised Child Anxiety and Depression Scale*.

Tabla 57. Estudios de prevención universal de los trastornos del estado de ánimo que incluyen escolares de 12 y/o 13 años

Estudio	N	Edad	Auto-informe	Mejoría significativa		Observación
				Post	Seguimiento	
Mestre y Frías (1996)	241	11-14	CDI	✗	----	
Barrett y Turner (2001)	489	10-12	CDI	✗	----	
Lowry-Webster et al. (2001); Lowry-Webster et al. (2003)	594	10-13	CDI	✗	✓	
Pattison y Lynd-Stevenson (2001)	66	9-12	CDI	✗	✗	
Quayle et al. (2001)	47	11-12	CDI	✗	✓	
Shochet et al. (2001)	260	12-15	CDI RADS	✓	✓	
Olmedo et al. (2003)	225	12-16	CDI-S	✓	✓	
Spence et al. (2003, 2005)	1500	12-14	BDI	✓	✗	
Merry et al. (2004)	364	13-15	BDI RADS	✓	✗	Tres seguimientos (6, 12 y 18 meses), a los 18 dif. sig. con RADS, pero no con BDI.
Harnett y Dadds (2004)	212	13-14	RADS	✗	✗	Chicas
Pössel et al. (2004); Pössel et al. (2005)	347	13-14	CES-D	✓	✓	

Chaplin et al. (2006)	208	11-14	CDI	✓	✗	
Sheffield et al. (2006)	1487	13-15	CDI CES-D	✗	✗	
Gillham et al. (2007)	697	11-14	CDI	✗	✗	
Horowitz et al. (2007)	380	M = 14.43 (Rango NR)	CDI CES-D	✓	✗	
Pössel et al. (2008)	301	13-14	SBB-DES	✗	✗	
Calear et al. (2009)	1477	12-17	CES-D	✗	✗	Dif. sig. con los chicos
Roberts et al. (2010)	496	12 -13	CDI	✗	✗	Colegios desfavorecidos
Sawyer, Harchak, et al. (2010); Sawyer, Pfeiffer et al. (2010)	3512	13-14	CES-D	✗	✗	
Essau et al. (2012)	638	9-12	RCADS	✗	✓	
Gillham et al. (2012)	408	10-15	CDI	✓/✗	✗	Postest: si dif. sig. grupo “adolescentes”, no dif. sig. grupo “adolescentes + padres”
Gallegos et al. (2013)	1030	8-13	CDI	✓	✗	

Nota: ✓ = Diferencias significativas positivas entre GE y GC; ✗ = No diferencias significativas, o diferencias negativas, entre GE y GC; CDI = *Children's Depression Inventory*; RADS = *Reynolds Adolescent Depression scale*; CDI-S = *Children Depression Inventory - Short Form*; BDI = *Beck Depression Inventory*; CES-D = *Center for Epidemiological Studies Depression*; SBB-DES = *Self-Report Questionnaire – Depression*; RCADS = *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; NR = No Reportado.

3.4.1 Programa de Resiliencia de Pensilvania (PRP)

El Programa de Resiliencia de Pensilvania (*Penn Resiliency Program*; PRP; Gillham, Reivich y Jaycox, 2008) es uno de los programas de prevención de la depresión más ampliamente estudiados y que más estudios se incluyen en esta revisión (véase tabla 55).

Desde su estudio inicial (Gillham et al., 1995) se le ha denominado de diferentes maneras como *Penn Prevention Program*, *Penn Optimism Program*, *Penn Program* y *Depression Prevention Program*, siendo la denominación de PRP la más actualmente aceptada (Brunwasser et al., 2009).

El PRP es un programa que incluye la aproximación cognitivo-conductual y la resolución de problemas sociales. Está destinado a adolescentes entre 10 y 14 años, y consiste en 12 sesiones, descritas a continuación (Gillham y Reivichi, 2007):

- Sesiones 1-5: reestructuración cognitiva. Se trabaja la detección de pensamientos automáticos pesimistas, la evaluación de su exactitud y la generación de interpretaciones alternativas más optimistas.
- Sesión 6: asertividad y negociación. Se practica la asertividad con rol-playing y el uso de habilidades de negociación.
- Sesión 7: estrategias de afrontamiento. Se enseñan estrategias de relajación (muscular, control de la respiración y visualización de imágenes positivas)
- Sesión 8: entrenamiento en habilidades sociales y metas graduadas. Se profundiza principalmente en postergación o aplazamientos de proyectos y en

cómo convertirlos en adecuados pequeños pasos. También se trabaja las habilidades y los pensamientos automáticos en relación a conocer gente nueva.

- Sesión 9: Toma de decisiones y revisión de sesiones previas. Se recuerda lo aprendido y se trabaja en la toma de decisiones.
- Sesión 10: Resolución de problemas. Se enseñan los pasos a seguir en la resolución de problemas y se practican.
- Sesiones 11 y 12. Consolidación de resolución de problemas y revisión del programa.

En el meta-análisis de Brunwasser et al. (2009) se revisan 17 estudios del programa PRP donde el efecto en depresión varía de pequeño a grande. La media del efecto del programa PRP fue pequeña tanto para las post-intervención ($d = 0,11$) como el seguimiento ($d = 0,20$). Cuando el programa PRP es comparado con condiciones de control activas el efecto fue nulo en todas las evaluaciones.

Respecto a problemas comórbidos a la depresión, como la ansiedad, pocos estudios de PRP la han evaluado (Brunwasser et al. 2009) y sólo 4 estudios evidencian mejoras en este trastorno (Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2012; Jaycox et al., 1994; Roberts, et al. 2003). En la revisión sólo se incluye una intervención de estas 4 (Roberts et al., 2003) que informa de efectos en reducción de síntomas de ansiedad y, sin embargo, no hubo efectos en depresión hasta los 30 meses (Roberts, 2004).

En resumen, el programa PRP es una intervención ampliamente estudiada con efectos positivos, aunque variables entre estudios.

3.4.2 Programa Amigos (Friends)

El programa Amigos (*Friends for Children*; Barrett et al., 2000a, 2000b), más conocido en la bibliografía por *Friends*, se originó a partir de programa *Coping Koala* (Barrett, Dadds y Rapee, 1996), el cual es la adaptación australiana del programa *Coping Cat* de Kendall (1994).

El programa Friends consiste en enseñar a los niños habilidades y técnicas que les ayuden a hacer frente y manejar la ansiedad (Barrett y Turner, 2001). La intervención integra elementos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y del enfoque interpersonal. Entre los componentes de la TCC se incluyen estrategias de relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, autorrecompensas y prevención de recaídas. La aproximación interpersonal incluye establecimiento de una red de apoyo social y la gestión de conflictos. El programa supone 10 sesiones de periodicidad semanal más 2 sesiones de refuerzo (al mes y a los 3 meses) al finalizar el programa, así como 4 sesiones psicoeducacionales para padres.

La palabra “FRIENDS” es un acrónimo que ayuda a los participantes a recordar los pasos a seguir para manejar la ansiedad: 1) F = *Feeling worried?* (¿estás preocupado?), 2) R = *Relax and feel good* (Relájate y siéntete bien), 3) I = *Inner thoughts* (pensamientos internos), 4) E = *Explore plans of action* (explorar planes de acción), 5) N = *Nice work, reward yourself* (buen trabajo, prémiate), 6) D = *Don't forget to practice* (no olvides practicar), y 7) S = *Stay calm, you know how to cope* (mantén la calma, ya sabes cómo hacerle frente).

Existe un manual para el aplicador del programa (Barrett et al., 2000a) que describe los objetivos y estrategias de cada sesión, los ejercicios específicos y sus resultados esperados. Los participantes reciben cada uno el cuadernillo de trabajo (Barrett et al., 2000b) donde aplican las habilidades que se les enseñan a su propia situación. Para generalizar el aprendizaje a los participantes se les asigna en cada sesión tareas para casa que deben traer hechas para la siguiente sesión.

El programa Friends dispone de versiones para 4-7 años (*Fun Friends*), 8-11 años (*Friends for Life*) y de 12-15 (*My Friends*)

En la revisión realizada encontramos que se ha investigado principalmente los efectos en prevención de ansiedad del programa Friends, encontrándose efectos de nulos a moderados (Barrett y Turner, 2001; Barrett et al., 2001; Barrett et al., 2003; Dadds et al., 1999; Dadds et al., 1997; Essau et al., 2012; Lowry-Webster et al., 2001; Lowry-Webster et al., 2003). Solo algunos estudios evalúan los efectos en depresión, encontrándose desde pequeños efectos beneficiosos (Gallegos et al., 2013; Lowry-Webster et al., 2001; Lowry-Webster et al., 2003) a pequeños efectos negativos (Barrett y Turner, 2001). Podríamos concluir que, si bien el programa Friends se muestra efectivo para la prevención de ansiedad, sus efectos son mixtos para la depresión, resultando necesario mayor investigación en este aspecto.

3.4.3 Curso de Afrontamiento para el Estrés de Adolescentes

El Curso de Afrontamiento para el Estrés de Adolescentes (*Adolescent Coping with Stress Course*; Clarke y Lewinsohn, 1995) es una versión abreviada dirigida a la prevención de la depresión procedente del programa del tratamiento Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes (*Adolescent Coping with Depression Course*; Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990).

La intervención está dirigida a adolescentes con padres depresivos que presentan altos síntomas en el trastorno y consta de 15 sesiones de una hora en grupos de 6 a 10 participantes. Los adolescentes son enseñados en identificar pensamientos irracionales, con un especial foco en los relacionados con tener un padre y/o madre depresiva. También incluye solución de problemas, relajación, asertividad, incremento de las actividades agradables, y habilidades sociales (Garber et al., 2009). Los padres también acuden a sesiones donde se les informan de los temas principales y las habilidades que serán enseñadas a sus hijos.

Los efectos de la intervención de Clarke et al. (2001) con 94 participantes fueron casi moderados al finalizar el programa y al año de éste, sin embargo desaparecieron a los 2 años de la intervención.

Garber et al (2009) aplicaron el programa adaptado a 8 sesiones, y los efectos encontrados fueron menores, pero estables a los 9 meses (Beardslee et al., 2013). Mejores resultados encontraron Horowitz et al. (2007) en la versión de 8 sesiones, donde el efecto fue alto para la muestra en riesgo, aunque bajo en la prevención universal. Sin embargo, para ambas muestras fue pequeños en fue seguimiento.

3.4.4 Psicoterapia Interpersonal-Entrenamiento de Habilidades en Adolescentes (IPT-AST)

El programa de prevención Psicoterapia Interpersonal-Entrenamiento de Habilidades en Adolescentes (*Interpersonal Psychotherapy-Adolescentes Skills Training*; IPT-AST; Young y Mufson, 2003), conocido por los adolescentes como Charla de Adolescentes (*Teen Talk*), es una intervención grupal basado en la psicoterapia interpersonal para adolescentes deprimidos (IPT-A) (Mufson, Dorta, Moreau y Weissman, 2011). Esta terapia fue adaptada a una intervención preventiva por sus adecuados resultados en tratamiento, y porque se encuentra dirigida directamente a la intervención de los factores de riesgo y a la promoción de factores de protección en el desarrollo de la depresión (Young et al., 2006).

Con el IPT-AST se trabajan tres áreas interpersonales problemáticas:

- 1) Disputas de rol interpersonal, que ocurren cuando existe una relación conflictiva entre el adolescente y otra persona,
- 2) Transiciones interpersonales, que ocurren cuando el adolescente presenta dificultades para adaptarse a un nuevo medio, y
- 3) Déficits interpersonales, que trabajan las carencias en habilidades sociales para iniciar y mantener relaciones que presenta el adolescente.

El programa comienza con dos sesiones individuales, donde el monitor conoce al adolescente, explica el programa y realiza la evaluación individualizada del participante. Posteriormente se llevan a cabo ocho sesiones grupales de 90 minutos semanales con un tamaño del grupo de 3 a 7 adolescentes (Young et al., 2006). Las sesiones 1-3 grupales están centradas en la psicoeducación, donde se incluye

información sobre prevención, depresión y la relación entre las interacciones interpersonales y los estados de ánimo. Las sesiones de 4-6 se centran en aplicar las habilidades aprendidas en la primera fase a las situaciones individuales de los miembros del grupo, para ello es frecuente el uso del rol-playing en estas sesiones. Las dos últimas sesiones (sesiones 7 y 8) se centra en trabajar la competencia en los problemas personales así como enseñarles a hacer frente a las situaciones difíciles. El monitor revisa las estrategias aprendidas y muestra la forma de generalizar lo aprendido.

Los estudios con IPT-AST realizados en adolescentes que presentan altos síntomas depresivos muestran efectos en la post-intervención elevados, que desaparecen en el seguimiento (Horowitz et al., 2007; Young et al., 2006; Young et al., 2010).

En prevención universal los efectos son pequeños, y también desaparecen a largo plazo. Cuando los resultados de IPT-AST son comparados con los de una intervención cognitiva-conductual más tradicional no se encuentran diferencias significativas (Horowitz et al., 2007).

Los datos indican que el programa resulta beneficioso especialmente para adolescentes con síntomas depresivos, en concreto tras la intervención, aunque resulta necesario investigaciones con mayor número de participantes, ya que los 2 estudios que reportaron mayores efectos presentaban un tamaño muestral de 41 y 57 adolescentes (Young et al., 2006; Young et al., 2010).

3.4.5 Programa de Resolución de Problemas para la Vida (PSFL)

El Programa de Resolución de Problemas para la Vida (*Problem Solving For Life program*; PSFL; Spence et al., 2003) está diseñado para la prevención de la depresión en adolescentes de 12-14 años. El PSFL consiste en 8 sesiones de 45 minutos, una por semana, e integra dos enfoques principales: reestructuración cognitiva y resolución de problemas. Desde el enfoque cognitivo, el programa PSFL enseña a los participante a identificar sus pensamientos y sentimientos y a reestructurar aquellos pensamientos irracionales que puedan tener. Desde la otra principal aproximación, el PSFL enseña a resolver problemas desde una orientación positiva que fomenta la visión optimista de la vida.

Las sesiones del programa son interactivas e implican tanto explicación por parte del monitor del programa como actividades de grupos. Se utilizan diferentes materiales, como pizarras, libros, transparencias, carteles, dibujos animados, y rompecabezas que promueven el aprendizaje. Los participantes usan diarios donde deben hacer un seguimiento de sus pensamientos y sentimientos.

La aplicación del programa PSFL fue llevada a cabo por profesores para estudiar el efecto bajo condiciones “reales” del programa. El estudio contó con una amplia muestra de 1500 participantes y, tras la intervención, se encontró una disminución de síntomas depresivos en escolares de alto riesgo, con un tamaño del efecto bajo. Sin embargo no hubo efectos en el seguimiento (Spence et al., 2003, 2005).

De igual forma, el estudio de Sheffield et al. (2006) con una amplia muestra tampoco encontró efectos en la implementación del programa PSFL por profesores. En

concreto este estudio evaluó las diferencias entre una aplicación universal, indicada (los escolares con altas puntuaciones recibían el programa en pequeños grupos y la duración de las sesiones era mayor), combinada (los sujetos primero asisten a la aplicación del programa de forma universal y, posteriormente, a la aplicación del programa de forma indicada), y la no intervención. Ninguna de las intervenciones estudiadas difirió del grupo control. A pesar de estos desoladores resultados, debe tenerse presente que podrían estar relacionados con algunas limitaciones del estudio, por ejemplo que el entrenamiento en 6 horas de los profesores para aplicar el programa fue insuficiente. Resulta apremiante repeticiones de los estudios que resuelvan las principales limitaciones presentadas.

3.4.6 Programa de Recursos para Adolescentes (RAP)

Tanto el Programa de Recursos para Adolescentes (*Resourceful Adolescent Program*; RAP; Shochet, Holland y Whitefield, 1997a) como su adaptación en Nueva Zelanda (RAP-Kiwi) son dirigidos a la prevención universal de depresión de adolescentes de 12 a 16 años. El programa RAP supone 11 sesiones de 50 minutos aproximadamente, que debe ser implantado en pequeños grupos de 6 a 16 escolares. Sus componentes son principalmente la técnicas cognitivo-conductuales y la terapia interpersonal. Como en otros programas también existe un manual para los monitores y un cuaderno de trabajo para los participantes (Shochet et al., 1997a, 1997b).

A continuación se describen brevemente las 11 sesiones:

1. Conocerse: el objetivo es crear confianza entre los miembros del grupo y establecer relaciones.
2. Construcción de la autoestima: se trabaja el concepto de autoestima y se exploran las fortalezas personales.
3. Introducción al modelo RAP: se explora la relación entre el comportamiento, los síntomas del cuerpo, el diálogo interno y las emociones. También se introducen los conceptos de “riesgos” y de “recursos”.
4. Mantener la calma: se analizan las señales del cuerpo relacionadas con los sentimientos positivos y negativos. Además se trabaja las estrategias de relajación y manejo del estrés e ira.
5. Diálogo interior: relación y efecto de los pensamientos en los sentimientos y comportamientos. Se trabajan habilidades de reestructuración cognitiva
6. Pensando con habilidad: se continúa con la sesión 5 reestructurando los pensamientos negativos de riesgo en pensamientos más positivos.
7. Búsqueda de soluciones: se muestra el esquema de resolución de problemas y su aplicación a situaciones interpersonales.
8. Acceso a redes de apoyo: identificación y desarrollo de apoyo social para los buenos y malos momentos.
9. Tener en cuenta la perspectiva del otro: desarrollar habilidades de identificación de los síntomas corporales, pensamientos y emociones de otra persona en una situación interpersonal.
10. Mantener y hacer la paz: se muestran estrategias para prevenir o solucionar conflictos
11. Todo junto: revisión de los contenidos de los programas y la celebración.

Además de la intervención directamente con los adolescentes también incluye intervención con la familia (RAP-P), centrado en la prevención de conflictos y aumento de armonía, y los profesores (RAP-T), para ayudarlo a promover conectividad/vínculo escolar (Shochet, 2014).

Si bien el programa RAP del estudio de Shochet et al. (2001) obtiene efectos positivos de tamaño pequeño-medio tras la intervención, y pequeños en el seguimiento; el de Harnett y Dadds (2004), impartido por profesores y realizado solo con chicas, no obtuvo ningún resultado beneficioso. La adaptación en Nueva Zelanda tampoco encontró ningún efecto en ninguna de las medidas realizadas, incluso obtiene pequeños efectos negativos a los 6 meses. Los resultados mixtos de la aplicación del programa RAP indican la necesidad de replicar los estudios para poder establecer conclusiones.

3.4.7 LARS & LISA

El programa universal para la prevención de la depresión LARS & LISA (Pössel et al., 2004) es la versión mejorada del programa anterior LISA-T (Pössel et al., 2005; Pössel et al., 2004) y está basado en el modelo del procesamiento de la información de Dodge (1993) que destaca el papel de los aspectos cognitivos en la psicopatología infantil. Por ello, utiliza los métodos de la TCC principalmente. El programa se imparte en colegios y comprende 10 sesiones de 1,5 horas cada una que se estructuran de la siguiente forma:

- Sesiones 1 y 2: se trabaja la relación entre cognición, emoción y comportamiento

- Sesiones 3, 4 y 5: se encuentran dirigidas a la detección y cambio de cogniciones disfuncionales.
- Sesiones 6 y 7: entrenamiento en asertividad
- Sesiones 8 y 9: entrenamiento en competencia social
- Por último LARS & LISA incluye una sesión dirigida a trabajar la motivación, donde se establecen los planes de acción a corto plazo necesarios para lograr los objetivos que se propongan. Esta sesión supone la mejora principal respecto al programa anterior LISA-T.

En el programa se puede distinguir dos partes: una más cognitiva y otra más social. La parte cognitiva está diseñada para disminuir los pensamientos disfuncionales y aumentar los funcionales, que se espera que ayude a los adolescentes a mostrar menos tristeza, menos ira y mayor satisfacción/placer, incluso con experiencias estresantes, como la escuela y el rechazo social. Además esperan que la autoeficacia de los alumnos en interacciones sociales aumente a medida que desarrollan pensamientos más funcionales.

Por otro lado, la parte social del programa incluye asertividad y habilidades sociales a través de rol-playing dirigidas a desarrollar y mantener las redes sociales de los adolescentes.

La aplicación del programa previo, LISA-T, obtuvo resultados moderados tras la intervención y el seguimiento (Pössel et al., 2005; Pössel et al., 2004), por ello debería ser de esperar que el programa mejorado, LARS & LISA, obtuviera similares o mejores resultados, sin embargo, contrariamente a lo esperado, no hubo efectos tras la

intervención ni en el seguimiento a los 6 meses (Pössel et al., 2008). Estas incongruencias requieren de nuevas aplicaciones de ambas versiones del programa para poder establecer conclusiones.

3.4.8 Otros programas

3.4.8.1 Programa de inoculación de estrés (SIT)

El Programa de inoculación de estrés (*Stress inoculation program*, SIT; Meichenbaum y Deffenbacher, 1988) ha sido dirigido principalmente a adultos y pocos estudios lo han evaluado en adolescentes (Hains y Szyjakowski, 1990; Jason y Burrows, 1983). Por ello, Kiselica et al. (1994) llevaron a cabo la aplicación del SIT con adolescentes de 13 y 14 años para estudiar su utilidad preventiva específicamente en ansiedad.

El programa SIT consiste en tres fases: (a) educación en ansiedad, (b) entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y (c) la aplicación (Meichenbaum, 1985). La base para la enseñanza de las técnicas a los alumnos es la teoría cognitivo-conductual. Kiselica et al. (1994) añadieron, dentro de las habilidades de afrontamiento, el componente de entrenamiento en asertividad. Un breve resumen de las sesiones es el siguiente:

- Sesión 1. Presentación del programa y psicoeducación en ansiedad.
- Sesión 2-3. Entrenamiento en habilidades de relajación
- Sesiones 4-7. Se trabaja la reestructuración cognitiva, centrándose en la relación entre pensamientos disfuncionales y comportamientos derivados y cómo

reemplazarlos por pensamientos más beneficiosos. También se realiza entrenamiento en asertividad, con rol-playing.

- Sesión 8. Revisión del programa y experiencias derivadas

Tras la intervención realizada con 48 adolescentes (Kiselika et al., 1994) se obtuvieron resultados positivos en ansiedad, sin embargo resulta necesario seguimiento de los resultados, así como intervenciones con mayor número de participantes para establecer conclusiones.

3.4.8.2 Programa de Intervención para Mejora del Autoconcepto y Estado Emocional

Se trata de un programa universal desarrollado en España (Valencia) por Mestre y Frías (1996). Está basado en la TCC y tiene 17 sesiones (2 sesiones semanales de 30 a 60 min) en las que se trabajan los siguientes contenidos:

- 1.- Evaluación de situaciones problemáticas en el ámbito escolar.
- 2.- Reducción de la ansiedad ante situaciones estresantes con técnicas de relajación y autocontrol (control de la impulsividad, entrenamiento en autoinstrucciones y mejora de la comunicación).
- 3.- Desarrollo de técnicas de solución de problemas para mejorar la adaptación al entorno.
- 4.- Estrategias de aprendizaje afectivo-emocionales.
- 5.- Cambio de actitudes ante situaciones estresantes.
- 6.- Adaptar expectativas y aspiraciones a los éxitos reales.

Ha sido implementado en Valencia en 241 adolescentes de 11 a 14 años (Mestre y Frías, 1996). Tras la intervención no hubo efectos ni en ansiedad ni en depresión. Solo mejoró la autoestima en el grupo de edad de 13 y 14 años. No se realizó ningún seguimiento de los efectos del programa, principal limitación que debe ser superada en futuras investigaciones.

3.4.8.3 Programa de Afrontamiento de Problemas Emocionales en Adolescentes.

El Programa de Afrontamiento de Problemas Emocionales en Adolescentes (Olmedo et al, 1998) fue desarrollado en España (Córdoba) y está compuesto por 18 sesiones de 1 hora con frecuencia semanal. La intervención, basada en TCC, está formada por cuatro módulos dedicados a conseguir que el adolescente: a) aumente su autoestima (sesiones 1-5), b) aprenda técnicas de relajación (sesiones 6-9), c) se entrene en habilidades sociales y asertividad (sesiones de 10-14), y d) aprenda habilidades de resolución de problemas (sesiones 15-18).

En el estudio de Olmedo et al. (1998) se obtuvieron pequeños efectos positivos tanto para ansiedad como depresión, que se mantienen a los 5 meses. Los efectos en depresión son mayores para los adolescentes con problemas académicos previos (Olmedo et al, 2003). Resulta necesario en próximas investigaciones un seguimiento más largo de los resultados.

3.4.8.4 Programa MoodGYM

MoodGYM es un programa interactivo y auto-dirigido de Internet cuya finalidad es la prevención de depresión y ansiedad en adolescentes. Está desarrollado por el equipo del Centro de Investigación de Salud Mental de la Universidad Nacional de Australia y está basado en la TCC. El programa consiste en 5 módulos que deben ser completados por los usuarios adolescentes siguiendo el orden establecido. Cada módulo contiene información, demostración, preguntas y ejercicios. Los módulos son los siguientes (Calear et al., 2009):

- 1) Sentimientos: se describe la identificación de pensamientos negativos. Además se enseña la asociación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- 2) Pensamientos: se muestra la identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales. También se trabajan las áreas personales de vulnerabilidad y se introduce el concepto de autoestima y estrategias para aumentarla.
- 3) Sin distorsión: se enseñan maneras específicas de cambiar pensamientos disfuncionales y estrategias para desarrollar la autoestima. También se resalta la importancia de desarrollar nuevas habilidades e intereses.
- 4) Anti-estrés: se enseña a identificar situaciones, eventos o estresores precipitantes de pensamientos negativos y estrés y cómo manejarlos; también se explica su relación con el estilo parental. Por último se trabajan técnicas de relajación.
- 5) Relaciones: se trabajan las rupturas de relaciones y cómo afrontarlas. Finalmente se introduce la estrategia de resolución de problemas.

Los usuarios del programa pueden acceder en cualquier momento a sus preguntas y ejercicios, que son guardados en el libro de trabajo personal online del programa MoodGYM.

El programa MoodGYM puede encontrarse en internet de forma gratuita en inglés, chino, noruego, holandés y filandés (<https://moodgym.anu.edu.au/welcome>).

En el estudio de Calear et al. (2009) el programa fue aplicado de forma obligatoria para los adolescentes en el horario escolar. Los efectos de la intervención con los adolescentes de 12 a 17 años fueron pequeños, tanto para ansiedad como depresión. Sin embargo, en el estudio de (O'Kearney et al., 2009), que solo incluyó adolescentes de 15 y 16 años, se encontraron efectos moderados en la prevención de la depresión a los 5 meses. Deben replicarse los estudios para poder establecer si el programa MoodGYM resulta más beneficioso para adolescentes de edades más avanzadas.

En general la investigación parece indicar que la intervención a través de internet puede ser beneficiosa. Sin embargo, deben realizarse más estudios, y especialmente, investigar si algunos de los principales beneficios de este tipo de intervención (flexibilidad horaria, adaptación de los módulos al ritmo individual del participante, falta de necesidad de un monitor, etc.) se mantienen cuando se disfruta realmente de estos beneficios, por ej., cumplimentación de los módulos sin horario obligatorio o sin monitor.

3.4.8.5 Afrontamiento y Promoción de la Fuerza (CAPS)

Ginsburg (2009), partiendo de la premisa de que los hijos de padres ansiosos presentan mayor probabilidad de desarrollar problemas serios en este trastorno, lleva a cabo la intervención Afrontamiento y Promoción de la Fuerza (*Coping and Promoting Strength program; CAPS*) dirigido a estos niños y adolescentes en riesgo.

El programa CAPS, basado en la TCC y en la intervención para hijos de padres deprimidos de Beardslee, Gladstone, Wright y Cooper (2003), presenta los siguientes principios:

- 1) Incrementar la fuerza y resiliencia de los niños y adolescentes mediante la enseñanza de habilidades como resolución de problemas.
- 2) Reducir los factores de riesgo del inicio y mantenimiento de la ansiedad en los escolares, como la sobreprotección de los padres.
- 3) Aumentar el conocimiento sobre los trastornos de ansiedad, mejorar la comunicación familiar y ayudar a que los niños y adolescentes comprendan mejor la enfermedad que padece uno (o los dos) de sus progenitores.

CAPS varía entre 6-8 sesiones, de 60 minutos semanales, dónde las dos primeras van dirigidas a los padres exclusivamente y las posteriores a todos los miembros de la familia. Además se realizan 3 sesiones de refuerzo mensuales.

La intervención del programa CAPS contó con 40 familias distribuidas en GE y GC (lista de espera) y los resultados fueron pequeños efectos positivos que se mantuvieron durante un año. Sin embargo, como indica el autor del estudio, se necesita replicar el estudio y una muestra más numerosa para establecer conclusiones (Ginsburg, 2009).

3.4.8.6 Programa Club de Sentimientos (Feeling Club)

El Club de Sentimientos (*Feeling Club*; Manassis et al., 2010) es un programa de prevención de ansiedad y depresión centrado en reconocer y manejar pensamientos y sentimientos negativos. Se deriva de los programas de tratamiento para los trastornos de ansiedad *Coping bear* (Manassis et al., 2002; Mendlowitz et al., 1999) y *Coping cat* (Kendall y Hedtke, 2006), ambos con principios idénticos. Al contrario que estos tratamientos, Feeling Club anima a los participantes a elegir un sentimiento, en lugar de la identificar solo sentimientos de miedo. El programa consiste en 12 sesiones de periodicidad semanal en niños con síntomas de ansiedad y depresión.

A diferencia de muchos estudios, el Grupo control también realizaba un programa estructurado, con actividades paralelas al Feeling Club, pero con elementos neutros (Manassis et al., 2010). Por ejemplo, si un juego de adivinanzas era incluido en el programa de intervención también se realizaba en el GC, pero focalizado en sentimientos en el primer caso y con ítems neutros en el segundo. Sin embargo, mientras que para el GE hubo tareas para casa, éstas no fueron asignadas al GC.

Los autores encuentran ciertos beneficios en la intervención pero son neutralizados por la también mejora del programa neutro del GC. Por tanto, el tamaño del efecto del Feeling Club resulta nulo para ansiedad y depresión. Los autores sugieren que quizás los escolares con síntomas pueden beneficiarse también de una actividad programada, supervisada y estructurada (Manassis et al., 2010).

3.4.8.7 Programa Australiano de Optimismo (AO)

El Programa Australiano de Optimismo (*Aussie Optimis*; AO; Roberts, 2014) es un programa dirigido a la prevención de depresión, ansiedad y otros problemas asociados. Suele implementarse en colegios y puede dirigirse de forma universal a todos los escolares o de forma indicada o selectiva a niños en riesgo. Existe una versión distinta según la edad: Sentimientos y Amigos (de 6 a 8 años), Pensamiento Positivo (de 8 a 10 años), Habilidades para la Vida Social (de 10 a 12 años) y Habilidades de Pensamiento Optimista (de 11 a 13 años). Además incluye una versión para las familias, Programa para Padres y Familias, cuando la edad del hijo/a es de más de 11 años.

El programa tienen 10 sesiones o módulos en todas las edades, sin embargo, el contenido varía según la versión. Las edades de inicio de la adolescencia son incluidas en dos de las versiones:

- Habilidades para la Vida Social, de 10 a 12 años, con los siguientes módulos o sesiones: 1) Introducción y sentimientos, 2) La toma de decisiones, 3) Habilidades de comunicación, 4) Asertividad 1, 5) Asertividad 2, 6) Negociación, 7) Habilidades de afrontamiento, 8) Redes, 9) Amigos y familia, y 10) Transición y revisión.

- Habilidades de Pensamiento Optimista, de 11 a 13 años, con los siguientes módulos o sesiones: 1) Conocer e identificar los sentimientos, 2) Conocer el diálogo interno de uno mismo, 3) Relación entre los pensamientos y los sentimientos, 4) Estilos de pensamiento, 5) Juntando todo, 6) Generación de alternativas, 7) En busca de pruebas, 8) Desafiando pensamientos negativos, 9) Des-catastrofismo, y 10) Revisión y evaluación.

Como podemos observar mientras que la versión de 10-12 años se focaliza en trabajar las habilidades sociales (habilidades de comunicación, asertividad, negociación) y resolución de problemas, la versión de 11-13 años centra sus sesiones en detección y reestructuración de pensamientos negativos, es decir, en las técnicas cognitivas. Sin embargo, en todas las versiones del programa AO se incluye la enseñanza de una serie de conocimientos, estrategias y habilidades:

- La relación entre sentimientos y pensamiento,
- Cómo desarrollar una visión optimista de la vida
- Estrategias de asertividad y negociación,
- Estrategias de afrontamiento
- Resolución de problemas sociales
- Cómo manejar los conflictos familiares

Como es frecuente en los programas, también existe un manual para los profesores, y folletos informativos para los padres.

En la aplicación del programa AO de Roberts et al. (2010) se encontraron pequeños efectos negativos tras la intervención, tanto para ansiedad como depresión, y ningún efecto en el seguimiento. A pesar de la falta de efectividad del programa, los estudiantes participantes lo encontraron adecuado.

3.4.8.8 Programa Beyondblue

El programa Beyondblue (Sawyer, Pfeiffer, et al., 2010) para la prevención de la depresión fue desarrollado según la experiencia previa en intervenciones de prevención (Bond et al., 2004; Patton, Bond, Butler y Glover, 2003; Spence et al., 2003, 2005) y en el modelo conceptual dónde la depresión en adolescentes supone una interacción dinámica entre factores de riesgo, de protección, experiencias adversas o estresantes y síntomas depresivos.

El programa parte de la premisa de que se requiere de bastante tiempo para cambiar políticas, prácticas y clima social en el colegio que afectan a los resultados, por ello la intervención se realiza a lo largo de 3 años. Los cuatro componentes principales que forman el programa son:

- 1) Intervención en el currículum: se realizan 10 sesiones en el aula de 40-45 minutos durante los 3 años de intervención con el objetivo de mejorar la resolución de problemas, las habilidades sociales, el estilo de pensamiento resiliente y las estrategias de afrontamiento.
- 2) Construcción de un medio de apoyo: mejorar la calidad de las interacciones sociales por medio de los miembros de la comunidad escolar a través de ajustes formales e informales.
- 3) Construcción de vías para el cuidado y la educación: facilitar a los adolescentes el acceso a los servicios profesionales de apoyo en el colegio y en la comunidad, y mejorar la colaboración entre familias, personal del colegio y profesionales comunitarios de la salud.

- 4) Foros de la comunidad: proporcionar a la gente joven, sus familias y personal del colegio información para ayudarlos a identificar problemas y buscar soluciones, tanto para sí mismo como para los compañeros.

Los resultados del programa no se diferenciaron del control en ninguno de los 5 años que duró el estudio (Sawyer, Harchak, et al., 2010). Aunque se necesita repeticiones del estudio para establecer conclusiones, con los datos de esta investigación podríamos plantearnos afirmar que una intervención a lo largo de varios años que abarca tanto a los participantes, familias como entorno escolar, no se asocia con mejores resultados que intervenciones cortas dirigida exclusivamente a los adolescentes, que conllevan menor costo.

Estudios como éste pueden contribuir a clarificar qué aspectos de la intervención que suponen esfuerzo, tiempo y dinero deben realizarse y de cuáles puede prescindirse para conseguir intervenciones efectivas que conlleven bajos costos.

3.5 Contextos de aplicación

En la revisión realizada de prevención de la ansiedad y depresión, el colegio es el contexto predominante de aplicación, ya que ha sido identificado como el mejor camino para llevar a cabo la prevención con niños y adolescentes (Neil y Christensen, 2009). Una de las razones es la accesibilidad, ya que mientras que solo el 16% de los jóvenes reciben intervención en servicios de salud, el 75% lo recibe en la escuela (Burns et al., 1995). La facilidad de acceso y el contacto continuo con los escolares crea el

ambiente ideal desde el que se puede llegar a la mayoría. Además, puede ocurrir que niños y padres sean reticentes a buscar ayuda en los tradicionales servicios de salud por el estigma que el tratamiento conlleva, mientras que el contexto del colegio, que ofrece un entorno familiar, dota a la intervención de más aceptable, especialmente en programas universales donde se aplica a todos los escolares. También los programas en la escuela reducen los costos que conllevan otros contextos, como por ejemplo tiempo y transporte. Otra ventaja del contexto escolar es que supone un ambiente real que permite a los escolares practicar las habilidades aprendidas y con distintas personas, además los maestros y compañeros pueden fomentar y reforzar su uso y así, en definitiva, aumentar la probabilidad de generalizar lo aprendido (Masia-Warner et al., 2006).

3.6 Moderadores de los efectos de prevención

Para poder generalizar resultados es imprescindible identificar las características de los escolares que más se benefician de los programas de prevención (Spence y Shortt, 2007), y así lo indica los estándares de la Sociedad para la Investigación Preventiva (*Society for Prevention Research*, SPR; Flay, 2005) para determinar qué intervenciones son eficaces.

Las características mediadoras más importantes encontradas en la bibliografía son edad, género, cultura y estatus socioeconómico (Lyneham y Rapee, 2011), aunque muy pocos estudios reportan el impacto de estas variables. A continuación describiremos la información que aporta la bibliografía de estos posibles mediadores.

También son comentados otros posibles moderadores como los niveles previos de ansiedad y/o depresión y el monitor del programa.

3.6.1 Edad

Pocos estudios indican a qué edad es más efectiva la intervención. Sin embargo, la evidencia parece indicar que los escolares de menor edad se benefician más (Barrett et al. 2005; Corrieri et al., 2013), por ej., en el estudio de Lock y Barrett (2003) se aplicó Friends en una muestra de 9-10 años y 14-16, y se encontró mayor prevención de ansiedad en los escolares de menor edad tanto en la post-intervención como en el seguimiento durante varios años (Barrett, Farrell, Ollendick y Dadds, 2006). Contrariamente, en la revisión de Neil y Christensen (2009) del trastorno de ansiedad se encuentran mejores resultados con adolescentes, mientras que el meta-análisis de Fisak et al. (2011) no encuentra diferencias de edad en la eficacia de los programas. Tampoco se encuentra efecto por la edad en las revisiones de depresión con niños y adolescentes (Horowitz y Garber, 2006; Spence y Shortt, 2007). En definitiva existen resultados mixtos que dificultan obtener conclusiones, por lo que es necesario que mayor investigación en este aspecto.

3.6.2 Género

De nuevo la mayoría de estudios no informan del impacto del género en sus resultados, y los pocos resultados encontrados son mixtos (Spence y Shortt, 2007). Existen estudios que sugieren que las chicas responden mejor a la intervención en ansiedad, especialmente las más jóvenes (Lock y Barrett, 2003), y que los efectos son

mantenidos a largo plazo (Barrett et al., 2006). Estos mejores efectos en las chicas son encontrados también en intervenciones de depresión (Gillham, Hamilton, Freres, Patton y Gallop, 2006). Sin embargo, también encontramos estudios que indican mejores efectos en chicos (Clarke, Hawkins, Murphy y Sheeber, 1993; Ialongo et al., 1999; Kellam, Rebok, Mayer, Ialongo y Kalodner, 1994). Incluso para un mismo programa, como en el caso del PRP, se han encontrado mejores resultados para chicos, o chicas, según el estudio (Gillham, Hamilton, et al., 2006; Reivich, 1996).

Por ello no es de sorprender que las revisiones de ansiedad y depresión concluyan que el género no modera el efecto de la intervención en niños y adolescentes (Fisak et al., 2011; Horowitz y Garber, 2006).

Sin embargo, se están llevando a cabo intervenciones solo para chicas, en concreto en depresión (Chaplin et al., 2006; Harnett y Dadds, 2004; Quayle et al., 2001), basándose, entre otras razones, en la evidencia de la mayor frecuencia de síntomas en mujeres a partir de la adolescencia (Le, Muñoz, Ippen y Stoddard, 2003).

De cualquier forma, es necesario mayor número de estudios para adecuadas conclusiones.

3.6.3 Estatus socio-económico

Otro de los moderadores a tener en cuenta es el estatus socioeconómico. Varios estudios han evaluado distintos niveles de estatus y los resultados entre ellos son consistentes, indicando que el estatus al que pertenecen los escolares no es un

moderador del efecto del programa (Lyneham y Rapee, 2011). Un ejemplo de ello lo encontramos en el estudio de prevención indicada de Mifsud y Rapee (2005), donde se realizó el screening en colegios de bajo status y los resultados no difieren significativamente de otras investigaciones.

3.6.4 Cultura

Otro factor que puede influir en los resultados es la cultura. Varios estudios han llevado a cabo investigaciones de un mismo programa en distintas culturas, en especial el programa Friends, que ha sido aplicado con emigrantes (Barret et al., 2001; Barret et al., 2003), con niños procedentes de barrios pobres afro-americanos de Australia (Cooley, Boyd y Grados, 2004) y con escolares chinos (Siu, 2007). La evidencia de estos estudios parece sugerir que los programas de prevención pueden aplicarse en otras culturas diferentes a la original de forma satisfactoria, y que solo deben hacerse adaptaciones menores a los manuales para que el programa pueda ser aplicado en la nueva cultura, por ejemplo, en algunas culturas debe incorporarse para el concepto de familia a varias generaciones y no solos a los dos padres. Contrariamente, otras intervenciones encuentran diferentes resultados entre culturas, por ejemplo Cardemil et al. (2002) encuentran que el PRP obtiene efectos positivos en los escolares latinos pero no con los afroamericanos. Estos resultados podrían relacionarse con las diferencias entre programas, es decir, que algunos programas son efectivos inter-culturalmente mientras que otros no, pero dados los escasos datos es necesario mayor volumen de investigación inter-cultural para obtener conclusiones (Lyneham y Rapee, 2011).

3.6.5 Niveles previos de dificultades emocionales/síntomas

Varios estudios han examinado separadamente los resultados para los escolares con altos y bajos síntomas de ansiedad y depresión. De nuevo los resultados son mixtos. Efectos positivos son encontrados para escolares con altos y bajos síntomas en depresión (Cardemil et al., 2002; Pössel et al., 2004; Shochet et al., 2001; Spence et al., 2003). Aunque el estudio de Possel et al. (2004) encontró efectos positivos para escolares con altos y bajos sintomatología no los obtuvo para los categorizados como “clínicos”. La bibliografía sugiere que los escolares con alta sintomatología puede beneficiarse de intervenciones más intensas, individualizadas o con grupos más pequeños (Spence y Shortt, 2007). Por ello, en general los programas universales suelen producir tamaños del efecto pequeños en comparación con la prevención dirigida, donde la sintomatología es elevada.

En el caso de la depresión (Horowitz y Garber, 2006) se encuentran altas diferencias entre intervenciones universales, selectivas e indicadas, tanto tras la intervención ($d = 0,12$, $d = 0,30$, y $d = 0,13$, respectivamente) como en el seguimiento ($d = 0,02$, $d = 0,30$, y $d = 0,31$, respectivamente), donde las intervenciones universales obtienen los menores efectos. Sin embargo, en revisión de Corrieri et al. (2013) las diferencias son menores. En el caso de las intervenciones de ansiedad con niños y adolescentes no hubo diferencias significativas entre programas universales y dirigidos (Corrieri et al., 2013; Fisak et al., 2011), aunque de nuevo los efectos fueron mayores para éstos últimos ($d = 0,17$, $d = 0,26$, respectivamente). En conclusión, si bien algunos meta-análisis no encuentran diferencias significativas entre programas universales y dirigidos, parece que, en general, éstos últimos obtener mejores efectos. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, según el estudio de Sheffield et al. (2006) que comparó

varios tipos de intervención en depresión con adolescentes (universal, indicada, la combinación de universal e indicada y la no intervención), no se encontró diferencias significativas entre los distintos enfoques para ninguno de los síntomas estudiados (depresión, ansiedad, problemas exteriorizados, habilidades de afrontamiento y adaptación social). Pero, como se comentó previamente, se necesitaría replicar el estudio, superando las limitaciones que presenta, para sistemáticas conclusiones.

3.6.6 Monitor del programa

En los estudios de prevención de la ansiedad y la depresión en escolares la mayoría de aplicaciones utilizan como monitores del programa a profesionales de la salud como psicólogos, alumnos recién graduados, o miembros del equipo de investigación. También hay estudios donde el monitor es un profesor o parte del personal del colegio, pero los efectos tienden a ser menores en este caso tanto en prevención de la depresión como de la ansiedad (Brunwasser et al., 2009; Callear y Christensen, 2010; Fisak et al., 2011).

Sin embargo el uso de profesores o personal del colegio conlleva amplias ventajas, entre ellas que es una intervención “más real” que facilitaría una aplicación a mayor número de escolares o, incluso, la incorporación de los programas en el sistema de educación. Debido a la relevancia que esto conlleva se necesita más investigación para examinar sistemáticamente el grado en que un programa implementado por profesores puede ser beneficioso, o las posibles condiciones bajo las cuales los profesores o personal del centro educativo pueden implementar el programa con éxito.

3.7 Barreras de implementación de los programas de prevención

3.7.1 Consentimiento informado

En la implementación de programas de prevención existen multitud de barreras, en el caso de los niños y adolescentes la primera es el consentimiento informado de los padres. Los estudios indican amplia variabilidad en el consentimiento informado, pero generalmente, suele ser bajo. En los estudios el consentimiento dado por los padres para la participación de sus hijos en un programa universal o screening varió entre 29% y 99% (Lyneham y Rapee, 2011), siendo entre 48% y 66% en los estudios con muestras más amplias en la revisión anteriormente realizada (Calear et al., 2009; Sawyer, Pfeiffer, et al., 2010; Spence et al., 2003). La revisión de (Spence y Shortt, 2007) indica que lo más frecuente son tasas débiles de participación de entre el 50-80%.

El estudio que consiguió 99% fue el de Stallard et al. (2008) con niños de 9-10 años donde se utilizó un “consentimiento pasivo”, esto es, solo se entregaba en el colegio el consentimiento escrito en caso de que los padres quisieran que su hijo no participara en la intervención, por el contrario, no debía entregarse ningún consentimiento si los padres aceptaban participar. Este procedimiento, contrario al tradicional “consentimiento activo”, suele conllevar mayor muestra participante, ya que favorece el acceso pasivo al programa, sin embargo, no mejora el compromiso y la participación de los padres.

3.7.2 Participación de los padres

Es frecuente que los programas de prevención de niños y adolescentes incluyan sesiones para los padres y que la asistencia a éstas sea baja (Lock y Barrett, 2003). Existe evidencia de que la participación de los padres mejora los resultados de los niños, tanto en prevención como tratamiento (Barrett et al., 1996; Bernstein, Layne, Egan y Tennison, 2005), y que el compromiso de los padres resulta clave en el éxito a largo plazo, especialmente en los niños pequeños. Sin embargo, la asistencia de los padres a las sesiones en prevención universal es muy escasa, por ejemplo en el estudio de Shochet et al. (2001) solo el 10 % de los padres asistieron a las 3 reuniones programadas. Esta baja asistencia de los padres se repite en otros estudios (Gillham et al., 2012).

Los padres se sienten más motivados con el programa cuando detectan sintomatología ansiosa en sus hijos, por ello en programas específicos la asistencia de los padres es mayor, entre el 30-58% (Lyneham y Rapee, 2011). Sin embargo, en teoría la prevención va dirigida a destinatarios que no sufren síntomas de ansiedad o muy pocos (Lyneham y Rapee, 2011), por lo es necesario informar a los padres adecuadamente de la importancia de la prevención, y motivarlos a participar antes de que sus hijos experimenten sintomatología.

3.7.3 Cribado en programas específicos

Los programas específicos encuentran una barrera importante en su selección o cribado (*screening*). Una adecuada evaluación debe ser multi-método y multi-informante, sin embargo ambos conllevan un excesivo costo, y en los estudios encontramos que la mayoría sólo utilizan auto-informes destinados a los niños, lo que conlleva una pobre sensibilidad y especificidad (Lyneham y Rapee, 2011). En general, en el *screening* de niños con alta puntuaciones suelen incluirse escolares con trastornos, por lo que determinar los efectos de prevención suele ser difícil.

Un balance entre costes y efectividad resulta necesario para indicar cuáles son las medidas de *screening* más adecuadas en futuras prevenciones indicadas.

En algunos estudios, como el de Barrett, Moore y Sonderegger (2000), son los profesores los encargados de seleccionar a los niños más ansioso, preocupados o tristes. Sin embargo, este procedimiento presenta el inconveniente de la subjetividad del profesor respecto a la ansiedad, es decir, desconocemos qué entiende el profesor por ansiedad y si sabe detectarla adecuadamente. Además los estudios indican que los profesores son mejores identificando unas formas de ansiedad que otras (Lyneham et al., 2008) y el acuerdo entre niño-profesores es bajo (Dadds et al., 1997), como también ocurre con el de niño-padres (Rothen et al., 2009). Este último dato debe tenerse en cuenta, dado que con frecuencia los padres son los primeros seleccionadores, ya que suelen rechazar dar el consentimiento para la realización del *screening* a su hijo si consideran que éste no tiene ningún problema (Lyneham y Rapee, 2011). En este aspecto, una información adecuada a los padres resulta imprescindible, explicándoles adecuadamente cómo los estudios empíricos indican que existe poca correspondencia

entre las observaciones de los padres y las auto-observaciones de los niños en los que a sintomatología de éstos últimos se refiere, y la importancia de obtener información por parte de los escolares a través de medidas válidas que permitan una detección precoz y una intervención adecuada.

3.7.4 Abandonos

Otra barrera frecuente en las investigaciones de prevención es la tasa de abandonos observada en la mayoría de los estudios (Spence y Shortt, 2007). En ocasiones ocurre que un colegio o aula completa abandonan la investigación, ya sea por incompatibilidad de horarios, carga excesiva de trabajo académico o pérdida de entusiasmo con el programa; aunque lo más frecuente es que sean los escolares de forma individual los que abandonen o no asistan a las sesiones o evaluación, generalmente debido a encontrarse ausentes (por enfermedad, actividad especial, etc.) el día en cuestión. Concretamente, es en las evaluaciones de seguimiento (que suelen realizarse generalmente a los 6 o 12 meses tras la finalización del programa) donde mayor tasa de abandonos se producen ya que, sumando a lo anteriormente comentado, muchos escolares, con el nuevo curso académico, cambian de colegio. Los estudios informan de una tasa de abandonos de aproximadamente el 15 % tras la intervención y cerca del 30 % en el seguimiento (Lock y Barrett, 2003; Spence et al., 2003).

Este problema puede ser importante si ocurre una asociación entre abandonos y factores que predican el desarrollo del trastorno o la respuesta a la intervención, por ejemplo Spence et al. (2005) encuentran que los estudiantes que presentaban mayores

síntomas depresivos presentaron mayores abandonos del estudio en el seguimiento a los 4 años.

Podría resultar de ayudar que los colegios ofrezcan facilidades y colaboración para las evaluaciones, en especial para los alumnos que estuvieron ausentes por enfermedad o actividades. También, podría plantearse un contacto individual con aquellos alumnos que se encuentren en otros centros, si éstos facilitan sus datos. Sin embargo, esta propuesta supone altos costos y dificultades de transporte, tiempo, etc.

3.7.5 Tareas para casa

Por último, es frecuente que los programas dirigidos a niños y adolescentes cuenten con ejercicios para casa con el objetivo de reforzar lo aprendido y generalizar el conocimiento, sin embargo, no todos los escolares cumplen esta actividad, en especial los participantes menos interesados y comprometidos con el programa. Es de esperar que estos escolares obtengan menores resultados. Aunque algunos estudios informan de la asistencia de los escolares a las sesiones de la intervención (Quayle et al., 2001; Shochet et al., 2001) en general ninguno informa del porcentaje de cumplimiento de las tareas para casa ni de si su realización influye significativamente en los resultados de la intervención (Spence y Shortt, 2007).

3.7.6 Otras barreras

A continuación se describen otras barreras que los estudios de prevención suelen encontrar (Ainley, Withers, Underwood y Frigo, 2006):

- Es frecuente una falta de suficiente espacio curricular en algunos centros educativos para llevar a cabo adecuadamente la prevención, sin que afecte al normal desarrollo del colegio. Esta barrera también se encuentra en otros contextos de aplicación, por ej., centros de salud, donde también suele encontrarse falta de tiempo, espacio y recursos para los programas de prevención.
- Cuando los programas son aplicados por personal del centro educativo, puede encontrarse una barrera en la habilidad de éstos para aprender y responsabilizarse de intervenciones de salud mental.
- En muchos estudios la aplicación es llevada a cabo por profesionales de la salud, sin embargo, existen insuficientes recursos económicos en este aspecto para llegar a toda la población escolar.
- En general existe una falta de apoyo comunitario, y también por parte de los padres, para las intervenciones de salud mental con niños y adolescentes.

3.8 Programa FORTIUS

El programa FORTIUS (Méndez et al., 2013) tiene por objetivo hacer más fuerte psicológicamente al niño por medio de competencias que le ayuden a sentir, actuar y pensar más beneficiosamente. FORTIUS comprende 3 bloques: 1) Fortaleza emocional, 2) Fortaleza conductual y, 3) Fortaleza cognitiva. En el primer bloque se trabaja la comprensión de la utilidad de las emociones negativas y las competencias para controlarlas por medio de diferentes técnicas como relajación progresiva, respiración diafragmática y visualización. El segundo bloque, fortaleza conductual, comprende el área interpersonal y personal, por medio de habilidades sociales y la escucha activa la primera, y a través de la organización de la agenda (planificación de estudio y tiempo libre) la segunda. Por último, la fortaleza cognitiva se alcanza por medio de la detección y reestructuración de pensamientos negativos, la resolución de problemas, la toma de decisiones y las autoinstrucciones.

FORTIUS también contempla la realización de una sesión dirigida a los padres cuya finalidad es presentar los contenidos y la utilidad del programa, fomentar la implicación y colaboración de los padres, así cómo solicitar su consentimiento informado.

Aunque en un principio FORTIUS se planteó como un programa específico para la prevención de TAS, finalmente se plantearon objetivos más ambiciosos, de forma que, sin suponer un mayor coste, se lograra la prevención de dificultades emocionales cómo ansiedad, depresión y miedo.

La base del programa se encuentra en los programas de tratamiento pioneros para la ansiedad infantil “el gato valiente” (*Coping Cat*) (Kendall, 1990), y sus adaptaciones “el koala valiente” (*Coping Koala*) (Barrett, 1995) y “el oso valiente” (*Coping Bear*) (Scapillato y Mendlowitz, 1993), de tal forma que el programa Friends (Méndez et al., 2013) supone la reevaluación de los programas comentados previamente para su uso en el campo de la prevención universal de ansiedad y depresión (tabla 58).

Tabla 58. Programas de intervención pioneros y FORTIUS.

Programa	El gato valiente	Amigos	FORTIUS
Autor	Kendall (1990)	Barrett et al. (2000)	Méndez et al. (2013)
Edades	9-13	8-11	8-13
Sesiones	16 (14+2)	12 (10+2)	14 (12+2)
Emociones	Ansiedad	Ansiedad, tristeza	Ansiedad, tristeza
Intervenciones	Terapia	Terapia, prevención	Terapia, prevención
Componentes	Relajación Reestructuración Resolución Autocontrol	Relajación Reestructuración Resolución Autocontrol	Relajación Reestructuración Resolución Autocontrol Habilidades sociales Actividades agradables
Variantes	El koala valiente El oso valiente	Amigos divertidos Mis amigos	Hércules

El programa consiste en 12 sesiones de 50-60 minutos de duración más 2 sesiones de fortalecimiento al mes y a los 3 meses. En las aplicaciones del programa las 12 sesiones generalmente se llevan a cabo una por semana, pero puede aplicarse de forma intensiva (dos sesiones a la semana) o extensiva (una sesión cada 2 semanas). El programa está dirigido principalmente para escolares de 3º y 6º, pero con ligeras adaptaciones también es adecuado con escolares de 1º y 2º de la ESO.

La implementación se rige por el binomio “fid-flex”: la fidelidad a las instrucciones se concilia con la flexibilidad de aplicación. La flexibilidad es imprescindible atendiendo al rango de edad que abarca el problema, así resulta necesario una adaptación del lenguaje, vocabulario, velocidad de explicaciones y actividades, etc., dependiendo de la edad de los participantes.

El programa puede ser implementado por psicólogos y maestros, pero también por cualquier formador/educador con experiencia en grupos como profesores ESO, pedagogos, orientadores, educadores sociales, trabajadores sociales, etc. El manual, que incluye libro y CD, ofrece todos los materiales necesarios para preparar y aplicar adecuadamente el programa para cada sesión:

- a) Manual del monitor: incluye eslogan, materiales, objetivos, competencias, contenidos, instrucciones, actividades para la sesión, y la tarea para casa.
- b) Cuaderno del participante: incluye eslogan, explicaciones, ejemplos, actividades, tarea para casa.
- c) Diapositivas, audiovisuales, anuncios.
- d) Posters para las sesiones 1, 5, 9 y 12.

e) Diplomas, etc.

Las sesiones siempre comienzan revisando la tarea asignada para casa (excepto la sesión 1 donde se sustituye por la presentación del programa) y finalizan realizando una actividad divertida (excepto en la sesión 12 que se realiza la fiesta FORTIUS).

La tarea divertida del final de la sesión cumple doble misión: concluir la sesión con “buen sabor de boca” y de “colchón temporal”, dado que si falta tiempo no es imprescindible realizarla, pero si sobra proporciona un cierre gratificador. También supone un reforzador importante que fomenta el buen comportamiento de los participantes, ya que cuando los alumnos mantienen el orden y permiten un buen ritmo de la sesión, el tiempo para la actividad divertida es mayor.

En las aplicaciones que se han llevado del programa, FORTIUS obtiene una valoración de 8 sobre 10 por parte de participantes y monitores, lo que se traduce en que es considerado “muy bueno”, “muy valioso” y “muy útil” por parte de escolares y monitores donde se ha implementado (Méndez et al., 2013). Sin embargo no hay, todavía, estudios publicados de la aplicación del programa FORTIUS con resultados en las variables objeto de prevención, como ansiedad o depresión.

En la siguiente tabla (tabla 59) encontramos un esquema del programa FORTIUS que incluye para cada sesión: a) una breve descripción de la actividad principal, b) el eslogan correspondiente, y c) las competencias que adquirirán los participantes.

Tabla 59. Resumen de las sesiones de FORTIUS

Procedimiento/Entrenamiento	Eslogan	Competencias
1 Psicoeducación	Cuanto más practique, más aprenderé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender el concepto “fortaleza psicológica”. 2. Conocer el triángulo de la personalidad. 3. Distinguir sentimientos, comportamientos, pensamientos. 4. Diferenciar entre reacciones positivas y negativas. 5. Identificar los propios sentimientos, comportamientos, pensamientos.
2 Relajación muscular progresiva	Contra tensión... relajación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales. 2. Entender la dinámica sentimiento ⇔ comportamiento ⇔ pensamiento. 3. Conocer las causas de las dinámicas negativas y positivas. 4. Aprender la relajación muscular progresiva. 5. Aprender a relajar sin tensar
3 Respiración diafragmática	Cuando la tensión achucha... respiración lenta y profunda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales. 2. Ajustar los sentimientos negativos. 3. Aprender la relajación muscular sin tensar. 4. Aprender la respiración lenta y profunda. 5. Identificar las sensaciones corporales de la tensión.

Procedimiento/Entrenamiento	Eslogan	Competencias
4 Visualización e integración con relajación y respiración	¡Emociónate, vive!	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Aprender la visualización relajante 3. Encadenar relajación ⇨ respiración ⇨ visualización 4. Comprender la utilidad de los sentimientos negativos 5. Asimilar los contenidos del ángulo “sentimientos” de la personalidad
5 Estilos interpersonales: asertivo, tímido y agresivo	Uno para todos, todos para uno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales. 2. Conocer el comportamiento asertivo, tímido y agresivo. 3. Conocer los sentimientos y pensamientos asertivos, tímidos y agresivos . 4. Valorar las ventajas del comportamiento asertivo. 5. Valorar los inconvenientes del comportamiento tímido y agresivo.
6 Escucha activa	Rubios o morenos nacemos, simpáticos o antipáticos nos hacemos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Aprender a escuchar activamente 3. Diferenciar el comportamiento asertivo, tímido y agresivo 4. Conocer los componentes verbales y no verbales del comportamiento 5. Comprender la importancia de las relaciones interpersonales

	Procedimiento/Entrenamiento	Eslogan	Competencias
7	Habilidades Sociales (presentaciones, cumplidos, peticiones, quejas, críticas)	El que tiene un amigo, tiene un tesoro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Aprender a presentarse y a hacer amigos 3. Aprender a hacer peticiones, a aceptarlas y a rechazarlas 4. Aprender a formular quejas y recibir críticas 5. Comprender la importancia de las relaciones interpersonales
8	Organización de la agenda (planificación del estudio y del tiempo libre)	Contra aburrimiento... movimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Aprender a planificar el estudio 3. Aprender a disfrutar del tiempo libre 4. Entender la relación actividades de tiempo libre ⇔ bienestar personal 5. Aprender a establecer metas para mejorar el comportamiento
9	Reestructuración cognitiva (explicación e identificación de pensamientos perjudiciales y sustitución por razonamientos alternativos)	No confundas peras con manzanas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Comprender la influencia de los pensamientos tramposos 3. Identificar los tipos de razonamientos petardos 4. Explicar los errores de los razonamientos petardos 5. Sustituir los razonamientos petardos por razonamientos alternativos

Procedimiento/Entrenamiento	Eslogan	Competencias
10 Resolución de problemas, toma de decisiones y logro de acuerdos	Houston, resolvemos un problema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Conocer los principales obstáculos para resolver problemas 3. Desarrollar la actitud de enfrentar adecuadamente los problemas 4. Aprender el método de cinco pasos para resolver problemas 5. Aprender a ponerse de acuerdo
11 Autoinstrucciones y diálogo interno	Yo, controlo ¡Bien hecho!	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias personales 2. Comprender la influencia del diálogo interno 3. Identificar el diálogo interno perjudicial 4. Aprender a utilizar las auto-instrucciones 5. Aprender a auto-valorarse
12 Repaso y compromiso FORTIUS	Cuanto más practique, mejor seré.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asimilar los contenidos del ángulo “sentimientos” de la personalidad 2. Asimilar los contenidos del ángulo “comportamientos” de la personalidad 3. Asimilar los contenidos del ángulo “pensamientos” de la personalidad 4. Formular el compromiso público con FORTIUS 5. Compartir la experiencia festiva de FORTIUS

**4 Estudio: Aplicación del programa FORTIUS para la
prevención de dificultades emocionales con escolares de 12
y 13 años**

4.1 Objetivos e hipótesis

❖ Análisis cuantitativos

Teniendo en cuenta que los escolares de menor edad y las chicas presentan más sintomatología ansiosa (Costello et al., 2011), los de mayor edad y las chicas más sintomatología depresiva (Costello et al., 2006), los de mayor edad y los chicos más nivel de ira (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005; Larson y Asmussen, 1991), se enuncia las siguientes hipótesis sobre la eficacia del programa FORTIUS, comparando el grupo experimental (GE) con el de control (GC), al concluir (postest) y doce meses después de la intervención preventiva (seguimiento):

- *Hipótesis 1.* La reducción de la sintomatología ansiosa será significativamente mayor en el GE.
- *Hipótesis 2.* La reducción de la sintomatología ansiosa será significativamente mayor en los escolares de menor edad (1.º de la ESO) del GE.
- *Hipótesis 3.* La reducción de la sintomatología ansiosa será significativamente mayor en las chicas del GE.
- *Hipótesis 4.* La reducción de la sintomatología depresiva será significativamente mayor en el GE.
- *Hipótesis 5.* La reducción de la sintomatología depresiva será significativamente mayor en los escolares de mayor edad (2.º de la ESO) del GE.
- *Hipótesis 6.* La reducción de la sintomatología depresiva será significativamente mayor en las chicas del GE.
- *Hipótesis 7.* La reducción de la ira será significativamente mayor en el GE.

- *Hipótesis 8.* La reducción de la ira será significativamente mayor en los escolares de mayor edad (2.º de la ESO) del GE.
- *Hipótesis 9.* La reducción de la ira será significativamente mayor en los chicos del GE.

Por otro lado, dado que FORTIUS incluye elementos de psicología positiva, incidiendo en las oportunidades que brinda el contexto y en las fortalezas de la persona, se planteó las siguientes hipótesis en el posttest y seguimiento:

- *Hipótesis 10.* La mejora de la salud percibida será significativamente mayor en el GE.

Respecto a los padres como informantes, se planteó las siguientes hipótesis en el posttest y el seguimiento a los 12 meses:

- *Hipótesis 11.* La reducción de la sintomatología ansiosa será significativamente mayor en el GE.
- *Hipótesis 12.* La reducción de la sintomatología depresiva será significativamente mayor en el GE.
- *Hipótesis 13.* La reducción de los problemas del comportamiento será significativamente mayor en el GE.

❖ Análisis cualitativos

Tras identificar a los escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa, por un lado, y depresiva, por otro, por superar el punto de corte de los instrumentos correspondientes, se planteó las siguientes hipótesis para el posttest y el seguimiento:

- *Hipótesis 14.* La reducción del número de escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa será significativamente mayor en el GE.
- *Hipótesis 15.* La reducción del número de escolares en riesgo por alta sintomatología depresiva será significativamente mayor en el GE.

❖ Valoración del programa FORTIUS

Los adolescentes que recibieron FORTIUS, sus padres, sus profesores y los psicólogos que llevaron a cabo la aplicación valoraron el programa. Por su parte los psicólogos valoraron también la dificultad de la implementación y los padres su grado de implicación.

- *Hipótesis 16.* La valoración global del programa FORTIUS realizada por los adolescentes, los padres, los profesores y los psicólogos será como mínimo buena.
- *Hipótesis 17.* La dificultad de implementación de FORTIUS será baja según los psicólogos que aplicaron el programa.
- *Hipótesis 18.* El grado de implicación de los padres en el programa FORTIUS será como mínimo aceptable.

4.2 Método

4.2.1 Participantes

Se reclutó una muestra de 548 estudiantes de 1.º y 2.º de Educación Obligatoria Secundaria. Se excluyó a 95 (17,36%) por no obtener el consentimiento informado de los padres y a 10 (1,82%) por errores u omisiones en las respuestas en la evaluación del pretest. Así pues, la muestra se compuso de 443 escolares, de 12 (40,6%) y 13 (59,4%) años ($M = 12,59$, $DE = 0,49$), de los que 217 (49%) eran chicos y 226 (51%) chicas.

Los centros participantes fueron tres colegios concertados de la ciudad de Murcia de similares características sociodemográficas, concretamente de estatus socioeconómico medio-alto. Se asignó al azar dos colegios al grupo experimental y el restante actuó como grupo de control. Así pues, 307 escolares participaron en el programa FORTIUS y 136 sirvieron de control. Como se aprecia en la tabla 60 no se encontró diferencias significativas en edad ni en género entre los grupos. Sin embargo, el grupo experimental estaba significativamente peor en ansiedad, depresión y salud (tabla 61).

Tabla 60. Análisis diferencias sociodemográficas entre GE y GC.

		GE	GC	χ^2	t	gl	p
Edad	12	129	51		-0,89	441	0,37
	13	178	85				
Género	chicos	151	66	0,02		1	0,90
	chicas	156	70				

Tabla 61. Diferencias en variables psicológicas

	PRETEST		<i>t</i>	gl	<i>p</i>
	GE	GC			
	M (DE)	M (DE)			
Ansiedad (SCAS)	25,80 (12,66)	20,95 (10,39)	4,23 ^a	311, 56	0,00
Depresión (CDI)	9,34 (5,77)	7,41 (5,27)	3,33	439	0,00
Ira (STAXI)					
Estado	8,44 (1,10)	8,5 (1,91)	-0,42	429	0,67
Rasgo	13,23 (3,05)	12,81 (3,13)	1,3	420	0,19
Control	17,75 (3,70)	18,11 (3,93)	-0,91	417	0,37
Salud (CHIP-CE)	172,67 (16,49)	180,68 (15,11)	-4,82	439	0,00

^a Se rechazó la Ho de igualdad de varianzas

A los padres les fue enviada una carta explicativa del programa en la que se les solicitaba su consentimiento informado para la administración de los cuestionarios a sus hijos. Se utilizó un “consentimiento pasivo” (véase anexo 12) , como en el estudio de Stallard et al. (2008), donde solo deben informar los padres que desean que sus hijos no participen en el estudio. De los cuatrocientos cincuenta y tres padres solo 162 completaron el pretest (36,57%), de los que el 77,16% pertenecían al GE y el 22,84% al GC. Como ocurre en otros estudios la participación de los padres en el postest y el seguimiento fue aún menor (Lyneham y Rapee, 2011).

En el caso de los padres, también hubo diferencias significativas en varias de las variables emocionales estudiadas en la fase pretest (tabla 62).

Tabla 62. Análisis estadístico de las diferencias en la evaluación pretest entre el GE y GC en las medidas para padres.

	PRETEST PADRES				
	GE	GC	<i>t</i>	gl	<i>p</i>
	M (DE)	M (DE)			
Ansiedad (SCAS)	16,36 (10,53)	11,08 (7,41)	2,94	160	0,00
Depresión (CDI)	2,10 (2,36)	1,09 (1,22)	3,46 ^a	1080,65	0,00
Problemas del comportamiento (CBCL)					
Chicos					
Problemas interiorizantes	16,21 (13,65)	9,0 (10,21)	1,91	70	0,06
Problemas exteriorizantes	14,6 (12,99)	7,87 (8,99)	1,89	70	0,06
Otros problemas	5,7 (3,93)	4,0 (2,7)	1,56	70	0,12
Chicas					
Problemas interiorizantes	11,93 (8,18)	7,05 (4,97)	3,36 ^a	59,59	0,00
Problemas exteriorizantes	14,46 (12,2)	8,45 (6,98)	2,86 ^a	63,54	0,01
Otros problemas	5,01 (3,88)	3,45 (2,7)	1,75	88	0,08

^a Se rechaza la Ho de igualdad de varianzas

En el posttest se llevó a cabo una valoración del programa en la que participaron los adolescentes del GE (n = 344), las madres y padres (n = 100), los monitores del programa (n = 7) y profesores tutores que asistieron al programa como observadores (n = 9).

4.2.2 Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 3, con un factor inter: grupo experimental (programa FORTIUS) y grupo control (sin intervención), y un factor intra: pretest, posttest y seguimiento al año.

4.2.3 Procedimiento

Los escolares participantes de ambas condiciones experimentales completaron los cuestionarios en tres momentos temporales: antes, después y a los 12 meses de la aplicación del programa. Las pruebas fueron administradas colectivamente en el aula en horario escolar por psicólogos (coordinados y supervisados por la autora de la tesis) que leyeron las instrucciones en voz alta, resolvieron dudas de forma individualizada cuando fue necesario y se aseguraban de que los alumnos respondían los cuestionarios de forma independiente. El orden de las pruebas se estableció aleatoriamente. Además, para evitar sesgos, tanto los psicólogos que administraban las pruebas como los escolares participantes desconocían el objetivo del estudio, hasta finalizar las tres evaluaciones de éste.

Al acabar se entregó a cada participante un sobre dirigido a sus padres que incluía una carta explicativa y una batería de pruebas. Los sobres con los cuestionarios cumplimentados por padre/madre o ambos eran recogidos una semana más tarde en el colegio.

Los monitores fueron 7 psicólogos. Se les entregó el manual del *Programa FORTIUS: Desarrollo de la fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*” (Méndez et al., 2013), con el que se llevó a cabo la formación intensiva de 24 horas que incluyó:

- *Lectura, reflexión y adaptación*: los monitores comentaban qué les había parecido el programa FORTIUS, así como posibles mejoras o pequeñas modificaciones en algunas de las actividades, especialmente se comentaron cambios respectivos a la edad a la que se iba aplicar el programa. Se mantuvieron todas las actividades del programa, y solo se efectuaron pequeños cambios en algunos de los ejemplos y actividades, por ej., en la explicación del triángulo de la personalidad la situación que plantea el programa era “*la madre de un niño/a no ha llegado a recogerlo a la salida del colegio*”, que se sustituyó por “*un chico llega nuevo a un colegio y en ese curso hay un viaje de estudios*”, ya que se consideró que en 1º y 2º de la ESO generalmente los padres no recogen a los escolares a la salida del centro, mientras que la ansiedad que puede producir llegar nuevo y decidir si realizar un viaje de estudios o no, era una situación más acorde con la edad, y en la que podían sentirse más identificados.
- *Explicación y práctica de las sesiones FORTIUS*: la mayor parte de las horas de formación se dedicaron a explicar, desarrollar y realizar rol-playing de cada una de las sesiones del programa. También se solucionaban dudas o cuestiones que pudieran surgir, y se ofrecía feedback de la práctica realizada.

- *Pautas para las evaluaciones*: los monitores también administraron los cuestionarios de las 3 evaluaciones. Se les detalló en qué consistía cada cuestionario, cómo explicarlo adecuadamente, cómo solucionar dudas (y cuáles eran las más frecuentes), tiempo estimado en el desarrollo, etc. Se ofrecieron pautas por escrito a cada uno de los monitores, que incluyeron las instrucciones orales previas a cada cuestionario, los ejemplos que se debían escribir en la pizarra, etc.

Como complemento en la formación, se les facilitaba a los monitores, varios días antes de cada sesión, una grabación de audio que incluía el desarrollo, en contexto real, de la sesión a realizar por parte de los monitores, con la finalidad de que les sirviera de modelo y les ayudara en la aplicación. La grabación era realizada por la autora de este estudio, también monitorea del programa, cuya adherencia al manual de la intervención fue del 99%, evaluada por un colaborador externo.

Para controlar la integridad de la intervención preventiva, 6 evaluadores, con la formación en FORTIUS anteriormente mente descrita, asistieron al azar a las sesiones y valoraron la calidad y el ajuste al protocolo del programa por medio de un conjunto de ítems valorados con una escala de 1 a 5 (anexo 13). Se consideró finalizado con éxito el entrenamiento cuando la puntuación de los ítems fue superior a 4,5 y en el caso del único ítem inverso inferior a 1,50. En total estuvieron presentes en 63 sesiones, registrando como mínimo el 50% de las sesiones FORTIUS de cada monitor, sin previo aviso. La adherencia global al programa fue 95,8%.

Por medio del cuestionario, además del ajuste global de la sesión, se valoraron diferentes aspectos, por ejemplo, si el monitor se ajustó al tiempo previsto para la sesión, etc. (véase tabla 63),

Tabla 63. Valoración de la aplicación de los monitores de las sesiones FORTIUS.

Evaluación aplicación del programa	M (DE)
Ajuste contenidos manual	4,71 (0,46)
Desarrollo correcto de actividades	4,81 (0,40)
Corrección correcta de actividades	4,86 (0,35)
Explicación según manual	4,75 (0,44)
Ejemplos según manual	4,86 (0,35)
Corrección tarea para casa	4,78 (0,42)
Tarea divertida	4,76 (0,61)
¿Olvida algo?	1,16 (0,57)
Sesión en tiempo previsto	4,79 (0,41)
Ajuste y calidad sesión	4,79 (0,41)

Nota: 1=Nada o nunca; 2 = Poco o pocas veces; 3 = Bastante o bastantes veces; 4 = Mucho o muchas veces; 5 = Siempre o todas las veces.

Los profesores tutores del GE permanecían en el aula, como observadores del programa, de su respectivo grupo mientras los monitores impartían las sesiones FORTIUS. Con la observación del programa por parte de los tutores se cumplió varias finalidades: conocer su opinión sobre el programa tras su finalización, formación FORTIUS en caso de que el centro decidiera aplicar el programa en otros años académicos con los profesores como monitores, y ayuda en la supervisión del comportamiento de los escolares en la clase.

4.2.3.1 Instrumentos

Auto-informes cumplimentados por los adolescentes

1. Ansiedad. Para evaluar la ansiedad se utilizó la Escala de ansiedad para niños de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*; Spence, 1998) (véase anexo 14). Se administra a niños y adolescentes de 8 a 17 años. Consta de 44 ítems que evalúan los trastornos de ansiedad generalizada, pánico/agorafobia, fobia social, ansiedad por separación, obsesivo-compulsivo y fobia específica. Incorpora 6 ítems “de relleno” de naturaleza positiva para contrarrestar la tendencia a responder negativamente. Emplea una escala de estimación de la frecuencia tipo Likert de cuatro puntos: *nunca* (0), *a veces* (1), *muchas veces* (2), *siempre* (3). La puntuación de la escala se calcula sumando las puntuaciones de las seis subescalas. En nuestra investigación utilizamos la adaptación española (<http://www.scaswebsite.com/>), validada con niños desde los 8 años (Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada, 2011) y con adolescentes hasta los 17 años (Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011). La consistencia interna, alfa de Cronbach, obtenida con nuestra muestra fue *excelente* ($\alpha = 0,88$), muy similar al estudio de la adaptación española ($\alpha = 0,89$) (Orgilés, Méndez, et al., 2011). Los datos de validez muestran una correlación *adecuada* ($r = 0,41$) con la ansiedad – rasgo (STAIC; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y una correlación negativa ($r = -0,65$) con la dimensión positiva de bienestar (CHIP-CE; Rajmil et al., 2004). La validez divergente se evaluó con la depresión (CDI; Del Barrio y Carrasco, 2004), donde no se encontró correlación ($r = -0,004$).

Depresión. Los síntomas de depresión fueron medidos con el Cuestionario de depresión infantil (*Children's Depression Inventory, CDI*) de Kovacs (1992) (véase

anexo 15). El CDI es el cuestionario más usado para evaluar la sintomatología depresiva en la infancia. Tiene 27 items con 3 opciones de respuesta puntuados como 0, 1 ó 2. Se usó la adaptación española para niños de 7 a 15 años (Del Barrio y Carrasco, 2004). El alfa de Cronbach de la muestra fue *buena* ($\alpha = 0,82$), como la de la población española ($\alpha = 0,80$). La validez convergente con la inestabilidad emocional (BFQ-N; Barbaranelli, Caprara y Rabasca, 1998; Barbaranelli, Caprara, Rabasca y Pastorelli, 2003) fue *adecuada* ($r = 0,46$), mientras que fue *inadecuada* ($r = -0,05$) con la dimensión de Inactividad general de temperamento (DOTS-R; Windle y Lerner, 1986; (Windle et al., 1986), mostrando adecuada validez divergente (Del Barrio y Carrasco, 2004).

Ira. La ira fue evaluada con el Inventario de expresión de ira estado – rasgo en niños y adolescentes (*State – Trait Anger Expression Inventory – Child and Adolescent*; STAXI-NA; Spielberger, 1988) (véase anexo 16). Sus 32 items evalúan ira estado, ira rasgo, expresión de la ira y control de la ira. La ira es conceptualizada con dos dimensiones principales: *ira – estado*, reacción de ira puntual y concreta a una situación; e *ira – rasgo*, disposición de los sujetos que les hace más o menos proclives a desarrollar frecuentes e intensos estados emocionales. En este estudio se evaluó también la dimensión *control de ira*, que incluye estrategias de dominio de la ira tanto externas (salidas adecuadas de ira), como internas (relajación, respiración para calmarse, etc.). Por tanto, mientras que puntuaciones elevadas de las dimensiones de ira – estado e ira – rasgo se corresponden con estados negativos intensos de ira, puntuaciones altas en la tercera dimensión, control, se corresponde con estrategias deseables y positivas de manejo de la ira. El cuestionario STAXI-NA tiene 3 opciones de respuesta: 1 (*poco*), 2 (*bastante*), 3 (*mucho*). Se usó la adaptación española de Del Barrio et al. (2005) para niños y adolescentes de 8 a 17 años, la consistencia interna de este estudio para estado,

rasgo y control fue *buena* para estado y *adecuada* para el resto ($\alpha = 0,80$, $\alpha = 0,72$ y $\alpha = 0,78$ respectivamente), siendo muy similar a la de la de la población española ($\alpha = 0,81$, $\alpha = 0,71$ y $\alpha = 0,74$). Las correlaciones del STAXI-NA con otros instrumentos han sido ampliamente estudiados en la adaptación española (Del Barrio et al., 2005), donde podemos destacar la validez convergente de la ira – estado e ira – rasgo con la agresividad física y verbal (AFV; Caprara y Pastorelli, 1993) que varió entre *adecuada pero con algunas carencias* y *buena* ($r = 0,36 - 0,57$), y divergente ($r = - 0,06 - 0,06$) con la dimensión Liderazgo de la Batería de Socialización (BAS-3; Silva y Martorell, 1989). Con el control de ira destaca la validez convergente con la dimensión Estabilidad emocional (BFQ; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993), que fue *adecuada pero con algunas carencias* ($r = 0,30 - 0,33$), y la validez divergente con la dimensión Extraversión (EPQ-J; Eysenck y Eysenck, 1975) donde apenas se encontró correlación ($r = 0,07 - 0,09$).

Salud. La salud percibida fue evaluada con el Perfil de Salud Infantil (*Chile Health and Illnes Profile-Child Edition*, CHIP-CE; Rebok et al., 2001; Riley et al., 2004) (véase anexo 17), cuestionario genérico de salud en la infancia desarrollado en EE.UU. y que ha sido validado al español (Rajmil et al., 2004).

Existe una versión para niños de 6-12 años (CHIP-CE) y una versión para adolescentes de 12 a 19 (CHIP-AE; Rajmil et al., 2003; Starfield et al., 1993; Starfield et al., 1995). Sin embargo, ambas versiones presentan limitaciones para las edades de transición, y existe incertidumbre de qué versión escoger en los primeros años de la adolescencia (Bevans, Riley y Forrest, 2010). Por ello, recientemente se han combinado

ambas versiones para crear el *Healthy Pathways Child-Report Scale* (Bevans et al, 2010). Sin embargo, no se ha realizado adaptación española.

Por tanto, se decidió escoger la versión de niños para facilitar la comprensión y agilizar el proceso de evaluación, dado que el tiempo estimado de cumplimentación es de 45 y 20 minutos para el CHIP-AE y CHIP-CE, respectivamente.

El CHIP-CE contiene 45 ítems que evalúan 5 dimensiones en las últimas 4 semanas: satisfacción, bienestar físico y emocional, conductas positivas de salud, riesgos, funciones (tareas escolares) y enfermedades. Estas dimensiones se puntúan en sentido positivo de la salud y, por lo tanto, las puntuaciones más altas indican más satisfacción, más bienestar, menos riesgos, menos enfermedades y mejor función. Las diferentes escalas se suman en una puntuación total de salud cuya consistencia interna para la muestra fue *adecuada* ($\alpha = 0,71$), en concordancia con la adaptación española (Estrada et al., 2012). Para el estudio de la validez en la adaptación española se comparó las puntuaciones en el CHIP-CE entre niños saludables y niños con probabilidad de ser casos clínicos (a partir del cuestionario para padres CBCL) encontrándose diferencias con un tamaño del efecto entre 0,21 – 0,39.

Instrumentos cumplimentados por los padres:

Ansiedad. Se usó la forma para padres del Cuestionario de ansiedad de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale; SCAS-P*; Spence, 1999) (véase anexo 18). Los ítems son reformulados para que ser contestados por los padres, por lo que al igual que en la versión de niños, se evalúan 6 trastornos de ansiedad cuyas puntuaciones se suman para la obtención de una puntuación total en ansiedad. También hay 4 opciones de respuesta

que varían desde 0 (*nunca*) a 3 (*siempre*). La consistencia interna de la versión de padres fue *excelente* ($\alpha = 0,88$) al igual que la del instrumento ($\alpha = 0,89$) (Nauta et al., 2004). La validez fue estudiada con el cuestionario CBCL (Achenbach, 1991), donde se obtuvo una correlación convergente *buen*a ($r = 0,59$) con los problemas interiorizantes, y *adecuada pero con algunas carencias* ($r = 0,34$) con los problemas exteriorizantes (validez divergente).

Depresión. Se utilizó la versión abreviada del CDI, *CDI Short Form- Parents Version* (CDI-S; Kovacs, 1992) (véase anexo 19) que contiene 10 ítems con los síntomas esenciales de depresión. Dada la baja devolución de cuestionarios por parte de los padres, se usó la versión abreviada para reducir el tiempo de cumplimentación y obtener la máxima participación, ya que el CDI y el CDI- Short Form han obtenido alta correlación ($r = 0,89$), indicando resultados comparables, tanto en su forma americana como su adaptación española (Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002). La consistencia interna de CDI-S en este estudio fue *adecuada* ($\alpha = 0,73$), al igual que la de la población española ($\alpha = 0,71$). La validez ha sido estudiada para la adaptación española del CDI-S de la versión de niños, pero no para la de padres (Del Barrio et al., 2002).

Problemas de comportamiento. Se utilizó el Inventario de Conducta de Niños (Child Behavior CheckList; CBCL /6-18; Achenbach, 1991) (véase anexo 20), la medida para padres más frecuentemente usada para medir los problemas de comportamiento en los niños de 6 a 18 años. Se usó la sección 2 formada por 120 ítems que ofrecen información sobre problemas interiorizantes, exteriorizantes y otros problemas durante los últimos 6 meses. Los padres deben valorar los ítems presentados

en función de la frecuencia de aparición en su hijo con la escala: 0 (*no es cierto*), 1 (*algo*) y 2 (*cierto muy a menudo o bastante a menudo*). La corrección es diferente según sexo. Respecto a la adecuación de la medida, el CBCL es un instrumento con multitud de estudios multiculturales que ofrecen un alfa de Cronbach alta (Achenbach, y Rescorla, 2001). Con población infantil española la consistencia interna fue adecuada para los problemas interiorizantes ($\alpha = 0,71$ en niños, y $\alpha = 0,81$ en niñas) y buena para los problemas exterizantes ($\alpha = 0,83$ en niños, y $\alpha = 0,87$ en niñas) (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997). En este estudio la consistencia interna fue *excelente* tanto para los problemas interiorizantes ($\alpha = 0,91$ en niños, y $\alpha = 0,85$ en niñas), como exteriorizantess ($\alpha = 0,93$ en niños, y $\alpha = 0,92$ en niñas). La correlación de la versión original (Achenbach y Rescorla, 2001) de los problemas interiorizantes con el diagnóstico de depresión (DSM-IV; Albano y Silverman, 1996) fue *adecuada* ($r = 0,45$), y entre los problemas exteriorizantes y el trastorno del comportamiento *adecuada pero con algunas carencias* ($r = 0,30$).

Valoración del programa.

Los adolescentes participantes, padres, madres, tutores y monitores de FORTIUS cumplieron, después del programa y de forma anónima, varias escalas de valoración de la intervención. En total existen 5 escalas diferentes (anexo 21):

- 1) *Utilidad de las principales actividades y prácticas del programa*: consiste en 12 ítems, que describen las principales actividades de las sesiones, con 10 opciones de respuesta que varían desde 0 (*nada útil*) hasta 10 (*muy útil*);

2) *Grado de interés de los eslóganes del programa*: son 12 ítems que reflejaban el eslogan de cada una de las sesiones y se valoran con 10 opciones de respuesta que varían desde 0 (*nada interesante*) a 10 (*muy interesante*);

3) *Valoración global del programa*: compuesta por 10 ítems con 10 opciones de respuesta, en los que se les pregunta el grado de opinión del programa como: 1) bueno, 2) atractivo, 3) interesante, 4) útil, 5) favorable, 6) fácil, 7) valioso, 8) satisfacción alcanzada, 9) si lo recomendaría a un amigo, y 10) si les ayuda en su vida;

4) *Frecuencia de aplicación del decálogo FORTIUS*: es una escala específica para padres, y consistente en 10 ítems dónde se les pregunta por la frecuencia de conductas que se les recomendó en el Decálogo de FORTIUS, cómo hablar con su hijo sobre FORTIUS, comprobar que realiza las tareas del programa e interesarse sobre ellas, fomentar el uso de los eslóganes, etc (véase anexo 22). Hay 10 opciones de respuesta que varían desde 0 (*nunca*) a 10 (*todos los días*); y

5) *Grado de dificultad de la aplicación de FORTIUS*: es una escala específica para los monitores del programa, que deben valorar la dificultad de implementación de las principales actividades FORTIUS descritas en 12 ítems. Hay 10 opciones de respuesta que varían desde 0 (*ninguna dificultad*) a 10 (*máxima dificultad*).

Las 3 primeras escalas son cumplimentadas por todos los evaluados, a excepción de la primera escala (utilidad de los componentes) en el caso de los padres, que se

sustituye por la escala 4, sobre frecuencia de aplicación del Decálogo FORTIUS. Los monitores cumplimentan también la escala 5, sobre dificultad de implementación de las actividades.

4.2.3.2 Intervención

El programa FORTIUS consistió en: a) una sesión inicial con los padres y, b) 12 sesiones con los escolares, realizadas con periodicidad semanal en el horario escolar, concretamente en la hora destinada a impartirse las “tutorías”.

Lamentablemente no fue posible realizar las sesiones de seguimiento previstas por falta de disponibilidad de tiempo por parte del centro, sobrecarga de actividades y finalización del curso.

A continuación se describen las sesiones de la intervención llevada a cabo. Para una descripción más detallada del programa consúltese el manual FORTIUS (Méndez et al., 2013).

Sesión FORTIUS con los padres

En los dos centros donde se implementó el programa FORTIUS se realizó una sesión informativa de la intervención antes de su aplicación, tal y como indica el manual FORTIUS, dónde se llevó a cabo lo siguiente:

- 1) se presentó el programa a los padres,
- 2) se expuso su lógica,
- 3) se describió el programa,

- 4) se resaltó la utilidad del programa y se solicitó el consentimiento informado,
- 5) se fomentó la colaboración de los padres, y
- 6) se les entregó el Decálogo FORTIUS (anexo 22), con directrices a seguir, como por ejemplo, hablar sobre el programa con su hijo/a, comprobar que realiza las tareas FORTIUS, etc.

En esta charla informativa sólo asistieron el 17.38% de los padres. A los no asistentes se les hizo llegar el Decálogo FORTIUS por medio de sus hijos.

Sesiones FORTIUS con los escolares

Las 12 sesiones llevadas a cabo con los escolares tienen la siguiente estructura:

- 1) Revisar la tarea para casa asignada en la sesión anterior.
- 2) Explicar los contenidos y realizar la actividad 1 de la sesión.
- 3) Explicar los contenidos y realizar la actividad 2 de la sesión.
- 4) Asignar la tarea para casa que se revisará en la sesión siguiente.
- 5) Realizar una actividad divertida.

Hay dos excepciones: la sesión inicial donde el apartado uno se sustituye por la presentación del programa, y la sesión final, donde el último apartado se reemplaza por la celebración de la fiesta FORTIUS.

En todas las sesiones el eslogan correspondiente se escribe en la pizarra al inicio de la sesión y se expone en la diapositiva final, manteniéndose como telón de fondo mientras se realiza la actividad divertida.

A continuación se describen los contenidos y actividades específicos de cada sesión:

Sesión 1: Psicoeducación

Los objetivos principales de la sesión 1 son presentar el programa a los participantes, motivarlos en la participación y la práctica, y realizar ejercicios de psicoeducación.

Se comienza la sesión colocando el póster 1 (“FORTIUS”) en el aula y se mantiene hasta el final del programa. El desarrollo de la sesión 1 es, de forma esquemática, el siguiente:

1. Presentación del programa de fortaleza psicológica.

1.1. El lema olímpico “*Citius, Altius, Fortius*”. Significado de la palabra “Fortius”.

Se resalta el sentido de superación personal de un atleta, de sacar lo mejor de uno mismo, y se compara la fortaleza física con la fortaleza psicológica.

1.2. Concepto de fortaleza psicológica.

Se les pide que digan qué entienden por “Fortaleza psicológica”. Posteriormente, con ayuda de la diapositiva, se les explica que fortaleza no es no tener miedo, dificultades o problemas, sino enfrentar el miedo, afrontar las dificultades e intentar resolver los problemas.

2. Fomentación de la participación y la práctica.

2.1. Utilidad del programa FORTIUS.

Se desarrolla la utilidad de FORTIUS, explicando que se aprenderán habilidades para la vida, y que como toda habilidad, resulta necesario practicar.

3. Explicación de la estructura de la personalidad.

3.1. Explicación del triángulo de la personalidad.

La personalidad es un triángulo que tiene tres ángulos (sentimientos, comportamientos y pensamientos).

3.2. Actividad de lápiz y papel 1.

La actividad consiste en la clasificación de reacciones positivas y negativas de sentimientos, comportamientos y pensamientos.

3.3. Explicación de los triángulos averiados y guay de la personalidad.

Se muestra cómo, ante una misma situación, podemos presentar un triángulo averiado (pensamiento, sentimiento y comportamiento negativos) o guay (pensamiento, sentimiento y comportamiento positivo). Se recalca la importante relación entre los 3 ángulos de la personalidad.

3.4. Actividad de lápiz y papel 2.

En esta actividad se presentan varios ejemplos de situaciones de un/a chico/a de su edad y ellos deben especificar cómo sería un triángulo averiado y guay en cada ejemplo.

4. Asignación de una tarea.

En esta tarea para casa los participantes deben identificar una situación donde funcionan con un triángulo averiado de la personalidad y describir cada uno de los ángulos.

5. Realizar una actividad divertida.

El eslogan de esta primera sesión es: “Cuanto más practique, más aprenderé”, y pretende recalcar la idea que las competencias que enseña el programa FORTIUS son habilidades para la vida, y como ocurre cómo otras habilidades (escribir, sumar...) se aprenden practicando. Por ello es importante e imprescindible que practiquen lo aprendido con FORTIUS.

Sesión 2: Relajación

El objetivo principal de esta segunda sesión enseñar a los escolares relajación muscular progresiva. Además se amplía la psicoeducación de la personalidad y su funcionamiento.

Se coloca el póster 2 (“Relajación muscular”) y se deja hasta durante las próximas sesiones. El esquema de esta sesión 2 es el siguiente:

1. Revisar la tarea para casa.

Se comenta la tarea para casa, se resuelven dudas y se fomenta la participación.

2. Explicación del funcionamiento de la personalidad.

2.1. Explicación del sacacorchos de la personalidad.

Se les enseña que la personalidad funciona como la hélice de un sacacorchos, donde lo positivo la impulsa hacia arriba y lo negativo hacia abajo.

2.2. Actividad de papel y lápiz 1.

Esta actividad consiste en que el participante escriba 5 cosas que impulsan la hélice hacia arriba y 5 hacia abajo.

3. Practicar la relajación muscular progresiva con y sin tensión.

3.1. Explicación de la relajación muscular.

Se explica a los escolares que la relajación es la mejor forma de combatir la tensión psicológica. Se utiliza la analogía del cuerpo y el coche: el cuerpo es como un coche, que tiene un acelerador y un freno, cuando alguien está nervioso o enfadado se acelera y el freno es la relajación que induce a la tranquilidad y calma. También se asocia la tensión a un robot, que está rígido, frío y duro; y la relajación a un muñeco de trapo o marioneta, donde los músculos están flojos, cálidos y sueltos.

3.2. Demostración de cada ejercicio de tensar-relajar por grupos musculares.

El monitor describe y realiza despacio una demostración, posteriormente resuelve las dudas de los participantes.

3.3. Práctica de la relajación muscular progresiva con y sin tensión.

Tras acondicionar la sala (bajar persianas, etc.), el monitor guía verbalmente a los participantes la práctica de la relajación por los grupos musculares, por medio de unas instrucciones detalladas en el manual.

4. Asignación de una tarea.

En esta segunda tarea para casa los participantes deben practicar la relajación de diez a quince minutos todos los días, a la misma hora si es posible, de acuerdo con la “guía de relajación” que se les entrega, y deben rellenar el “Auto-registro de relajación”.

5. Realizar una actividad divertida

El eslogan de esta segunda sesión es: “Contra tensión... relajación” y pretende resumir, fomentar y ayudar a recordar la nueva estrategia y práctica aprendida.

Sesión 3: Respiración

El objetivo de esta tercera sesión es entrenar a los participantes en la respiración abdominal y practicarla junto con la relajación muscular sin tensar. Esta sesión consta de los siguientes puntos:

1. Revisar la tarea para casa.

Se pregunta por cuales han sido los grupos musculares más difíciles de relajar y se escriben en la pizarra. Se fomenta la participación y se felicita a los que intervienen.

2. Practicar la relajación muscular sin tensar

Se expone que es normal experimentar sentimientos negativos, como ansiedad, tristeza y rabia, son normales. Por ejemplo sentir nervios cuando uno es conductor novato y se pone delante del volante. El problema no es sentir, sino sentir exageradamente y experimentar estas emociones negativas de forma desmesurada. Es normal ponerse nervioso antes de un examen difícil, pero es exagerado ponerse tan nervioso que se quede en blanco durante el examen. La relajación es el regulador de estos sentimientos negativos, que nos permite ajustar su intensidad.

Tras explicar la utilidad de la relajación se practica la relajación si tensar. El monitor guía verbalmente la práctica con las instrucciones del manual.

3. Practicar la respiración lenta y profunda

3.1. Explicación.

Se enseña que hay dos tipos de respiración: rápida y superficial, y lenta y profunda. El monitor explica que la 1º es la que utilizamos cuando nos aceleramos y necesitamos cantidad extra de aire, por ejemplo cuando hacemos deporte o estamos tensos. Por el contrario, la 2º es la que utilizamos cuando estamos dormidos, tranquilos o relajados y no necesitamos aire extra. Se explica a los participante que la respiración lenta y profunda es otra excelente forma de combatir la tensión psicológica

3.2. Demostración.

El monitor describe y realiza una demostración de cómo realizar la respiración diafragmática.

3.3. Práctica.

El monitor guía un ensayo de prueba de la respiración lenta y profunda y va realizando feedback de la práctica. Posteriormente, pide que cierren los ojos y que repitan ciclo veces el ciclo completo de la respiración enseñada.

3.4. Actividad de papel y lápiz 1.

Los participantes deben señalar en un dibujo del cuerpo humano los músculos o zonas del cuerpo donde sienten más tensión cuando están nerviosos o ansiosos.

4. Asignar una tarea para casa.

Los participantes deben practicar la relajación y la respiración todos los días en casa y cumplimentar el auto-registro.

5. Realizar una actividad divertida.

El eslogan de esta tercera sesión es: “Cuando la tensión achucha...respiración lenta y profunda”, que se muestra durante la actividad divertida y hasta el final de la sesión.

Sesión 4: Visualización

El objetivo de esta sesión es entrenar a los participantes en relajación, respiración y visualización, encadenándolas. También se desarrollan explicaciones y

actividades de psicoeducación de los sentimientos negativos, explicándose su función.

Los principales puntos de esta sesión son:

1. Revisar la tarea FORTIUS.

El monitor pregunta por el grado de relajación conseguido con la respiración lenta y profunda, felicitando a los participantes por practicar en casa y por comentar sus experiencias.

2. Practicar la integración de la relajación sin tensión, la respiración diafragmática y la visualización.

El monitor explica la tercera forma que existe para combatir la tensión psicológica: la visualización. Se encadenan los tres tipos de relajaciones con el triángulo de la personalidad: un triángulo guay de la personalidad, es aquel donde imagino una playa tranquila (pensamientos), aflojo los músculos y respiro profundamente (comportamientos) y me siento relajado y a gusto (sentimientos).

A continuación el monitor acondiciona la sala y guía la práctica en visualización, por medio de las instrucciones que especifica el manual.

Posteriormente explica el método de la cuenta, que consiste en relajar sin tensar, en respirar profundamente y en visualizar una imagen que evoque tranquilidad, contando de uno a diez.

Finalmente se realiza una práctica de la relajación usando el método de la cuenta, donde el monitor guía verbalmente a los participantes.

3. Utilidad de los sentimientos negativos.

3.1. Explicación de la función de los sentimientos negativos.

El monitor pregunta a los participantes por la función del dolor. Posteriormente expone el ejemplo de estar apoyado en la calefacción. Si el dolor no existiera se producirían quemaduras, pero el dolor que sentimos del calor extremo de la calefacción nos alerta para que nos protejamos. Del mismo modo, los sentimientos negativos como la ansiedad y el miedo, son una alarma psicológica frente al peligro y las amenazas a nuestro bienestar.

3.2. Actividad de papel y lápiz 1.

La actividad consiste en explicar para qué sirve los sentimientos negativos de vergüenza, tristeza e ira.

4. Asignar una tarea para casa.

Practicar la relajación, la respiración y la visualización todos los días en casa, con el método de la cuenta, y cumplimentar el auto-registro.

5. Realizar una actividad divertida.

Para la tarea divertida de esta sesión se propone que, por grupos, los participantes realicen eslóganes comerciales o un anuncio de las galletas Resvineda. Las galletas Resvineda, inventadas por la fábrica FORTIUS, tienen 3 sabores: sabor relajación, sabor respiración y sabor visualización. Toma cada sabor según la situación, por ej., si estás nervioso y preocupado porque tus padres se han ido de viaje, prueba el sabor relajación, o si estás enfadado porque tus padres te riñen y estas a punto de estallar, toma sabor respiración.

El eslogan de esta tercera sesión es: “¡Emociónate, vive!” y su finalidad es aprender a valorar positivamente los sentimientos. Se les transmite que sentir es bueno, significa que estamos vivos, que la vida es una aventura emocionante.

Sesión 5: Estilos interpersonales

El objetivo de esta sesión es que los participantes conozcan los estilos de comportamiento (asertivo, pasivo y agresivo) y realicen una valoración de las ventajas del comportamiento asertivo frente a los inconvenientes del comportamiento pasivo o agresivo.

Al principio de esta sesión se retira el póster expuesto y se coloca el poster 3 (“FORTIUS y el Bueno, el Feo y el Malo). Posteriormente se desarrolla la sesión, que consta de:

1. Revisar la tarea para casa.

Se pregunta a los participantes por el grado de relajación conseguido con integración de la relajación sin tensar, la respiración lenta y profunda y la visualización. Se felicita a los participantes por practicar en casa y por los logros alcanzados.

2. Explicación de la regla de oro de las relaciones interpersonales

El monitor pregunta qué entienden los participantes por relaciones interpersonales. Tras la respuesta, expone cómo éstas se basan en la reciprocidad y pregunta si conocen la regla de oro. Posteriormente la enuncia: “Trata a los demás como te gusta que te traten a ti y no hagas a los demás lo que no te gusta que te hagan a ti”.

2.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Los escolares escriben la regla de oro de las relaciones interpersonales y ejemplos de su aplicación en la vida diaria.

3. Explicación del comportamiento asertivo, tímido y agresivo

El monitor explica los tres estilos de relacionarse: el Bueno (asertivo) es aquel que respeta a los demás y también así mismo, disfruta con la gente y es sincero y auténtico; el Feo (pasivo o tímido) es aquel que no se respeta así mismo, se asusta de la gente y deja que los demás impongan lo que piensan y sienten; y el Malo (agresivo) es aquel que no respeta a los demás, que asusta a la gente e impone lo que piensa y siente. Se leen en voz alta varios ejemplos de los 3 estilos de comportamiento en la misma situación.

3.1. Actividad de papel y lápiz 2.

Los participantes deben analizar el comportamiento asertivo, tímido y agresivo de los ejemplos de los estilos de comportamiento previamente vistos.

4. Valorar los tres tipos de comportamiento social.

El monitor pregunta por las ventajas del estilo de relación asertivo (el Bueno) e inconvenientes de los estilos de relación tímido o pasivo y agresivo (el Feo y el Malo). Posteriormente se leen las ventajas e inconvenientes de la ficha “¿Tú quien quieres ser?” de su cuadernillo FORTIUS.

5. Asignar una tarea para casa.

Los participantes deben cumplimentar el “Auto-registro Relaciones Interpersonales: Receptor”. Para ello deben fijarse esa semana en los comportamientos de los demás y clasificarlo como “el Bueno”, “el Feo” y “el Malo”, así como anotar la reacción posterior que ellos tuvieron.

6. Realizar una actividad divertida.

El eslogan de esta quinta sesión es: “Uno para todos, todos para uno” dirigido a fomentar el comportamiento asertivo.

Sesión 6: escucha activa

El objetivo de esta sesión es enseñar a los participantes a escuchar de forma activa y que practiquen, por medio de rol-playing, los estilos de comportamiento y a identificarlos. El esquema de la sesión es el siguiente:

1. Revisar la tarea FORTIUS

Se revisa la tarea y se aclaran dudas. El monitor pregunta por la reacción de los participantes cuando los demás se dirigen a ellos de forma asertiva, tímida y agresiva, resaltando que la reacción personal varía en función de cómo nos tratan los demás.

2. Enseñar a escuchar con atención.

El monitor explica los 3 tipos de escucha: los “oídos simpáticos”, cuando escuchamos con atención para comprender y ayudar al compañero, los “oídos antipáticos”, cuando se escucha de forma egoísta desviando la conversación o para obtener algo que interesa, y los “oídos sordos” cuando no se escucha y se cambia de tema. El monitor ofrece unas “reglas para escuchar con atención”.

2.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Dados unos ejemplos de emisor-receptor, los participantes deben escribir con qué clase de oídos está escuchando el receptor.

Posteriormente deben contestar a unas preguntas acerca de cómo se sienten ellos cuando los escuchan con “oídos simpáticos”, “oídos antipático” y “oídos sordos”.

3. Practicar la representación de papeles.

El monitor pide a los participantes que formen grupos de 4 o 5 miembros, que inventen una situación y cómo sería el comportamiento de “el Bueno”, “el Feo” y “el Malo”. Posteriormente cada grupo debe representar los papeles de forma aleatoria y el resto de compañeros debe adivinar quién es quién.

3.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Cada participante debe anotar en su “Ficha para la observación” el orden en que los compañeros representan los personajes.

4. Asignar una tarea para casa.

La tarea de esta semana consiste en que escuchen con atención cuando alguien le diga algo importante. Deben anotar cómo escuchan (por ej., si miran a los ojos cuando escuchan, etc.) y también notar cómo responder (por ej., si resumen lo que le han dicho, etc.).

5. Realizar una actividad divertida.

Se propone como tarea divertida otorgar por votación óscares a las mejores representaciones. Se concederán numerosos óscares, por ej., mejor representación “el Bueno”, “el Feo”, “el Malo”, a la situación más original, etc.

El lema de esta sesión es “Rubios o morenos nacemos, simpáticos o antipáticos nos hacemos” e intenta transmitir que nuestra forma de relacionarnos con los demás no es algo innato e inmodificable, sino que por el contrario las habilidades sociales son aprendidas, y pueden trabajarse y perfeccionarse.

Sesión 7: habilidades sociales

El objetivo de la sesión 7 es fomentar en los participantes una práctica adecuada de habilidades sociales como presentarse, hacer amigos, peticiones, formular quejas, etc. Los principales puntos de la sesión son los siguientes:

1. Revisar la tarea FORTIUS

El monitor pide voluntarios que expongan su auto-registro reforzando el hecho de poner en práctica la escucha activa.

2. Motivar la práctica de las relaciones interpersonales.

El monitor explica que las habilidades sociales se aprenden y, al igual que las habilidades motoras o de otro tipo, se desarrollan y perfeccionan por medio de la práctica.

3. Practicar las habilidades sociales.

Se exponen las pautas de las siguientes habilidades sociales:

- Saludar, presentar e iniciar conversaciones.
- Hacer cumplidos y revelaciones personales.
- Hacer peticiones, aceptarlas y rechazarlas.
- Formular quejas.
- Recibir críticas, aceptarlas y rechazarlas.

Posteriormente el monitor pide a los participantes que hagan grupos de 4 o 5 miembros, asigna a cada uno de ellos una habilidad social y pide que realicen en base a esa habilidad “el guión de una película”, basándose a las indicaciones y ejemplos que se les proporciona en su cuadernillo. Finalmente cada grupo representa el “guión” elaborado, y los compañeros y el monitor les proporcionan feedback positivo y sugieren mejoras.

4. Asignar una tarea para casa.

La tarea para casa de esta sesión consiste en que los participantes realicen esa semana comunicaciones positivas y observen la respuesta del otro/a, cumplimentando el auto-registro.

5. Realizar una actividad divertida.

Puede realizarse de nuevo la actividad de entrega de óscaros a las mejores representaciones.

El lema de esta sesión es “El que tiene un amigo, tiene un tesoro”, centrado en resaltar la importancia de la amistad y de cuidarla adecuadamente.

Sesión 8: Organización de la agenda

El objetivo de esta sesión es enseñar a los participantes a planificar el estudio, a disfrutar de su tiempo libre, y a que establezcan metas adecuadas para mejorar el comportamiento. Los puntos principales de la sesión son:

1. Revisar la tarea FORTIUS

El monitor promueve la puesta en común y resalta que las relaciones interpersonales se fortalecen cuando aumentan los intercambios positivos.

2. Enseñar a organizar la agenda I: planificación del estudio.

El monitor explica la regla de oro de la agenda “Primero la obligación, después la diversión” y la importancia de mantener este orden, ya que de esta forma las ganas de realizar la actividad divertida motivará el cumplimiento de la obligación, además de sentirse satisfecho al concluir y de disfrutar más; mientras que si se hace al revés, después de la actividad divertida se estará cansado y sin ganas de trabajar.

Posteriormente se lee en voz alta y se comenta las indicaciones para planificar el estudio que se detallan en el cuadernillo del participante.

2.1. Actividad de papel y lápiz 1.

En esta actividad los participantes deben orden de una serie de actividades que incluyen obligaciones y actividades de ocio.

3. Enseñar a organizar la agenda II: programación del tiempo libre.

El monitor utiliza el símil de la batería del coche para enseñar el perjuicio de la pasividad frente al beneficio de la actividad: si un coche lleva mucho parado la batería se descarga, y habrá que empujarlo para arrancarlo. Al ponerse en marcha la batería se carga sola, de manera que cuanto más rato está en funcionamiento mejor marchará. De igual forma ocurre con las personas, por ejemplo un chico que está mucho rato en el sofá sin hacer nada, dejando pasar el tiempo, estará aburrido y sin ganas de hacer nada, en cambio si sale con los amigos y hace actividades, sentirá más energía y ganas de disfrutar, y mejor se lo pasará.

Posteriormente el monitor describe los 4 tipos de actividades de tiempo libre que existen:

- Actividades útiles: hacer algo provechoso para uno mismo, para los demás, para la naturaleza, etc., como por ej. cocinar.
- Actividades sociales: relacionarse con familiares, amigos, compañeros, etc., como por ej., salir con los amigos.
- Actividades físicas: hacer ejercicio físico, practicar deporte, mantenerse en forma, etc., como por ej., jugar al fútbol.

- Actividades divertidas: jugar, cultivar una afición, asistir a espectáculos, leer, comer, etc.

Los tipos de actividades de tiempo libre no son excluyentes. Por ej., un chico puede patinar solo o con amigos, de forma que la actividad física puede ser también social. Las actividades más recomendables son aquellas que mayor convergencia, por ej., si un niño tiene que sacar al perro (actividad útil) y queda con otro amigo que también tiene que hacerlo (actividad social), montando los dos en bici (actividad física) o jugando a hacer el caballito (actividad divertida).

3.1. Actividad de papel y lápiz 2.

Los participantes deben seleccionar de una larga lista de actividades propuestas las 20 más atractivas para ellos, siendo 5 actividades de cada uno de los tipos.

4. Enseñar a establecer metas para mejorar el comportamiento.

El monitor explica que para lograr las metas importantes y valiosas en la vida, como aprender en el colegio, dominar la relajación o aprender a tocar un instrumento, se requieren de 3 aspectos: Constancia, Esfuerzo y Trabajo (CET). Se pone de ejemplos de personas que han llevado a cabo estas 3 claves a un premio Nobel, un futbolista y una cantante.

4.1. Actividad de papel y lápiz 3.

Los participantes deben seleccionar un aspecto a conseguir importante para ellos, especificando con metas claras y realistas cómo lograrlo y aplicando la estrategia CET.

5. Asignar una tarea para casa.

Los participantes deben transcribir las 20 actividades de tiempo libre de la tarea de papel y lápiz 2 al auto-registro para casa. Se les anima a llevar a cabo el mayor número de actividades de tiempo libre posible. Al final de cada día tienen que cumplimentar el auto-registro señalando las actividades realizadas, y la valoración global del día.

6. Realizar una actividad divertida.

El lema de esta sesión 8 es “Contra aburrimiento...movimiento”, que pretende resaltar las ventajas de la actividad frente a la pasividad.

Sesión 9: Reestructuración cognitiva

El objetivo de esta sesión es que los participantes comprendan la influencia de los pensamientos negativos y cómo identificarlos, explicarlos y sustituirlos por razonamientos alternativos más saludables.

En esta sesión se sustituye el póster anterior por el póster 4 (“Houston, resolvemos un problema”). El esquema de la sesión es el siguiente:

1. Revisar la tarea FORTIUS.

Se fomenta la puesta en común de la tarea para casa. Se solicita a un voluntario que escriba en la pizarra el número total de actividades de cada día y la valoración global. Se eligen los días más y menos valorados, se resalta el número de actividades de esos días y el hecho de que el día es mejor valorado cuantas más actividades se llevan a cabo.

2. Explicar la influencia de los pensamientos tramposos.

El monitor pide que contesten en su cuadernillo a la pregunta “¿De qué equipo eres?” y posteriormente proyecta un audiovisual que muestra una jugada polémica de un partido de fútbol entre el Madrid y el Barcelona. Después deben contestar “¿Ha sido penalti?”. Se hace una puesta en común, preguntando si coinciden las respuestas y cómo puede influenciarnos la pasión por nuestro equipo.

Posteriormente el monitor explica qué son los pensamientos petardos o tramposos y cómo provocan consecuencias negativas como sentirse culpable de errores que no se han cometido o que se explote de genio sin motivo. Se leen varios ejemplos.

3. Practicar la modificación de los razonamientos petardos.

Uno de los participantes lee en voz alta los 8 tipos de razonamientos petardos que se detallan en su cuadernillo. El monitor se asegura que se comprenden resolviendo dudas y comentando los ejemplos que se detallan.

3.1. Actividad de papel y lápiz 1.

La actividad consiste en unir con flechas cada uno de los ejemplos de razonamientos petardos con el tipo que corresponda.

3.2. Actividad de papel y lápiz 2.

Los participantes deben explicar porqué los razonamientos del ejercicio son petardos, argumentando como científicos competentes.

3.3. Actividad de papel y lápiz 3

La actividad ofrece un amplio ejemplo que muestra cómo cambiar los razonamientos petardos por razonamientos alternativos. Los participantes tienen que hacer como en el ejemplo y escribir razonamientos alternativos para una situación y razonamiento petardo dados.

4. Asignar una tarea para casa.

La tarea para casa de esta sesión es un auto-registro donde los participantes deben escribir los razonamientos petardos que tengan durante esa la semana y sustituirlos por razonamientos alternativos.

5. Realizar una actividad divertida.

El lema de esta sesión es “No confundas peras con manzanas”, haciendo alusión a que no deben de creerse los razonamientos petardos o tramposos.

Sesión 10: resolución de problemas

El objetivo principal de esta sesión es que los participantes aprendan y practiquen cómo resolver problemas con el método de los 5 pasos. Los puntos más importantes de la sesión son:

1. Revisar la tarea FORTIUS.

Se fomenta la puesta en común de la tarea, felicitando a los participantes que intervienen. Se resuelven dudas si las hay.

2. Explicar el método para resolver problemas.

El monitor pregunta a los participantes qué entienden por “problema” y “¿Por qué cuesta tanto resolver problemas?”. Tras la puesta en común se aclaran cuales son las principales dificultades a la hora de resolver problemas, como no tener claro cuál es el problema, actuar de forma impulsiva o bloquearse de miedo o rabia sin centrarse en resolverlo. Posteriormente se explica que es normal tener problemas y se ofrecen los 5 pasos para resolverlos. Posteriormente, uno de los participantes lee el ejemplo de un problema y de los pasos a seguir.

3. Practicar la resolución de problemas.

3.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Se solicita a los participantes que se planteen un problema que tengan o hayan tenido y utilicen los 5 pasos.

4. Poniéndose de acuerdo

El monitor explica que los problemas con frecuencia implican a otras personas, con las que hay que ponerse de acuerdo y llegar a una solución satisfactoria. Uno de los participante lee en voz alta las indicaciones para llegar a acuerdos y el ejemplo que se detalla en su cuadernillo, que también utiliza los 5 pasos.

5. Asignar una tarea para casa.

La tarea para casa consiste en que practiquen el método de los cinco pasos para resolver un problema, para ello deben escoger un problema propio y rellenar el auto-registro como se hizo durante la sesión.

6. Realizar una actividad divertida.

El lema de esta sesión es “Houston, resolvemos un problema”, que también se muestra en el póster desde la sesión previa.

Sesión 11: Auto-instrucciones

El objetivo de esta sesión es que los participantes comprendan la influencia del diálogo interno, identifiquen el diálogo interno perjudicial y aprendan a utilizar auto-instrucciones y a valorarse. El esquema de esta sesión es el siguiente:

1. Revisar la tarea FORTIUS.

Se fomenta la puesta en común, se corrige y se resalta que los problemas forman parte de la vida, por lo que es importante aprender a resolverlos.

2. Explicar la influencia del diálogo interno.

El monitor fomenta una puesta en común sobre qué es el diálogo interno. Posteriormente explica que es como “hablar con uno mismo” y que siempre estamos haciéndolo. Se resalta la importancia de aprender a hablar bien con uno mismo y se leen varios ejemplos.

2.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Se da una situación y los participantes deben escribir un diálogo interno pesimista y otro más optimista.

3. Practicar las auto-instrucciones y la auto-valoración.

El monitor explica ampliamente los 4 tipos de frases que se usan cuando uno habla consigo mismo, denominadas “auto-instrucciones”. Los tipos de auto-instrucciones, explicadas de forma resumida, son:

- Frases de control: ayudan a que los sentimientos negativos no se descontroren, por ej. “Contra tensión... relajación”.
- Frases de simpatía: se emplean en las relaciones interpersonales para llevarse mejor con los demás, por ej., “Todos para uno, uno para todos”.
- Frases de acción: sirven para superar la pereza, cumplir las obligaciones y combatir el aburrimiento, por ej., “Primero la obligación, después la diversión”.
- Frases de reflexión: son útiles para frenar la impulsividad, razonar y planificar, por ej., “Para y piensa”.
- Frases de valoración: resaltan los logros personales, dan ánimo en los fracasos y fortalecen la auto-estima, por ej., “De humanos es errar y de sabios rectificar”.

3.1. Actividad de papel y lápiz 1.

Los participantes deben leer una lista de cada uno de los tipos de auto-instrucciones, escribir sus propias frases del tipo que corresponda y seleccionar 4 frases de cada tipo que más les ayuden.

4. Asignar una tarea para casa.

Las auto-instrucciones seleccionadas en la actividad anterior deben copiarse en el auto-registro de la tarea para casa. Esta semana deben practicar el diálogo interno positivo, con esas frases y registrar cada vez que se dicen una de ellas.

5. Realizar una actividad divertida.

Se pide a los participantes que por grupos creen un anuncio publicitario de FORTIUS que se expondrá en la próxima sesión.

Sesión 12: Repaso y fortalecimiento de lo aprendido

El objetivo de esta sesión es repasar y reforzar los contenidos aprendidos con FORTIUS. También fomentar la práctica de lo aprendido, promoviendo el compromiso con FORTIUS.

Se sustituye el póster anterior por el último póster (“Compromiso FORTIUS”).

El esquema de la sesión es el siguiente:

1. Revisar la tarea FORTIUS.

Fomentar la participación y puesta en común, reforzando a los que intervienen.

2. Repasar los contenidos FORTIUS

Se realiza un repaso de todos los contenidos FORTIUS. El monitor fomenta la participación con preguntas abiertas para que sean los escolares los que evoquen lo aprendido en cada una de las sesiones. A modo de resumen, se repasa:

- Sesiones 1-4: el monitor pregunta a los participantes cómo nos enseña FORTIUS a fortalecer el triángulo de la personalidad. Tras la puesta en común se repasa los 3 ángulos: sentimientos, comportamientos y pensamientos, y la importancia de la relajación, la respiración diafragmática y la visualización para un triángulo guay de la personalidad.
- Sesiones 5-7: se repasan la regla de oro de las relaciones con los demás y los tipos de estilos interpersonales, centrándose en las características y ventajas del comportamiento asertivo. Se pregunta por las características de la escucha activa y los tipos de oídos, en especial cómo son los “oído simpáticos”.
- Sesión 8: se pregunta por la regla de oro de la agenda y se repasan los tipos de actividades de tiempo libre.
- Sesión 9: se pregunta qué tipo de pensamiento es “seré incapaz de poner en práctica lo que he aprendido con FORTIUS” (tramposo, petardo o negativo). Se fomenta que lo sustituyan por un pensamiento alternativo más racional, como “puede que me cueste en alguna ocasión, pero estoy firmemente decidido a poner en práctica lo que he aprendido con FORTIUS, porque cuando más practique más aprenderé”.

- Sesión 10 y 11: se pregunta cuales eres los 5 pasos para resolver problemas y se comentan. Por último se repasan cuales eran los tipos de auto-instrucciones.

3. Promover el compromiso público con FORTIUS.

El monitor recuerda lo que ha enseñado FORTIUS y, situándose junto al póster de “Compromiso FORTIUS”, pide que se levanten a aquellos que estén de acuerdo en comprometerse en poner en práctica lo aprendido. Los participantes leen e voz alta el compromiso FORTIUS

4. Asignar una tarea para casa.

Se les entrega un auto-registro que incluye las principales prácticas aprendidas en FORTIUS para que los participantes registren cuando las utilizan.

5. Celebrar la fiesta FORTIUS.

Los participantes representan o exponen sus anuncios publicitarios.

El lema de la sesión 12 es “Cuanto más practique, mejor seré”. De nuevo, se insiste en la importancia de practicar las habilidades aprendidas.

Un resumen esquemático del programa lo encontramos en la siguiente tabla (tabla 64).

Tabla 64. Esquema de las sesiones del programa FORTIUS.

	Contenidos	Actividades	Tarea para casa
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortaleza psicológica. - Estructura de la personalidad - Reconocimiento de sentimientos, comportamientos y pensamientos - Diferenciación entre reacciones positivas y negativas - 	1.1. El lema olímpico 1.2. ¿Para qué sirve FORTIUS? 1.3. El triángulo de la personalidad 1.4. Triángulos averiados y triángulos guay.	Auto-registro de un triángulo de la personalidad a mejorar (pensamientos, sentimientos y comportamientos)
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento de la personalidad - Relajación progresiva de: <ul style="list-style-type: none"> o Brazos o Frente y ojos o Boca o Cuello o Cuerpo o Estómago o Piernas - Relajación sin tensión 	1.1. El sacacorchos de la personalidad Guía para la relajación en casa → Instrucciones: 1.2. Generales 1.3. Brazos 1.4. Frente y ojos 1.5. Boca 1.6. Cuello 1.7. Cuerpo 1.8. Estómago 1.9. Piernas 1.10. Repaso general	Auto-registro de relajación
3.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de sensaciones de tensión corporales - Relajación sin tensión - Respiración diafragmática 	3.1. ¿Dónde siento más tensión? 3.2. Guía para la relajación sin tensar y respiración en casa 3.3. Relajar sin tensar 3.4. Respirar lento y profundo	Auto-registro de relajación y respiración
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilidad de los sentimientos negativos - Relajación sin tensión - Respiración diafragmática - Visualización mental - Integración de relajación, respiración y visualización - Control emocional 	4.1. ¿Sería mejor si no existieran los sentimientos negativos? 4.2. Guía para la relajación, la respiración y la visualización en casa 4.3. Método de la cuenta para relajar, respirar y visualizar	Auto-registro de relajación, respiración y visualización

	Contenidos	Actividades	Tarea para casa
5.	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento, sentimiento y pensamiento: asertivo, tímido y agresivo - Ventajas del estilo de relación asertivo - Inconvenientes de los estilos de relación tímido y agresivo 	5.1. La regla de oro de las relaciones interpersonales 5.2. El Bueno, El Feo y El Malo 5.3. ¿Tú quién quieres ser?	Auto-registro de estilos interpersonales-receptor.
6.	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa - Diferenciación del comportamiento asertivo, tímido y agresivo - Componentes verbales y no verbales del comportamiento social 	6.1. ¡Escúchame! 6.2. Reglas para escuchar con atención ¿Quién es quién? 6.3. Ficha para la representación 6.4. Ficha para la observación	Auto-registro de escucha activa
7.	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales: <ul style="list-style-type: none"> o Presentaciones o Cumplidos o Peticiones o Quejas o Críticas 	7.1. Luces, cámaras... ¡Acción! 7.2. ¡Hola! 7.3. Haciendo amigos 7.4. ¿Sí o no? 7.5. Caras serias 7.6. Crítica constructiva	Auto-registro frases positivas- emisor.
8.	<ul style="list-style-type: none"> - Organización de agenda (I): planificación del estudio. - Organización de agenda (II): programación del tiempo libre: <ul style="list-style-type: none"> o Acciones provechosas y altruistas o Relaciones interpersonales o Ejercicio físico y deporte o Juegos y aficiones - Relación actividades y bienestar personal - Establecimiento de metas para mejorar 	8.1. La norma de oro de la agenda 8.2. Planificando el estudio 8.3. Disfrutando del tiempo libre Actividades de tiempo libre: 8.4. Útiles 8.5. Sociales 8.6. Físicas 8.7. Divertidas 8.8. Mejorando el comportamiento	Auto-registro de actividades de tiempo libre

	Contenidos	Actividades	Tarea para casa
9.	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia perjudicial de los pensamientos tramposos - Identificación de los tipos de razonamientos petardos - Explicación de los errores de los razonamientos petardos - Sustitución de los razonamientos petardos por razonamientos alternativos 	9.1. Los razonamientos petardos 9.2. Desenmascara los razonamientos petardos 9.3. ¿Reconoces los razonamientos petardos? 9.4. Explica los razonamientos petardos 9.5. Cambia los razonamientos petardos por razonamientos alternativos	Auto-registro pensamientos tramposos y razonamientos alternativos
10.	<ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos para resolver problemas - Actitud para enfrentar adecuadamente los problemas - Resolución de problema y toma de decisiones - Habilidades de comunicación y logro de acuerdo 	10.1. El método de los cinco pasos para resolver problemas 10.2. El problema del videojuego 10.3. Resuelve un problema con el método de los cinco pasos 10.4. Poniéndose de acuerdo	Auto-registro de resolución de problemas
11.	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia del diálogo interno - Identificación del diálogo interno perjudicial - Utilización de las autoinstrucciones: <ul style="list-style-type: none"> o Control o Simpatía o Acción o Reflexión o Valoración 	11.1. El guionista de cómics 11.2. ¿Controlas tú los sentimientos, o los sentimientos te controlan a ti? 11.3. Piensa bien de la gente y acertarás 11.4. ¿Descargas o recargas la batería? 11.5. Pienso, luego existo 11.6. ¿Cómo lo he hecho? 11.7. Anuncio publicitario de FORTIUS	Auto-registro de autoinstrucciones y autovaloración
12.	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso del programa FORTIUS - Compromiso público con FORTIUS 	12.1. Compromiso con FORTIUS	Auto-registro de cumplimiento FORTIUS de todo lo aprendido

4.2.1 Análisis de datos

Se analizó los resultados con el programa SPSS 19. Para controlar las diferencias de partida (pretest) se calculó la *puntuación de cambio* o *puntuación diferencial* en postest y en el seguimiento. Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados se calculó las puntuaciones de cambio expresándolas en valores positivos de la siguiente forma:

- Variables negativas (ansiedad, depresión, ira-estado e ira-rasgo)

Puntuación de cambio en postest = puntuación pretest – puntuación postest

Puntuación de cambio en seguimiento = puntuación pretest – puntuación seguimiento

- Variables positivas (salud y control de la ira)

Puntuación de cambio en postest = puntuación postest – puntuación pretest

Puntuación de cambio en seguimiento = puntuación seguimiento – puntuación pretest

De esta manera puntuaciones de cambio positivas indican mejorías saludables, tanto en variables negativas como positivas.

De acuerdo con las directrices de la Sociedad para la Investigación Preventiva (SPR; Flay, 2005), se incluyó en los análisis de los adolescentes las variables sociodemográficas más examinadas (edad/curso y género), para examinar su posible efecto moderador, utilizándose un modelo ANOVA (2 x 2 x 2), de tres variables independientes de factores fijos con dos niveles: Grupo (GE y GC) x Curso/Edad (1.º y 2.º de la ESO) x Género (chicos y chicas). Se aplicó el modelo tanto con las

puntuaciones de cambio del postest (variable dependiente 1) como del seguimiento (variable dependiente 2).

El modelo ANOVA 2 x 2 x 2 se llevó a cabo para analizar los datos de todos los cuestionarios de los adolescentes. En los resultados de los análisis se presenta para cada cuestionario la significación del factor Grupo y sus interacciones con las variables Curso/edad y Género. Cuando resultó significativa una interacción, de primer o segundo grado, se llevó a cabo un contraste de efectos simples, es decir, se comparó entre sí los niveles de un factor dentro de cada nivel del otro factor, ejerciendo control sobre la tasa de error con la opción Bonferroni. Este proceso es necesario para interpretar el efecto de la interacción (Pardo y Ruiz, 2002, p. 297). En la correspondiente tabla de efectos simples, cada prueba *F* contrasta el efecto de Grupo (GE y GC) en cada uno de los niveles de la otra variable de la interacción.

Para el análisis de los cuestionarios de padres se llevó a cabo un ANOVA de un solo factor (Grupo: GE, GC) con las puntuaciones de cambio en el postest y en el seguimiento, dado que el número de padres que cumplimentaron los cuestionarios fue bajo. No se analizó las interacciones con las variables mediadoras estudiadas previamente (Curso/edad y Género) dado que al dividir los grupos por curso y género la muestra resultante era muy pequeña. En el cuestionario CBCL para padres se llevó a cabo un ANOVA de un factor para chicos y otro ANOVA para chicas, dado que la corrección es diferente por género.

Cuando hubo diferencias significativas en las puntuaciones de cambio entre grupos se calculó el tamaño del efecto, tanto en adolescentes como padres. Dado que el

tamaño muestral de los grupos fue diferente, GE de adolescentes más del doble que GC, se usó el estadístico g de Hedges, cuya fórmula es:

$$g/d^* = \frac{M_{GE} - M_{GC}}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)\hat{s}_1^2 + (n_2 - 1)\hat{s}_2^2}{N - 2}}} \times \left(1 - \frac{3}{4(n_1 + n_2) - 9}\right)$$

*Nota: aunque correctamente el símbolo es g , se utiliza muy frecuentemente el símbolo d , por tratarse del símbolo más conocido del tamaño del efecto. Para facilitar la comprensión, se utilizará d en la tesis.

El tamaño del efecto debe interpretarse de la siguiente forma: valores absolutos entre 0,20 y 0,49 significan que la eficacia de la intervención preventiva es pequeña, entre 0,50 y 0,79 es moderada y 0,80 o mayor es grande (Cohen, 1988). Valores positivos indican cambios saludables en el GE en comparación con el GC, confirmándose las hipótesis planteadas. Por el contrario, valores próximos a cero revelan ausencia de cambios y valores negativos cambios a peor, refutándose las hipótesis.

Tras analizar los resultados cuantitativos de adolescentes y padres, se realizó un análisis cualitativo de la eficacia de la intervención en sintomatología ansiosa y depresiva. Para ello se clasificó a los escolares como “en riesgo de alta sintomatología ansiosa” a los participantes que superaron el punto de corte con población española del cuestionario SCAS (puntuación ≥ 37), y con “riesgo de alta sintomatología depresiva” a los que superaron el del cuestionario CDI (puntuación ≥ 19). El GE y el GC mostraron diferencias significativas en la proporción de escolares en riesgo en el pretest, tanto para ansiedad como depresión, evaluado con el test exacto de Fisher ($p = 0,01$ para ambas variables). Dadas estas diferencias en el pretest no se llevó a cabo comparaciones intergrupo tras el programa. Sin embargo, se analizó de forma intragrupo si hubo cambios significativas en el número de escolares en riesgo entre el pretest-postest y

pretest-seguimiento para el GE por un lado, y el GC por otro. Para ello se utilizó el estadístico McNemar, que evalúa cambios significativos en una variable dicotómica en dos momentos temporales.

Finalmente se calculó las medias y las desviaciones estándar de los cuestionarios de valoración del programa FORTIUS de adolescentes, padres, tutores y monitores, y se estudiaron y clasificaron las opiniones cualitativas de los participantes.

4.3 Resultados

4.3.1 Adolescentes

Datos perdidos

Como es frecuente en este tipo de investigaciones (Spence y Shortt, 2007), hubo una pérdida de participantes en la evaluación post-intervención y, especialmente, en el seguimiento a los 12 meses. En concreto, la muestra se redujo un 4,97% en el postest ($n = 421$), debido principalmente a ausencias de algunos escolares el día de la evaluación por enfermedad u otras actividades; y un 13,32% en el seguimiento a los 12 meses ($n = 384$), donde las causas fueron las mismas más el hecho de que, con el nuevo año académico, algunos escolares cambiaron de centro educativo.

Sin embargo, la tasa de abandonos encontrada es menor de lo esperado, dado que los estudios informan de pérdidas de aproximadamente el 15% de la muestra tras la intervención y cerca del 30% en el seguimiento (Lock y Barrett, 2003; Spence et al., 2003).

- *Ansiedad*

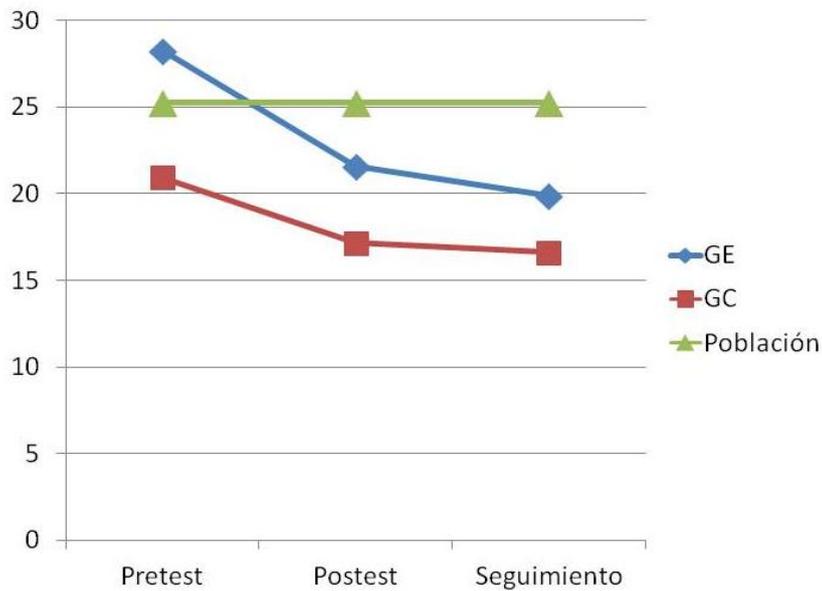
Como muestra la tabla 65 el grupo de control puntuó significativamente por debajo del grupo experimental y de la población de 10 a 17 años de la validación española de la escala de ansiedad (Godoy et al., 2011). Por ello, como se explicó anteriormente, se calculó las puntuaciones de cambio o diferenciales para controlar las diferencias del pretest.

Tabla 65. Medias (desviación estándar) en la SCAS

		Pretest	Postest	Seguimiento
Ansiedad	GE	25,80 (12,66)	21,58 (12,07)	19,91 (10,93)
	GC	20,95 (10,39)	17,19 (9,88)	16,64 (10,43)
	Población	25,26 (16,49)		

Como se aprecia en la figura 8, el grupo experimental estaba por encima de la media de la población infantil y adolescente española mientras que el grupo control se hallaba por debajo. Tras la intervención preventiva ambos grupos se sitúan por debajo de la media poblacional, observándose en la gráfica que la pendiente del grupo experimental es más acusada lo que sugiere una mayor reducción de la ansiedad.

Figura 8. Puntuaciones de ansiedad (SCAS)



En la tabla 66 se ofrece los resultados del ANOVA 2 x 2 x 2 con las puntuaciones de cambio en ansiedad, del posttest y del seguimiento a los 12 meses. Solo se halló una diferencia significativa, concretamente en la interacción Grupo x Curso del seguimiento (destacada en negrita).

Posteriormente se analizó los efectos simples de esta interacción (tabla 67), y se encontró las diferencias significativas en los escolares más jóvenes (1° de la ESO), siendo el cambio saludable mayor en el GE ($M = 6,96$, $DE = 10,80$) que en el GC ($M = 3,12$, $DE = 13,58$) (véase figura 9), con un tamaño del efecto positivo, aunque bajo ($d = 0,33$).

Tabla 66. ANOVA con las puntuaciones de cambio en ansiedad (SCAS)

	Variable	SC	gl	MC	F	p
Postest	Grupo	27,92	1	27,92	0,32	0,57
	Grupo x Curso	277,37	1	277,37	3,199	0,07
	Grupo x Género	117,01	1	117,01	1,35	0,25
	Grupo x Curso x Género	63,83	1	63,83	0,74	0,39
	Error	35.290,03	407	86,71		
Seguimiento	Grupo	84,06	1	84,06	0,74	0,39
	Grupo x Curso	612,46	1	612,46	5,37	0,02
	Grupo x Género	75,57	1	75,57	0,66	0,42
	Grupo x Curso x Género	306,71	1	306,71	20,69	0,10
	Error	42.405,99	372	113,99		

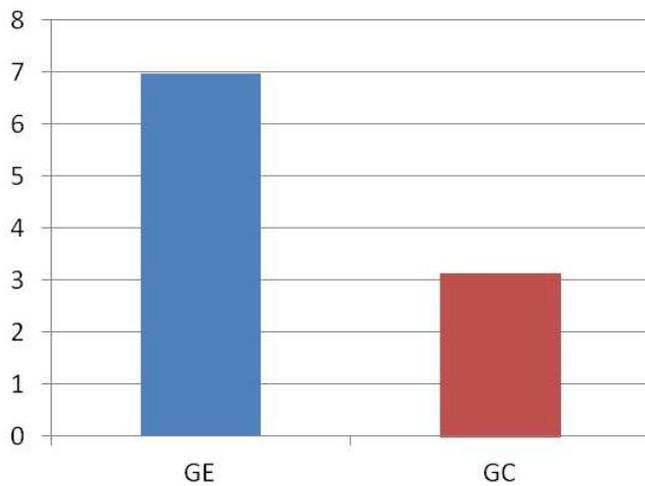
Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla 67. Efectos simples de la interacción Grupo x Curso del seguimiento (SCAS)

	Interacción	Efectos simples	SC	gl	MC	F	p
Seguimiento	Grupo x Curso	1°	499,45	1	499,45	4,381	0,04
		2°	143,04	1	143,04	1,255	0,26

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

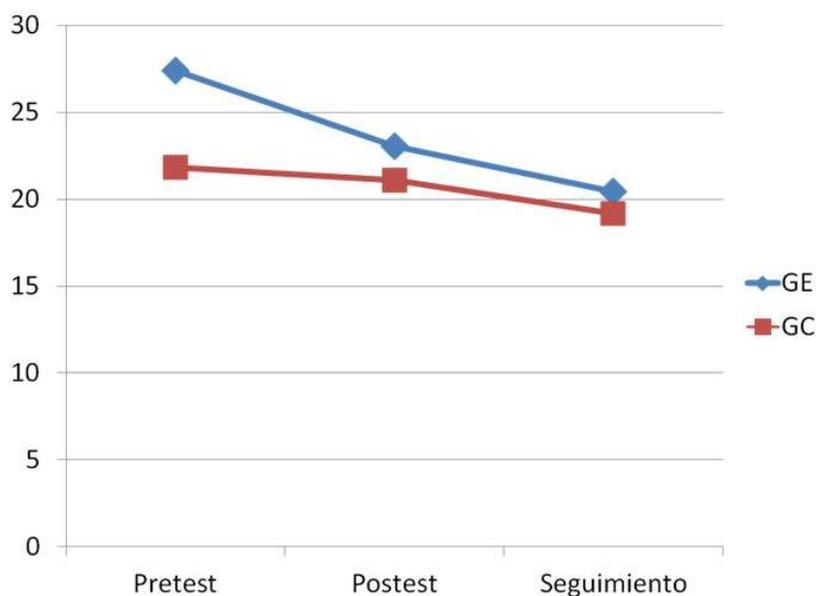
Figura 9. Puntuaciones de cambio en el seguimiento en los escolares de 1.º de la ESO



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables en ansiedad (menor ansiedad).

Como se observa la reducción de la ansiedad fue mayor en los escolares de 1º de la ESO que habían participado en el programa FORTIUS, que en el seguimiento se igualaron a sus homólogos controles partiendo de niveles de ansiedad más elevados (figura 10).

Figura 10. Reducción de la sintomatología ansiosa en los escolares de 1.º de ESO



- *Depresión*

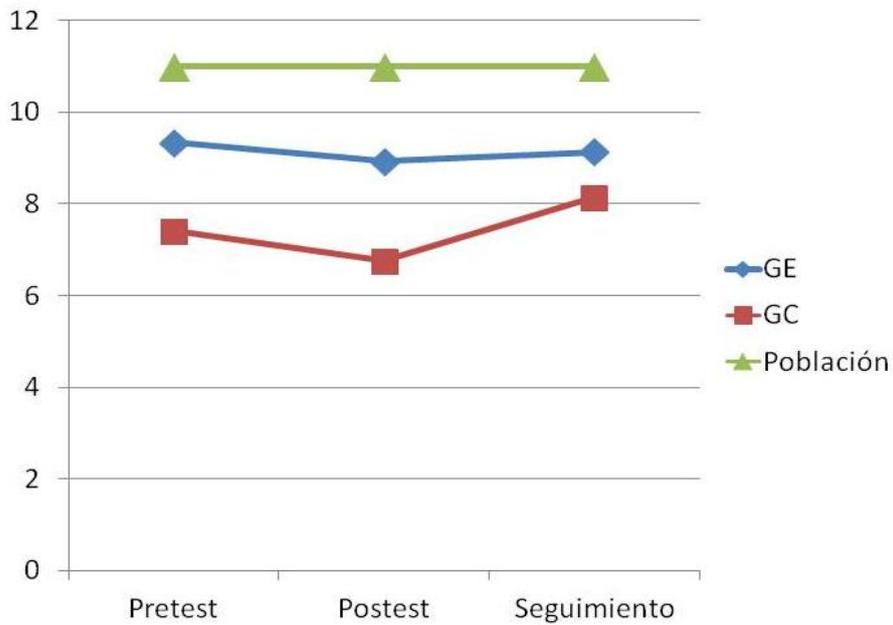
Como muestra la tabla 68, tanto el GE como el GC puntuaron por debajo de la población de niños y adolescentes de la validación española con escolares de 7 a 15 años del cuestionario de depresión CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004), especialmente el GC.

Tabla 68. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.

		Pre	Post	Seguimiento
Depresión	GE	9,34 (5,77)	8,93 (6,45)	9,14 (7,16)
	GC	7,41 (5,27)	6,76 (5,50)	8,15 (6,99)
Población		11,0 (6,20)		

Como se aprecia en la figura 11, la puntuación media en depresión del GE se aproximó más a la media poblacional que la del GC, que puntuó significativamente por debajo. Tras la intervención preventiva ambos grupos continúan situándose por debajo de la media poblacional, observándose en el seguimiento del GC una pendiente ascendente más pronunciada (mayor sintomatología depresiva), acortando las diferencias con el GE, que eran más elevadas en el pretest y postest.

Figura 11. Puntuaciones en depresión (CDI)



En la tabla 69 se ofrece los resultados ANOVA 2 x 2 x 2 con las puntuaciones de cambio en depresión, del posttest y del seguimiento a los 12 meses. Solo se halló una diferencia significativa, concretamente en la interacción Grupo x Género del seguimiento (destacada en negrita).

Tabla 69. ANOVA con las puntuaciones de cambio en depresión (CDI)

	Variable	SC	gl	MC	F	p
Postest	Grupo	3,87	1	3,86	0,180	0,67
	Grupo x Curso	41,80	1	41,80	1,942	0,16
	Grupo x Género	5,75	1	5,75	0,267	0,61
	Grupo x Curso x Género	16,84	1	16,84	0,782	0,38
	Error	8.589,61	399	21,53		
Seguimiento	Grupo	33,85	1	33,85	0,984	0,32
	Grupo x Curso	57,10	1	57,10	1,659	0,20
	Grupo x Género	155,50	1	155,50	4,52	0,03
	Grupo x Curso x Género	6,23	1	6,23	0,18	0,67
	Error	12.662,84	368	34,41		

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

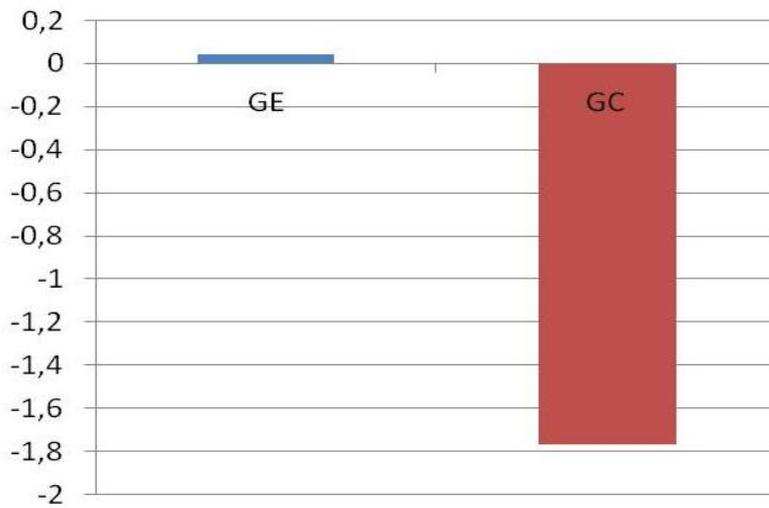
Posteriormente se analizó los efectos simples de la interacción (tabla 70), y se encontró las diferencias significativas en las chicas, que en el GC aumentan sus puntuaciones en depresión en el seguimiento, o puntuación de cambio negativa ($M = -1,76$, $DE = 4,74$), mientras que las chicas del GE mantienen sus puntuaciones en el seguimiento, o puntuación de cambio positiva cercana a cero ($M = 0,05$, $DE = 5,28$) (véase figura 12), por tanto el efecto saludable es en el GE, con un tamaño del efecto positivo de tamaño bajo ($d = 0,35$).

Tabla 70. Efectos simples de la interacción Grupo x Género del seguimiento (CDI)

	Interacción	Efectos simples	SC	gl	MC	F	p
Seguimiento	Grupo x Curso	Chicos	21,26	1	21,26	0,62	0,43
		Chicas	174,27	1	174,27	5,06	0,02

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

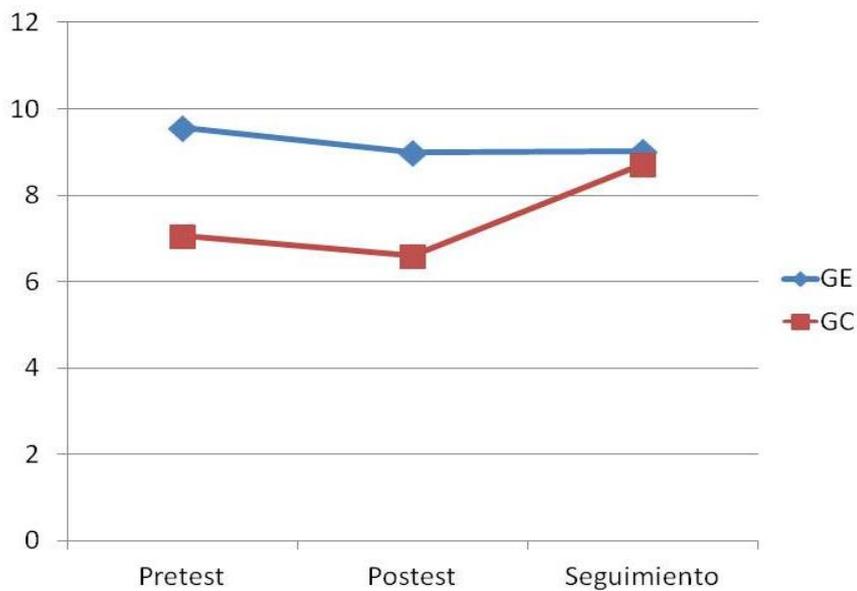
Figura 12. Puntuaciones de cambio de las chicas en el seguimiento



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables en depresión (menor depresión) y puntuaciones negativas mayor depresión.

Como se observa en la figura 13 las chicas que habían participado en el programa FORTIUS disminuyen ligeramente sus puntuaciones en depresión y, partiendo de niveles más elevados, se igualan en el seguimiento a las chicas del GC, que a diferencia de aquellas, aumentan sus puntuaciones.

Figura 13. Sintomatología depresiva en las chicas



- *Ira*

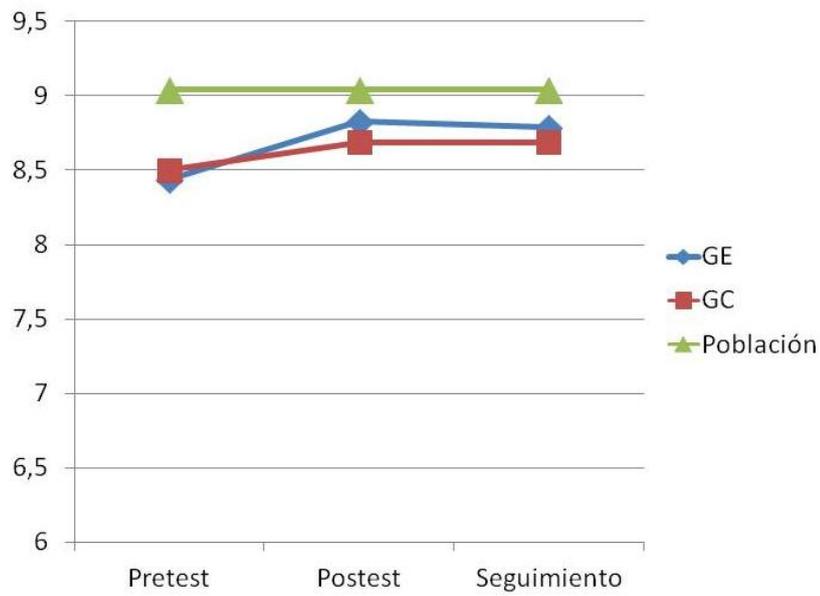
Como muestra la tabla 71, las diferencias en ira - estado, ira - rasgo y control de la ira son pequeñas entre GE, GC y la población de niños y adolescente de 8 a 17 años de la validación española del cuestionario STAXI-NA (Del Barrio et al., 2005).

Tabla 71. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.

		Pre	Post	Seguimiento
Ira - Estado	GE	8,44 (1,10)	8,83 (2,10)	8,79 (2,21)
	GC	8,50 (1,91)	8,69 (1,95)	8,69 (1,78)
	Población	9,04 (2,11)		
Ira - Rasgo	GE	13,23 (3,05)	13,08 (3,38)	13,88 (3,40)
	GC	12,81 (3,13)	12,81 (3,11)	13,24 (2,94)
	Población	14,26 (3,27)		
Control de la ira	GE	17,75 (3,70)	17,29 (4,08)	17,68 (4,07)
	GC	18,11 (3,93)	18,02 (4,16)	17,58 (3,97)
	Población	17,21 (3,48)		

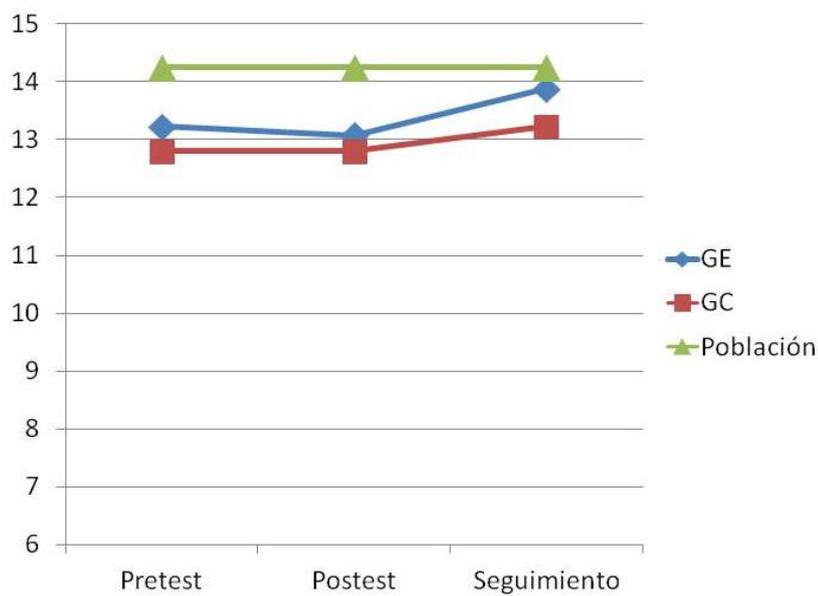
En la figura 14 se muestran las puntuaciones en ira – estado, y se observa que el GE y GC presentaron puntuaciones muy similares y ligeramente por debajo de la población, especialmente en el pretest.

Figura 14. Puntuaciones en ira - estado.



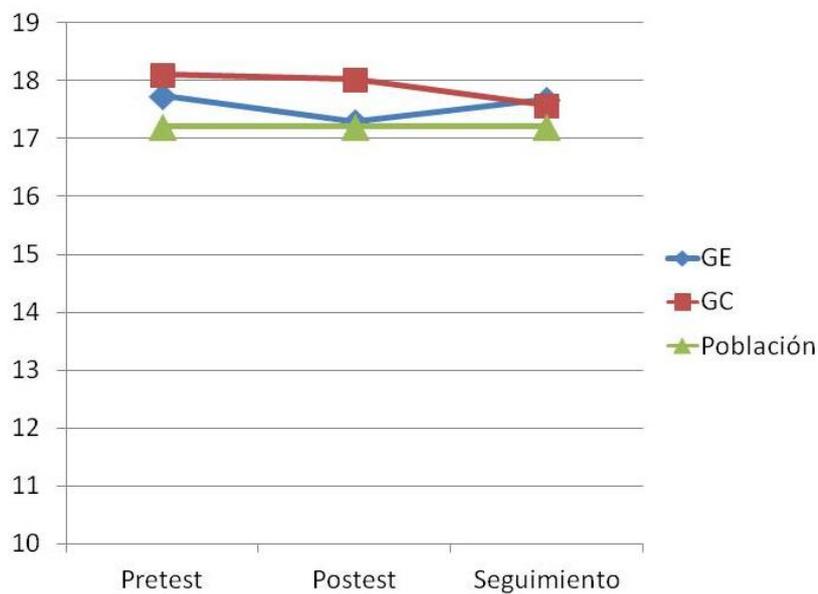
La figura 15 muestra las puntuaciones en ira – rasgo, donde el GE y GC, de nuevo con medias muy similares, presentan puntuaciones ligeramente por debajo de la población, siendo esta diferencia menor en el seguimiento.

Figura 15. Puntuaciones en ira – rasgo



En la figura 16 se muestran las puntuaciones en control de ira, que a diferencia de las variables de ira-estado e ira-rasgo, es positiva, es decir, una mayor puntuación indica mayor estado saludable de control de la ira. De nuevo, las puntuaciones entre GE, GC y la población son muy similares, especialmente en el seguimiento.

Figura 16. Puntuaciones en el control de ira



En la tabla 72 se ofrece los resultados del ANOVA 2 x 2 x 2 con las puntuaciones de cambio en ira-estado, ira-rasgo y control de la ira, del posttest y del seguimiento a los 12 meses. No se encontró ninguna diferencia significativa.

Tabla 72. ANOVA con las puntuaciones de cambio en las dimensiones ira-estado, ira-rasgo y control de ira (STAXI).

Variable		SC	gl	MC	F	<i>p</i>
Postest						
Ira- estado	Grupo	4,54	1	4,54	1,22	0,27
	Grupo x Curso	0,82	1	0,82	0,22	0,64
	Grupo x Género	0,62	1	0,62	0,17	0,68
	Grupo x Curso x Género	11,00	1	11,00	2,96	0,09
	Error	1.422,35	383	3,71		
Ira- rasgo	Grupo	0,42	1	0,42	0,04	0,83
	Grupo x Curso	0,05	1	0,05	0,01	0,94
	Grupo x Género	2,00	1	2,00	0,21	0,65
	Grupo x Curso x Género	13,35	1	13,35	1,41	0,24
	Error	3.538,03	374	9,46		
Control ira	Grupo	9,37	1	9,37	0,58	0,45
	Grupo x Curso	1,92	1	1,92	0,12	0,73
	Grupo x Género	1,12	1	1,12	0,07	0,79
	Grupo x Curso x Género	37,70	1	37,70	2,33	0,13
	Error	6.000,17	371	16,17		
Seguimiento						
Ira- estado	Grupo	9,219	1	9,22	1,58	0,21
	Grupo x Curso	15,57	1	15,57	2,67	0,10
	Grupo x Género	1,03	1	1,03	0,18	0,67
	Grupo x Curso x Género	0,07	1	0,07	0,01	0,92
	Error	2.042,98	350	5,84		
Ira - rasgo	Grupo	0,45	1	0,45	0,04	0,84
	Grupo x Curso	0,22	1	0,22	0,02	0,89
	Grupo x Género	24,22	1	24,22	2,17	0,14
	Grupo x Curso x Género	13,95	1	13,95	1,25	0,26

	Error	3.753,09	337	11,14		
Control ira	Grupo	21,34	1	21,34	1,21	0,27
	Grupo x Curso	60,66	1	60,66	3,43	0,07
	Grupo x Género	4,55	1	4,55	0,26	0,61
	Grupo x Curso x Género	46,76	1	46,76	2,65	0,11
	Error	5.937,44	336	17,67		

- *Salud*

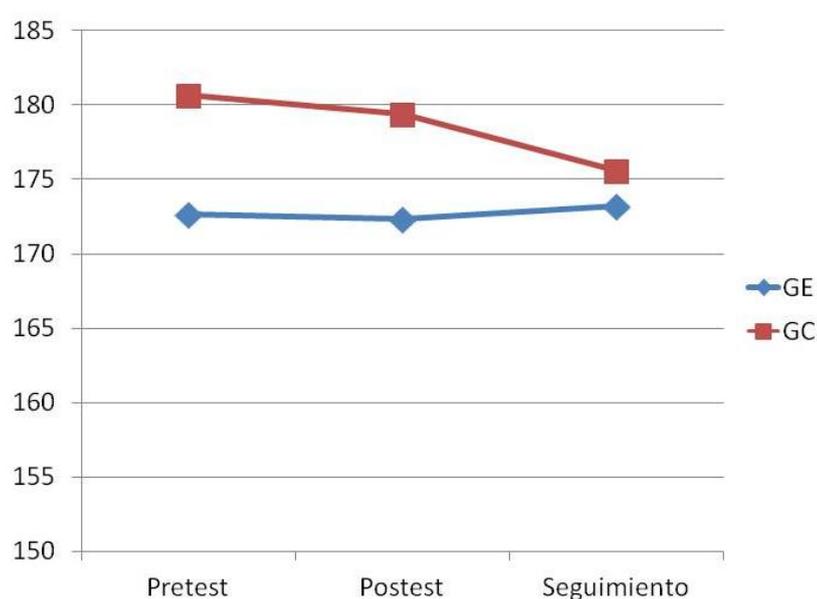
La variable de salud también es una medida positiva, es decir, puntuaciones más altas indican mayor nivel de salud. Como muestra la tabla 73, en el pretest el GC puntuó significativamente por encima del GE, indicando una puntuación más saludable en salud, siendo la diferencia menor en el posttest y el seguimiento a los 12 meses. De la población no se disponen de datos sin estandarizar (Estrada et al., 2012).

Tabla 73. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal.

		Pre	Post	Seguimiento
Salud	GE	172,67 (16,49)	172,36 (18,32)	173,24 (16,86)
	GC	180,68 (15,11)	179,41 (16,36)	175,60 (18,36)
	Población	-----		

Como se observa en la figura 17, la puntuación del GE se mantiene en el postest y aumenta ligeramente en el seguimiento, mientras que la del GC, que partía de una puntuación más elevada de salud, disminuye ligeramente en el postest y de forma más pronunciada en el seguimiento.

Figura 17. Puntuaciones en Salud (CHIP-CE)



En la tabla 74 se ofrece los resultados del ANOVA 2 x 2 x 2 con las puntuaciones de cambio en salud, del postest y del seguimiento a los 12 meses. Se halló diferencias significativas en el seguimiento para Grupo, Grupo x Curso y Grupo x Curso x Género (destacadas en negrita).

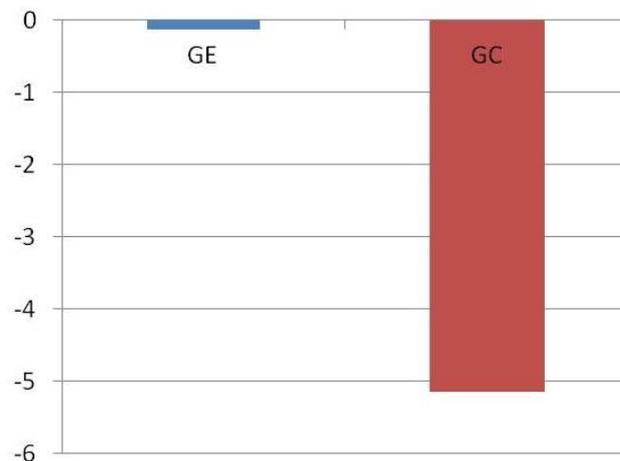
Tabla 74. ANOVA con las puntuaciones de cambio en salud (CHIP-CE)

	Variable	SC	gl	MC	F	p
Postest	Grupo	105,74	1	105,74	0,74	0,39
	Grupo x Curso	3,85	1	3,85	0,03	0,87
	Grupo x Género	3,07	1	3,07	0,02	0,88
	Grupo x Curso x Género	273,31	1	273,31	1,92	0,17
	Error	5.7478,55	403	142,63		
Seguimiento	Grupo	2.493,55	1	2493,55	11,71	0,00
	Grupo x Curso	1.129,76	1	1129,76	5,31	0,02
	Grupo x Género	2,83	1	2,83	0,01	0,91
	Grupo x Curso x Género	893,46	1	893,46	4,20	0,04
	Error	78.783,21	370	212,93		

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

Para la variable Grupo, el GE mantuvo el nivel de salud, con una puntuación de cambio negativa cercana a 0 ($M = -0,14$; $DE = 14,62$), mientras que el GC redujo su puntuación de salud significativamente ($M = -5,14$; $-0,14$) (véase figura 18). Por tanto el cambio saludable fue en el GE, con un tamaño del efecto positivo bajo ($d = 0,34$).

Figura 18. Puntuaciones de cambio en el seguimiento para Grupo



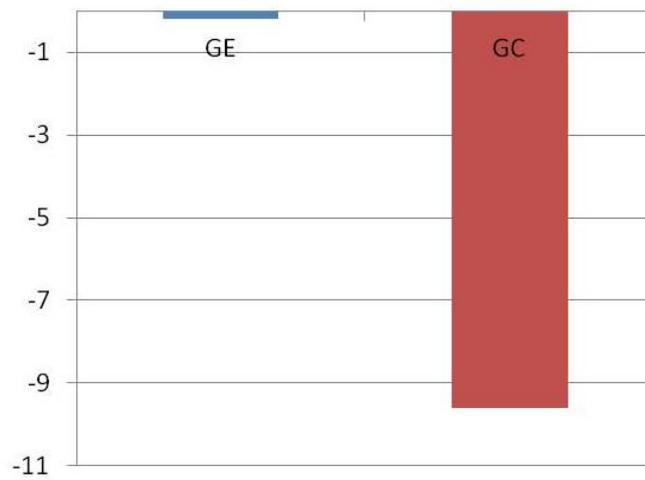
Para las interacciones significativas, se analizó los efectos simples de la interacción Grupo x Curso y Grupo x Curso x Género (tabla 75), encontrándose las diferencias significativas en los escolares de 1º de la ESO y los chicos de 1º de la ESO, respectivamente. En la interacción Grupo x Curso, los alumnos de 1º que recibieron el programa FORTIUS mantuvieron sus puntuaciones de ansiedad ($M = -0,17$, $DE = 16,38$) mientras que sus homólogos del GC redujeron significativamente sus puntuaciones ($M = -9,58$, $DE = 15,76$) (véase la figura 19), con un tamaño del efecto positivo de magnitud media ($d = 0,58$). Como se aprecia en la figura 20, los alumnos de 1º de la ESO del GC, partiendo de puntuaciones de salud más elevadas, descienden en salud con una pendiente pronunciada hasta puntuar ligeramente por debajo de sus análogos del GE, que a su vez aumenta sus puntuaciones.

Tabla 75. Efectos simples de la interacción Grupo x Curso y Grupo x Curso x Género del seguimiento de salud (CHIP-CE)

Interacción	Efectos simples	SC	gl	MC	F	p	
Grupo x Curso	1º	2.989,25	1	2.989,25	14,04	0,00	
	2º	160,04	1	160,04	0,75	0,39	
Seguimiento	1º	Chicos	3.032,92	1	3.032,92	14,24	0,00
		Chicas	543,46	1	543,46	2,55	0,11
	2º	Chicos	37,30	1	37,30	0,16	0,68
		Chicas	690,42	1	690,42	3,24	0,07

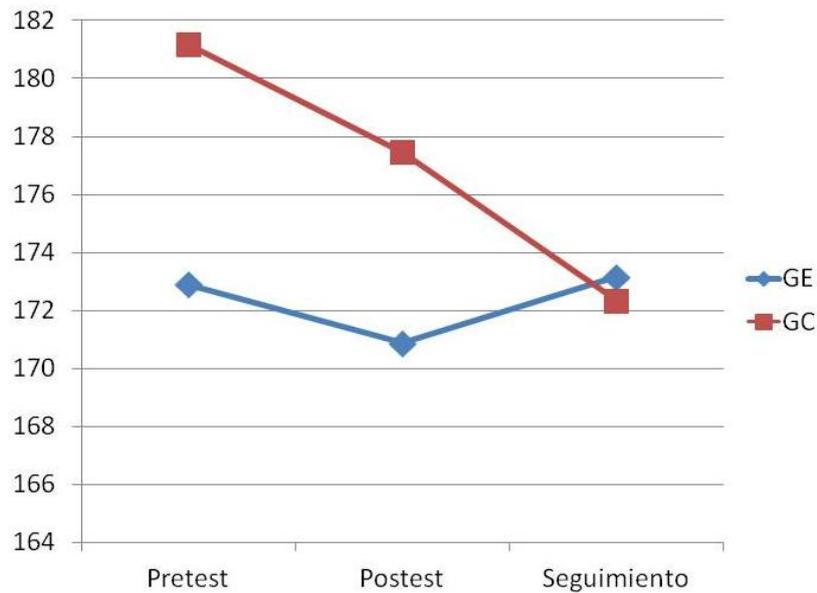
Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

Figura 19. Puntuaciones de cambio en el seguimiento en los escolares de 1.º de la ESO



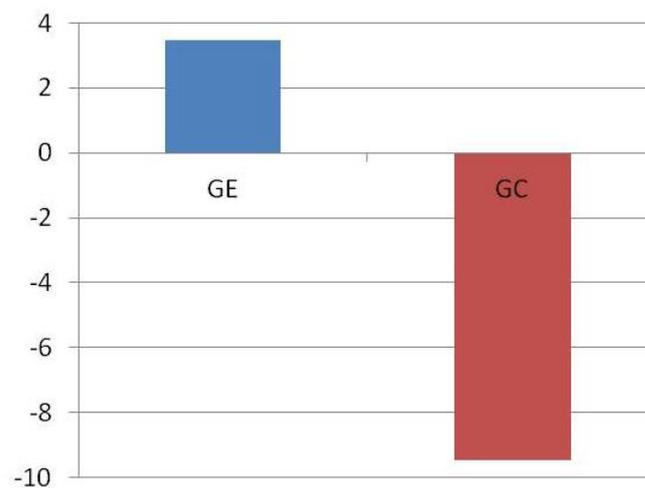
Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables en salud, y negativas un menor nivel de salud

Figura 20. Puntuaciones de salud en los alumnos de 1º de la ESO



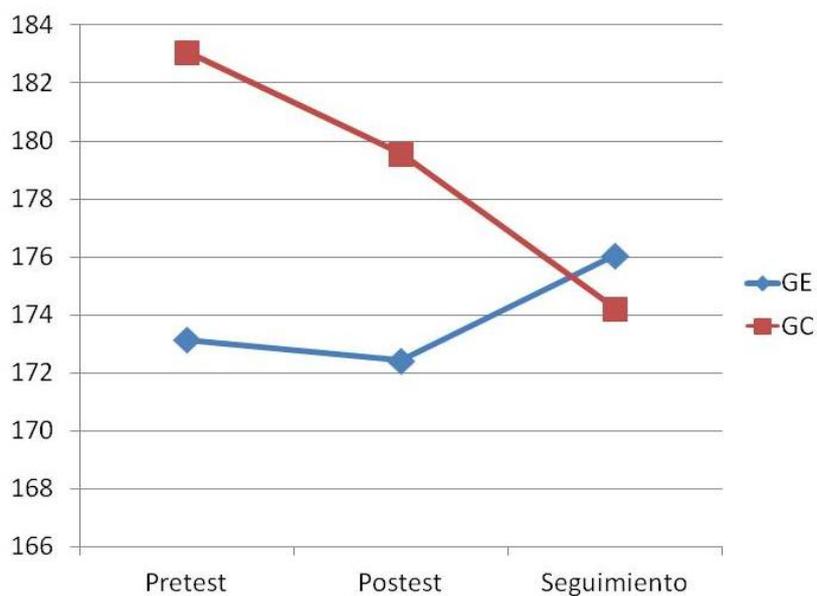
Por su parte, en la interacción Grupo x Curso x Género, los chicos de 1° de la ESO que recibieron el programa aumentaron sus puntuaciones de salud ($M = 3,48$, $DE = 15,70$), mientras que los chicos del GC las disminuyeron ($M = -9,42$, $DE = 18,14$) (véase figura 21), con un tamaño del efecto positivo de magnitud alta ($d = 0,78$). En la figura 22 podemos observar como los chicos de 1° de la ESO que recibieron el programa FORTIUS disminuyeron sus puntuaciones de salud ligeramente en el postest y en el seguimiento las aumentaron, mejorando sus niveles de salud y superando ligeramente a sus homólogos controles, que partiendo de niveles más elevados, y por tanto más positivos, descendieron, con una pendiente pronunciada, tanto en el postest como en el seguimiento.

Figura 21. Puntuaciones de cambio en el seguimiento de los chicos de 1.º de la ESO



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables

Figura 22. Puntuaciones de salud en los chicos de 1º de la ESO



4.3.2 Padres

Datos perdidos

El número de padres que devolvieron los cuestionarios cumplimentados fue pequeño, y varió de una fase a otra. En el pretest fue donde más participaron los padres (162 padres, 36,57%), seguida del posttest (87 padres, 19,64%), y por último el seguimiento (57 padres, 12,87%).

La participación de los padres según la variable Grupo asignada a su hijo/a fue la siguiente: 77,16% y 22,84% en el pretest, 73,56% y 26,44% en la post-intervención, 49,12% y 50,88% en el seguimiento, para el GE y GC respectivamente.

Para calcular las puntuaciones de cambio, se tomaron solo aquellos sujetos de los que se tiene información tanto del pretest como de la fase evaluada (post-

intervención o seguimiento). Por ello la muestra para el posttest fue de 59 sujetos (47 del GE y 12 del GC) y 26 sujetos en el seguimiento (15 para el GE y 11 para el GC). Solo 11 padres devolvieron la batería de tests en los 3 momentos temporales.

- *Ansiedad*

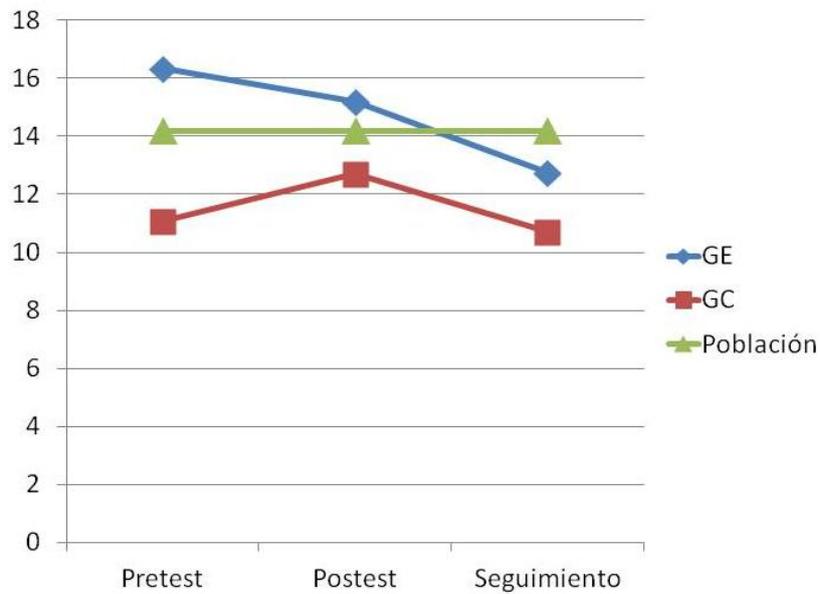
Como muestra la tabla 76, los padres del GC informaron de una menor sintomatología ansiosa en sus hijos que la población de padres con niños y adolescentes 6 a 18 años (Nauta et al., 2004). Por otro lado, los padres del GE puntuaron por encima de la población en el pretest, y redujeron su sintomatología en el posttest y seguimiento, puntuando en esta última por debajo de la población (véase figura 23).

Tabla 76. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres.

		Pre	Post	Seguimiento
Ansiedad	GE	16,36 (10,15)	15,20 (10,70)	12,75 (8,46)
	GC	11,08 (7,41)	12,70 (7,60)	10,72 (6,96)
	Población ^a	14,2 (9,7)		

^a Procedente de Nauta et al. (2004) con padres de niños de 6 a 18 años, muestras de Australia y Países Bajos.

Figura 23. Puntuaciones en ansiedad de los escolares según los padres (SCAS-P)



En la tabla 77 se ofrece los resultados del ANOVA con las puntuaciones de cambio en ansiedad de los escolares según los padres, del posttest y del seguimiento a los 12 meses. No se halló ninguna diferencia significativa por Grupo ni en el posttest ni en el seguimiento.

Tabla 77. ANOVA con las puntuaciones de cambio en ansiedad de los escolares según los padres (SCAS-P)

	Variable	SC	gl	MC	F	<i>p</i>
Posttest	Grupo	18,90	1	18,90	0,41	0,53
	Error	2.630,66	57	46,15		
Seguimiento	Grupo	72,58	1	72,58	1,64	0,21
	Error	1.064,04	24	44,34		

- *Depresión*

Como se aprecia en la tabla 78, los padres de ambos grupos observaron una menor sintomatología depresiva que los padres de la población normal, siendo el GC el que presentó menor puntuación depresiva, especialmente en el pretest.

Tabla 78. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres.

		Pre	Post	Seguimiento
Depresión	GE	2,10 (2,36)	1,78 (2,26)	1,59 (2,17)
	GC	1,09 (1,22)	1,50 (1,72)	1,22 (1,40)
	Población ^a	2,87 (1,77)		

^a Procedente de Olmedo, Del Barrio y Santed (2000) con muestra española de padres y madres de adolescentes de 12 a 16 años.

Como se aprecia en la figura 24, el GE redujo su sintomatología depresiva tanto en el posttest como en el seguimiento, mientras que el GC aumentó en el posttest, y descendió ligeramente en el seguimiento. Por tanto, las diferencias entre ambos grupos fueron mayores en el pretest y menores en el posttest y seguimiento.

En la tabla 79 se ofrece los resultados del ANOVA con las puntuaciones de cambio en depresión, del posttest y del seguimiento a los 12 meses. Se halló diferencias significativas por Grupo en el seguimiento (destacadas en negrita).

Figura 24. Puntuaciones en depresión de los escolares según los padres (CDI-S)

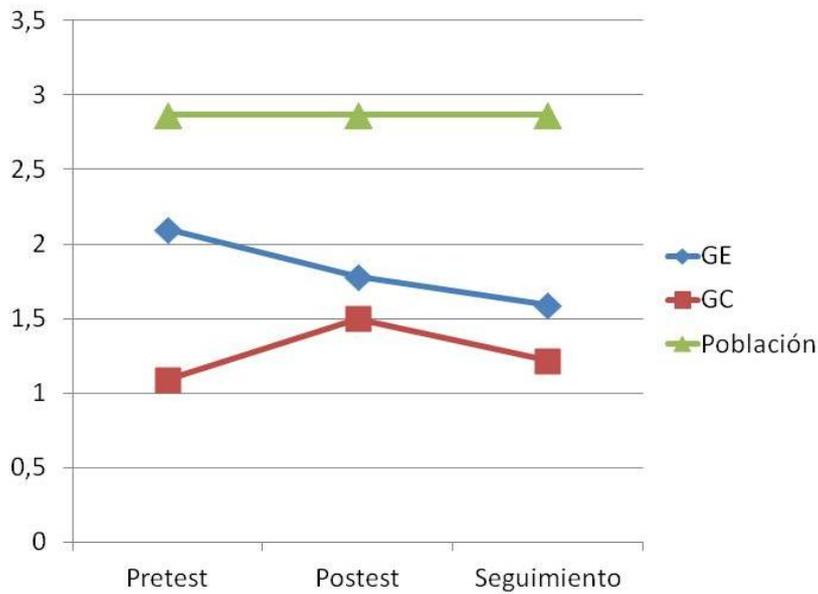


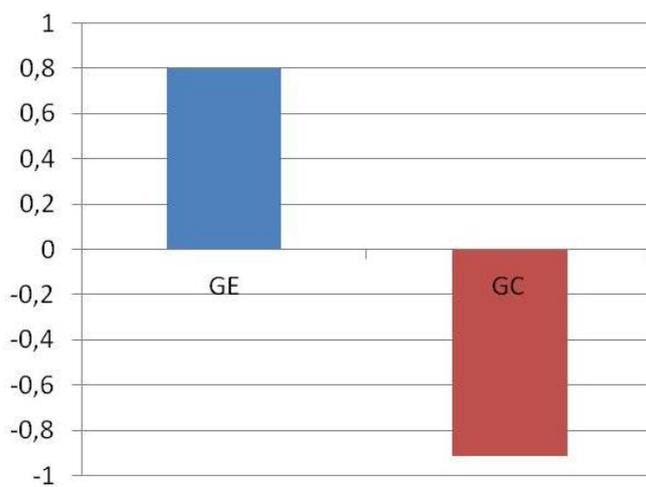
Tabla 79. ANOVA con las puntuaciones de cambio en depresión de los escolares según los padres (CDI-S).

	Variable	SC	gl	MC	F	<i>p</i>
Posttest	Grupo	0,00	1	0,00	0,00	0,98
	Error	89,39	57	1,57		
Seguimiento	Grupo	18,54	1	18,54	13,36	0,00
	Error	33,31	24	1,39		

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

Para la variable Grupo, el GE disminuyó la sintomatología depresiva, con una puntuación de cambio positiva ($M = 0,80$; $DE = 1,15$), mientras que el GC aumentó su puntuación en depresión, con una puntuación de cambio negativa ($M = -0,91$; $1,22$) (véase figura 25). Por tanto, el cambio saludable fue en el GE, con un tamaño del efecto alto ($d = 1,40$).

Figura 25. Puntuaciones de cambio en depresión de los escolares según los padres en el seguimiento



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables en depresión, y puntuaciones negativas indica una mayor sintomatología depresiva

- *Problemas del comportamiento*

En la tabla 80 se muestran las puntuaciones de los chicos del GE, el GC y la población en las dimensiones del CBCL de problemas interiorizantes, problemas exteriorizantes y otros problemas. En la tabla 81 se muestra el análogo correspondiente para las chicas. Debe tenerse en cuenta que al dividir la muestra de padres por género ésta resulta aún más pequeña (4 – 24 padres).

Tabla 80. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres de chicos.

Chicos		Pre	Post	Seguimiento
Problemas interiorizantes	GE	16,21 (13,65)	15,53 (12,61)	15,00 (16,90)
	GC	9,00 (10,21)	11,50 (11,49)	8,08 (10,46)
	Población ^a	17,4 (11,4)		
Problemas exteriorizantes	GE	14,60 (12,99)	13,44 (9,22)	11,87 (10,56)
	GC	7,87 (8,99)	11,60 (13,79)	7,42 (6,53)
	Población ^a	19,9 (13,3)		
Otros problemas	GE	5,70 (3,94)	5,94 (4,32)	4,93 (4,11)
	GC	4,00 (2,70)	4,70 (3,23)	3,33 (1,97)
	Población	----		

^a Sacado de Sardinero et al. (1997) con muestra española con edades entre 6 a 11 años.

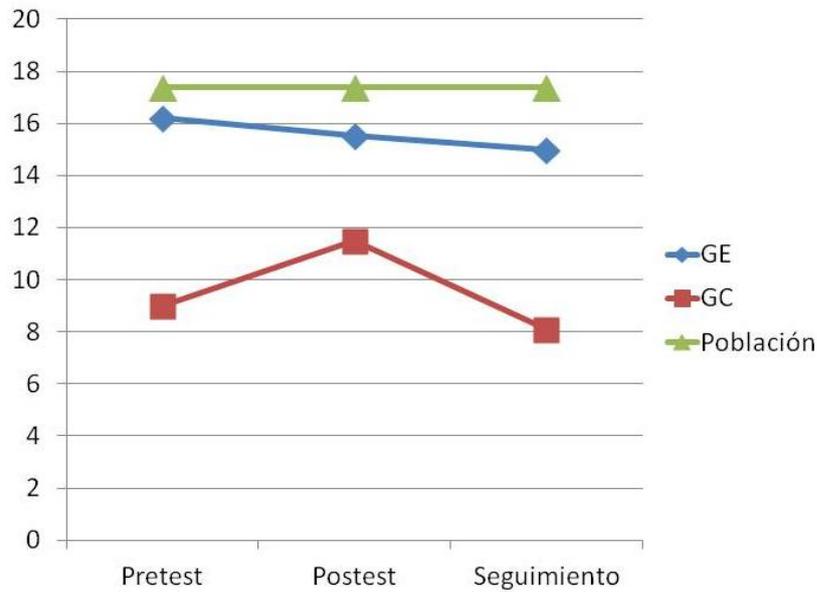
Tabla 81. M y DE por fase en el GE, GC y la población normal de padres de chicas.

Chicas		Pre	Post	Seguimiento
Problemas interiorizantes	GE	11,93 (8,18)	10,12 (8,02)	9,33 (5,23)
	GC	7,05 (4,97)	6,38 (6,19)	8,59 (6,49)
	Población^a	11,2 (8,3)		
Problemas exteriorizantes	GE	14,46 (12,20)	12,30 (10,74)	9,08 (7,83)
	GC	8,45 (6,98)	6,15 (5,05)	10,76 (7,81)
	Población^a	16,0 (10,4)		
Otros problemas	GE	5,01 (3,88)	4,33 (3,64)	4,42 (2,15)
	GC	3,45 (2,70)	2,77 (2,09)	3,24 (2,86)
	Población	----		

^a Sacado de Sardinero et al. (1997) con muestra española con edades entre 6 a 11 años

Como se aprecia en la figura 26 de problemas interiorizantes para los chicos, el GC presentó una puntuación muy inferior a la de la población, al contrario que el GE, que presentó una puntuación similar a la normativa, ligeramente menor. Tras la intervención preventiva el GE disminuye ligeramente, mientras que el GC aumenta con una pendiente acusada. Finalmente, en el seguimiento a los 12 meses, tanto el GE como el GC disminuyen sus puntuaciones siendo la pendiente más pronunciada en el GC.

Figura 26. Puntuaciones de problemas interiorizantes en los chicos (CBCL)



La figura 27 muestra las puntuaciones de los chicos en problemas exteriorizantes. Tanto el GE como el GC puntuaron por debajo de la población, siendo el GC el que presentó menor sintomatología en el pretest. En el postest el GC aumenta sus puntuaciones, mientras que el GE las disminuye ligeramente. En el seguimiento ambos disminuyen la sintomatología, con una pendiente más acusada en el caso del GC.

La figura 28 muestra las puntuaciones de los chicos en la dimensión de “otros problemas”. Como puede apreciarse los chicos del GE presentaron puntuaciones más elevadas que el GC. Ambos grupos aumentaron en el postest y descendieron en el seguimiento.

Figura 27. Puntuaciones de problemas exteriorizantes en los chicos (CBCL)

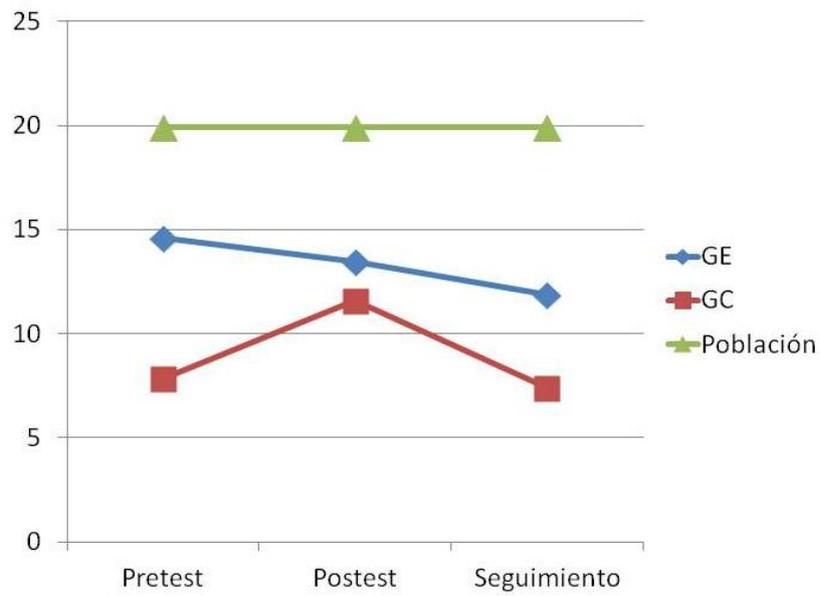
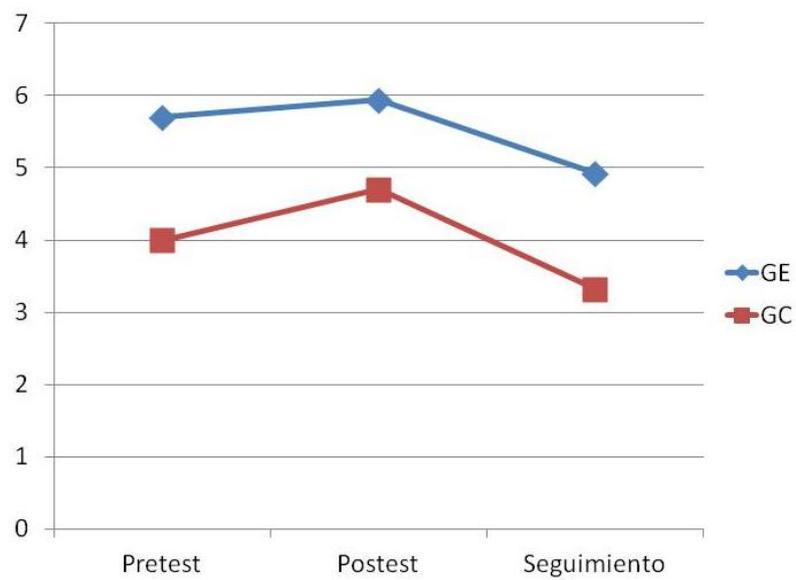
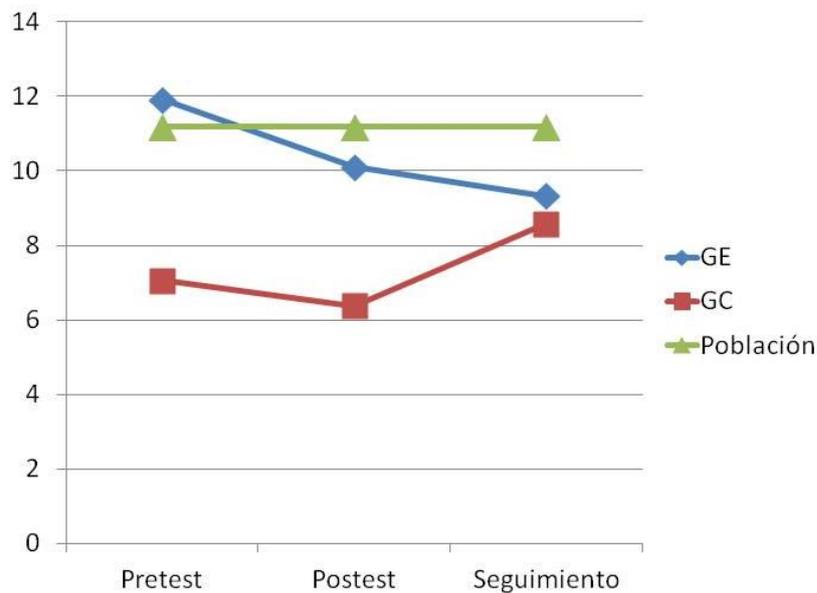


Figura 28. Puntuaciones de otros problemas en los chicos (CBCL)



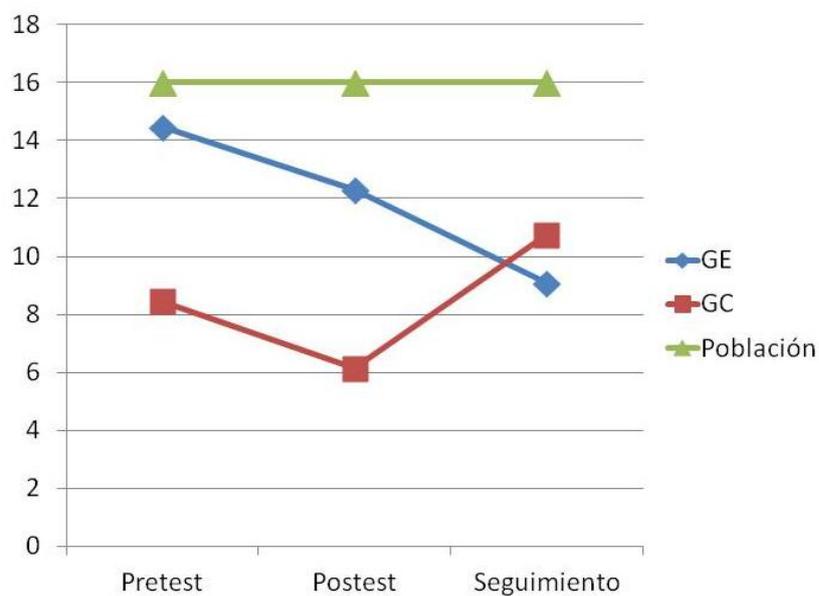
Respecto a las chicas, la figura 29 muestra las puntuaciones en problemas interiorizantes, donde en el pretest el GE puntuó ligeramente por encima de la población y el GC considerablemente por debajo de ésta. El GE presenta una disminución de sintomatología tanto en el posttest como en el seguimiento, mientras que el GC, aunque disminuye en el posttest, aumenta en el seguimiento con una pendiente acusada, de tal forma que las diferencias en el seguimiento entre GE y GC son mínimas.

Figura 29. Puntuaciones de problemas interiorizantes en las chicas (CBCL)



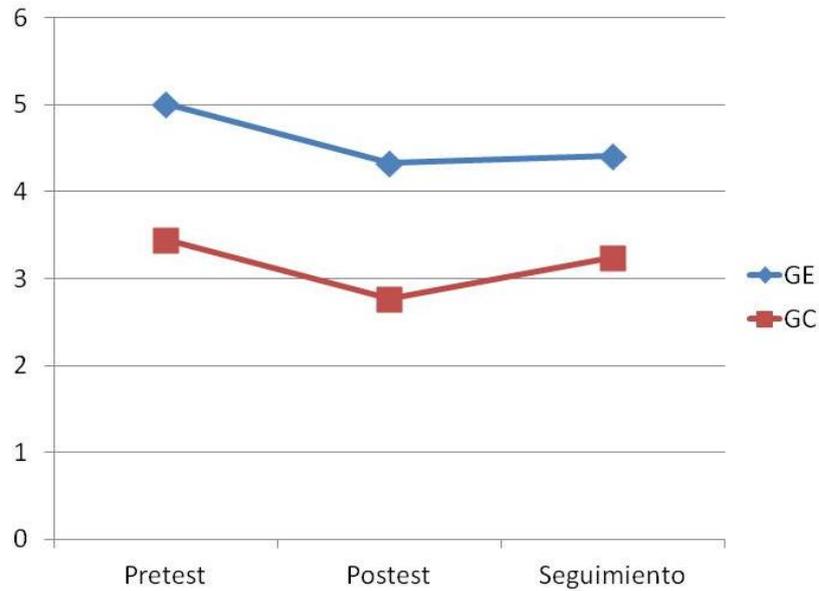
Para los problemas exteriorizantes las chicas de ambos grupos presentaron una puntuación por debajo de la población, especialmente el GC. En el posttest ambos grupos disminuyeron sus puntuaciones, pero en el seguimiento solo el GE disminuye la sintomatología mientras que el GC la aumenta (véase figura 30), reduciendo las diferencias entre grupos.

Figura 30. Puntuaciones de problemas exteriorizantes en las chicas (CBCL)



Por último puede verse en la figura 31 las puntuaciones de las chicas en otros problemas, donde el GE presenta una puntuación superior al GC en el pretest, posteriormente ambos grupos descienden y en el seguimiento el GC aumenta ligeramente mientras que el GE se mantiene.

Figura 31. Puntuaciones de otros problemas en las chicas (CBCL)



En la tabla 82 se ofrece los resultados del ANOVA de las puntuaciones de cambio en el posttest y el seguimiento para los chicos. No hubo ninguna diferencia significativa.

En la tabla 83 se ofrece los resultados del ANOVA de las puntuaciones de cambio en el posttest y el seguimiento para las chicas. Hubo diferencias significativas en el seguimiento para los problemas interiorizantes y exteriorizantes (destacado en **negrita**).

Tabla 82. ANOVA con las puntuaciones de cambio en problemas de comportamiento en los chicos (CBCL)

Variable			SC	gl	MC	F	p
Posttest	Problemas interiorizantes	Grupo	73,34	1	73,34	1,25	0,27
		Error	1523,63	26	58,60		
	Problemas exteriorizantes	Grupo	32,60	1	32,60	1,12	0,30
		Error	758,08	26	29,16		
	Otros problemas	Grupo	4,02	1	4,02	0,66	0,43
		Error	159,83	26	6,15		
Seguimiento	Problemas interiorizantes	Grupo	0,393	1	0,39	0,01	0,92
		Error	357,61	9	39,73		
	Problemas exteriorizantes	Grupo	31,82	1	31,82	0,39	0,55
		Error	732,18	9	81,35		
	Otros problemas	Grupo	39,29	1	39,29	5,00	0,06
		Error	70,71	9	7,86		

Tabla 83. ANOVA con las puntuaciones de cambio en problemas de comportamiento en las chicas (CBCL)

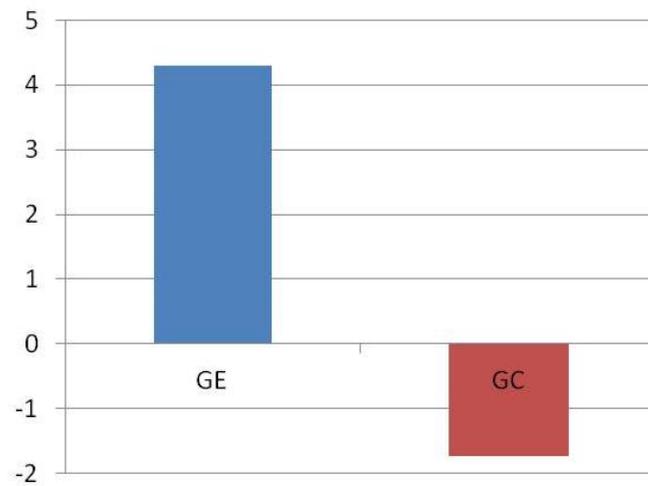
		Variable	SC	gl	MC	F	p
Postest	Problemas interiorizantes	Grupo	7,04	1	7,04	0,28	0,60
		Error	754,83	30	25,16		
	Problemas exteriorizantes	Grupo	0,67	1	0,67	0,02	0,90
		Error	1.140,83	30	38,03		
	Problemas exteriorizantes	Grupo	2,67	1	2,67	0,29	0,59
		Error	272,83	30	9,09		
Seguimiento	Problemas interiorizantes	Grupo	126,00	1	126,00	10,30	0,01
		Error	146,86	12	12,24		
	Problemas exteriorizantes	Grupo	178,57	1	178,57	7,46	0,02
		Error	287,14	12	23,93		
	Otros problemas	Grupo	20,64	1	20,64	4,79	0,05
		Error	51,71	12	4,31		

Nota: Se destaca en negrita los resultados estadísticamente significativos.

Las chicas del GE en el seguimiento obtuvieron una puntuación de cambio positiva tanto en los problemas interiorizantes ($M = 4,29$; $DE = 13,09$) como problemas exteriorizantes ($M = 5,71$; $DE = 4,75$), mientras que el GC obtuvo una puntuación de cambio negativa en ambos ($M = -1,71$; $DE = 3,86$ y $M = -1,42$; $DE = 5,03$

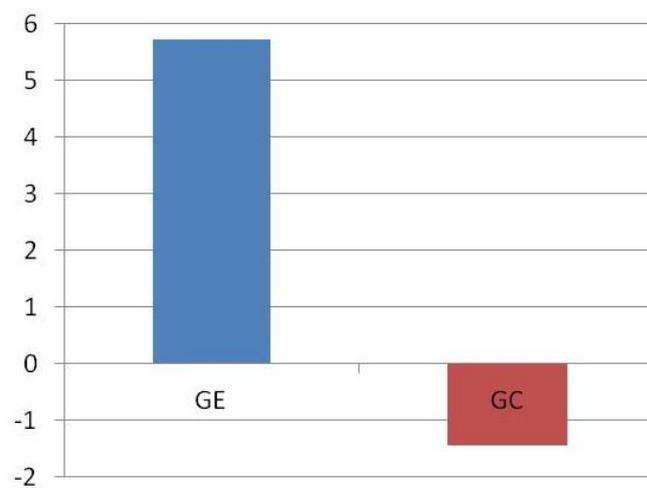
respectivamente) (véase figura 32 y 33). El GE obtuvo un tamaño del efecto positivo alto tanto para problemas interiorizantes ($d = 1,61$) como problemas exteriorizantes ($d = 1,37$).

Figura 32. Puntuaciones de cambio de las chicas en los problemas interiorizantes en el seguimiento a los 12 meses



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables

Figura 33. Puntuaciones de cambio de las chicas en los problemas exteriorizantes en el seguimiento a los 12 meses



Nota: Puntuaciones positivas indican cambios saludables

4.3.3 Análisis cualitativos sintomatología ansiosa y depresiva

Se estudiaron, de forma intragrupo, los cambios cualitativos en ansiedad y depresión en los participantes con riesgo de presentar “problemas clínicos”, según las puntuaciones de los escolares. Estos participantes fueron aquellos que superaron el punto de corte de la población española para ansiedad (cuestionario SCAS) y depresión (cuestionario CDI).

Ansiedad

En la tabla 84 se puede observar el número y el porcentaje de participantes que presentaron una puntuación igual o mayor a 37 (Spence y Orgilés, 2011) por Grupo en las tres momentos temporales y su análisis de cambio intragrupo, evaluada con el estadístico McNemar.

Tabla 84. Participantes en riesgo por alta sintomatología ansiosa

	Pretest	Posttest	Pretest-postest (<i>p</i>)	Seguimiento	Pretest-seguimiento (<i>p</i>)
GE	53 (17,30%)	26 (8,80%)	0,00	23 (8,90%)	0,00
GC	11 (8,10%)	8 (6,30%)	0,73	5 (4,00%)	0,15

Como puede verse en la tabla, en el GE hubo diferencias significativas en el número de participantes con alto riesgo de sintomatología ansiosa en la post-intervención, así como en el seguimiento, respecto al número previo al programa FORTIUS. Por tanto, en el GE se produjo una reducción significativa del porcentaje de participantes con alta sintomatología depresiva en ambas evaluaciones. Sin embargo, en

el GC no hubo diferencias significativas en el número de escolares de alto riesgo tras la intervención y en el seguimiento. Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela, dado que los grupos presentan diferentes proporciones de escolares en riesgo en el pretest.

Depresión

Los participantes que presentaron en el pretest una puntuación igual o mayor a 19 en el cuestionario CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004), su evolución en las siguientes evaluaciones, y su análisis de cambio intragrupo (con el estadístico McNemar) se muestra en la siguiente tabla (tabla 85):

Tabla 85. Participantes en riesgo por alta sintomatología depresiva

	Pretest	Posttest	Pretest-postest (<i>p</i>)	Seguimiento	Pretest-seguimiento (<i>p</i>)
GE	29 (9,5%)	23 (8,0%)	0,84	22 (8,6%)	1,00
GC	3 (2,2%)	5 (4,0%)	0,50	11 (8,8%)	0,01

Solo hubo cambios significativos en el número de escolares en riesgo en el seguimiento del GC, donde el número de casos es significativamente mayor que en el pretest. Para el GE no hubo cambios significativos en ninguna de las evaluaciones.

Estos datos sugieren que, a largo plazo, el número de casos en riesgo en depresión aumentó para aquellos que no recibieron el programa de intervención, mientras que no varió en el GE. Sin embargo, los datos deben interpretarse con cautela, dado que el número de escolares en riesgo en el pretest varió entre GE y GC.

4.3.4 Valoraciones de los participantes

4.3.4.1 Valoración cuantitativa

Como se indicó, se pidió a los participantes que valoraran la utilidad de las actividades FORTIUS, los eslóganes y el programa, mediante una escala de 0 a 10, que se interpretaba de forma similar al sistema de calificación escolar:

Puntuación	Valoración
4,9 o menor	Mala
5,0 – 5,9	Aceptable
6,0 – 6,9	Buena
7,0 – 8,9	Muy buena
9,0 o mayor	Excelente

La práctica FORTIUS más valorada por los escolares fue la actividad “resolución de problemas” y la menos valorada la 1ª, “el triángulo de la personalidad”. El eslogan por el que mostraron más interés fue el de la sesión 7 “el que tiene un amigo tiene un tesoro”, y el eslogan 9 “no confundas peras con manzanas” como el de menor interés. Por último los participantes destacaron que el programa era “fácil” (tabla 86).

Las madres y los padres cumplieron las mismas escalas de valoración que los participantes, excepto la utilidad de los componentes que se sustituye por otra referente a la frecuencia de aplicación del “Decálogo FORTIUS”. Las madres valoraron más positivamente el eslogan 12 “cuanto más practique, más aprenderé”, mientras que

en el caso de los padres fue el eslogan 7, al igual que los escolares. Ambos padres opinaron que el eslogan 10, “Houston, resolvemos un problema”, es el de menor interés. Los padres destacaron que el programa era “valioso”, mientras que las madres que era “útil” (tabla 86).

Respecto a la frecuencia de aplicación del “Decálogo FORTIUS” se podría interpretar la media global como “la mitad de los días”, siendo la media ligeramente superior para los padres que para las madres (tabla 87). Mientras que las madres practicaron más “tratar a su hijo/a con el mismo respeto que el hijo/a de unos amigos”, y menos “pedirle el cuaderno FORTIUS y realizar comentarios”, fue “exigir la regla oro agenda” y “ayudarle con tareas FORTIUS y felicitarle” respectivamente, en caso de los padres.

A los tutores, que asistieron como observadores a todas las sesiones FORTIUS, se les pidió que cumplimentaron las mis escalas que los participantes. Para ellos la utilidad de todas las actividades fue alta, destacando positivamente la actividad de “representación de papeles de tipos de relaciones interpersonales”. El “compromiso FORTIUS” fue la actividad menos valorada. El interés de los eslóganes fue también alto y muy similar para los 12 lemas, siendo de nuevo el 7 el más valorado. La opinión global de los monitores sobre el programa es positiva, destacándose que FORTIUS es “útil” y “favorable”.

Para los monitores del programa hubo 4 escalas de valoración: las mismas escalas de valoración que los participantes más otra sobre dificultad de aplicación de las sesiones. Los monitores valoraron muy positivamente todas las actividades FORTIUS,

los eslóganes y el programa de forma global (tabla 86). La aplicación del programa supuso poca dificultad para ellos (tabla 88), siendo la relajación muscular la actividad más difícil de implementar. El grado de dificultad se valoró de la siguiente forma:

Puntuación	Valoración
9,0 o mayor	Extrema
7,0 – 8,9	Muy alta
6,0 – 6,9	Alta
5,0 – 5,9	Media
4,9 o menor	Baja

Tabla 86. M (DE) de los participantes y aplicadores del programa

Utilidad de las técnicas	Adolescente	Madre	Padre	Profesor/ Tutor	Psicólogo/ Monitor
1) Triángulo de la personalidad	5,50 (2,72)			8,44 (1,01)	9,60 (0,55)
2) Relajación muscular	5,66 (3,00)			8,33 (1,94)	9,60 (0,90)
3) Respiración profunda	6,14 (3,07)			8,89 (1,05)	9,80 (0,45)
4) Visualización tranquilizadora	5,72 (2,98)			8,11 (1,62)	9,60 (0,89)
5) Tipos de relaciones interpersonales y representación papeles (asertivo, pasivo y agresivo)	5,73 (2,85)			8,67 (1,23)	8,80 (0,84)
6) Escucha activa	6,15 (2,94)			8,78 (1,20)	9,60 (0,55)
7) Relaciones interpersonales (representación HHSS)	6,15 (3,06)			9,00 (1,00)	9,20 (0,84)
8) Planificación del estudio y disfrute del tiempo libre	6,14 (3,19)			8,89 (1,05)	9,60 (0,55)
9) Razonamientos petardos	5,49 (2,94)			8,44 (1,59)	9,40 (0,89)
10) Resolución de problemas	6,19 (2,90)			8,44 (1,59)	9,40 (0,89)
11) Auto-instrucciones y auto-valoración	5,58 (2,90)			8,33 (1,32)	9,60 (0,55)
12) Compromiso FORTIUS	5,71 (3,09)			7,67 (1,87)	9,20 (1,30)
M (DE)	5,85 (2,35)			8,50 (1,18)	9,45 (0,35)
Interés de los eslóganes	Adolescentes	Madre	Padre	Profesores/ Tutores	Psicólogos/ Monitores
1) Cuanto más practique, más aprenderé	6,26 (3,04)	7,60 (2,45)	7,69 (2,10)	8,44 (1,13)	9,20 (0,84)
2) Contra tensión... relajación	5,96 (3,03)	7,18 (2,41)	7,65 (2,12)	8,44 (1,33)	9,40 (0,90)
3) Cuando la tensión achucha... respiración lenta y profunda	5,84 (3,04)	7,16 (2,23)	7,56 (1,94)	8,67 (1,12)	9,00 (1,23)
4) ¡Emociónate, vive!	6,52 (2,93)	7,28 (2,23)	7,56 (2,24)	8,67 (1,23)	9,00 (1,23)
5) Uno para todos, todos para uno	6,32 (2,94)	7,08 (2,30)	7,38 (2,08)	8,56 (1,33)	8,80 (1,30)
6) Rubios o morenos nacemos, simpáticos o antipáticos nos hacemos	6,36 (3,00)	7,34 (2,43)	7,62 (2,20)	8,78 (1,09)	9,00 (1,00)
7) El que tiene un amigo, tiene un tesoro	7,14 (3,09)	7,98 (2,10)	8,00 (2,13)	9,22 (0,67)	8,80 (1,64)

Interés de los eslóganes	Adolescentes	Madre	Padre	Profesores/ Tutores	Psicólogos/ Monitores
8) Contra aburrimiento... movimiento	6,27 (3,01)	7,40 (2,45)	7,65 (2,27)	8,78 (1,30)	8,60 (1,67)
9) No confundas peras con manzanas	5,67 (2,91)	6,92 (2,48)	7,33 (1,93)	8,44 (1,67)	9,20 (0,84)
10) Houston, resolvemos un problema	5,94 (2,96)	6,82 (2,28)	7,15 (2,36)	8,56 (1,42)	8,80 (1,30)
11) Yo, controlo ¡Bien hecho!	6,36 (2,93)	7,34 (2,45)	7,33 (2,38)	8,78 (1,48)	8,80 (1,64)
12) Cuanto más practique, mejor seré	6,65 (3,02)	8,02 (2,03)	7,98 (2,24)	8,56 (1,33)	9,00 (1,73)
M (DE)	6,27 (2,45)	7,34 (2,01)	7,58 (1,82)	8,66 (1,13)	8,97 (1,21)
Valoración del programa	Adolescente	Madre	Padre	Profesor/ Tutor	Psicólogo/ Monitor
1) Bueno	5,96 (3,15)	6,79 (2,28)	6,88 (2,04)	7,67 (1,80)	9,40 (0,55)
2) Atractivo	5,61 (3,02)	6,71 (2,31)	6,82 (2,05)	7,22 (1,86)	8,60 (1,14)
3) Interesante	6,06 (3,01)	6,85 (2,23)	7,00 (2,09)	7,56 (1,81)	9,20 (0,45)
4) Útil	6,04 (3,06)	6,89 (2,21)	7,10 (1,96)	8,22 (1,79)	9,60 (0,89)
5) Favorable	5,87 (2,98)	6,77 (2,37)	7,12 (2,02)	8,22 (1,48)	9,40 (0,89)
6) Fácil	6,83 (3,04)	6,47 (2,28)	6,60 (2,10)	7,56 (1,13)	8,40 (2,61)
7) Valioso	5,89 (3,08)	6,87 (2,37)	7,20 (2,05)	7,89 (1,76)	9,40 (0,89)
8) Grado de satisfacción	5,97 (3,11)	6,54 (2,26)	7,00 (1,98)	8,00 (1,80)	9,20 (0,84)
9) ¿Lo recomendaría?	5,69 (3,35)	6,73 (2,51)	7,20 (2,21)	7,78 (2,17)	9,20 (0,84)
10) ¿Crees que ayuda el programa en los participantes?	5,86 (3,25)	6,50 (2,28)	6,60 (2,20)	7,56 (2,07)	8,60 (1,52)
Valoración global	6,02 (2,70)	6,72 (2,2)	6,95 (1,90)	7,77 (1,65)	9,10 (0,81)

Nota: el rango de las escalas fueron: 1) Utilidad, de 0 = *Nada útil* a 10 = *Muy útil*; 2) Interés eslóganes, de 0 = *Nada interesante* a 10 = *Muy interesante*; 3) Valoración programa, varió según el ítem, por ej. el ítem 1 varió de 0 = *Nada bueno* a 10 = *Muy bueno*.

Tabla 87. M (DE) de la aplicación del Decálogo Fortuis.

Frecuencia	Madre	Padre
1) Hablar con su hijo/a sobre el Programa FORTIUS	3,46 (2,58)	3,96 (2,20)
2) Pedirle que le enseñe el Cuaderno FORTIUS y realizar comentarios positivos	3,42 (2,68)	3,77 (2,49)
3) Comprobar que anota las tareas FORTIUS en la agenda escolar e interesarse por ellas	3,42 (2,73)	4,02 (2,83)
4) Ayudarle con las tareas FORTIUS y felicitarle por hacerlas	3,58 (2,83)	3,69 (2,82)
5) Fomentar la aplicación de FORTIUS con la ayuda de los eslóganes	3,70 (2,59)	4,10 (2,62)
6) Animarle a que enfrente las dificultades con ayuda de FORTIUS y no sobreprotegerle	4,58 (2,92)	4,83 (2,82)
7) Tratarle con el mismo respeto que al hijo/a de unos amigos como indica FORTIUS	5,96 (2,68)	6,38 (2,48)
8) Exigir la norma de oro de la agenda FORTIUS: primero la obligación, después la diversión	7,24 (2,90)	7,94 (2,58)
9) Aconsejarle que reflexione y resuelva los problemas con el método FORTIUS	5,38 (2,93)	5,85 (2,70)
10) Recordarle que, según FORTIUS, las metas valiosas exigen Constancia, Esfuerzo, Trabajo	6,94 (2,97)	7,48 (2,71)
Total decálogo	4,77 (2,20)	5,20 (2,07)

Nota: el rango de la escala de frecuencia varió de 0 = *Nunca* a 10 = *Todos los días*

Tabla 88. Grado de dificultad de los monitores (psicólogos) de implementación de FORTIUS.

Dificultad	Monitores M (DE)
1) Triángulo de la personalidad	2,60 (3,72)
2) Relajación muscular	5,00 (4,18)
3) Respiración profunda	3,60 (2,97)
4) Visualización tranquilizadora	2,00 (2,55)
5) Tipos de relaciones interpersonales	2,80 (1,92)
6) Escucha activa	2,00 (2,00)
7) Representación de papeles (HHSS)	2,80 (2,95)
8) Planificación del estudio y disfrute del tiempo libre	2,20 (1,92)
9) Razonamientos petardos	3,20 (1,30)
10) Resolución de problemas	2,60 (2,07)
11) Auto-instrucciones y auto-valoración	2,20 (2,68)
12) Compromiso FORTIUS	2,00 (1,58)
Dificultad total	2,75 (2,14)

Nota: la escala de dificultad varió de 0 = *Ninguna dificultad* a 10 = *Máxima dificultad*

4.3.4.2 Valoraciones cualitativas

Además de las escalas cuantitativas se pidió a todos los participantes, de forma anónima, que escribieran qué aspectos del programa se podían mejorar, así como su opinión general sobre FORTIUS. Sin embargo, muchas de las valoraciones cualitativas solo incluyeron la primera parte de la consigna, quizás porque previamente, en las escalas cuantitativas, los participantes ya puntuaron su opinión sobre el programa FORTIUS.

Dada la variedad de las respuestas, éstas se clasificaron de la siguiente manera:

- a) Positivas o programa perfecto: cuando en la opinión del participante no se indica nada a mejorar, y se resalta la utilidad y la satisfacción con el programa.

Ejemplos de algunas respuestas clasificadas como “positivas” son:

- *“FORTIUS es un programa muy bueno y no cambiaría nada. Ayuda a aclarar nuestras ideas y ver las cosas de otra manera. A organizarnos en el trabajo, a comportarnos con los amigos, nos ayuda a sentirnos bien. Nunca he visto un programa tan bueno”.*
- *“El programa FORTIUS es muy divertido. Me gusta, todas las sesiones han sido espectaculares, son buenas para el trabajo y el comportamiento”.*
- *“El programa FORTIUS me ha gustado mucho porque las sesiones me han ayudado a conseguir lo que quiero. También me ayuda a relajarme.*

El programa FORTIUS es divertido y muy interesante. No le veo defectos”.

- *“Me parece maravilloso, está bien preparado y lo explicáis muy bien. Es muy divertido y no quiero que acabe. No cambiaría nada”.*

b) Intermedias: cuando en la opinión del participante se resaltan aspectos positivos del programa, pero también se incluyen negativos o a mejorar. Ejemplos de valoraciones intermedias:

- *“El programa y los temas que se tratan están muy bien, pero a veces es un poco aburrido”.*
- *“Me gusta FORTIUS porque me ayuda a superarme a mí misma. Lo que no me gusta es que mandan tareas para casa, porque ya tenemos muchos exámenes y deberes”.*
- *“Me gusta FORTIUS porque hablamos de cosas interesantes y cómo relajarnos para los exámenes. No me gusta que perdamos tutoría porque no podemos hablar de los problemas de la clase”.*
- *“Me gusta mucho FORTIUS porque es interesante, divertido y me lo paso bien. Además me gusta porque trata de temas que nos pasan todos los días y es muy bueno. Me gustaría que hubiesen más juegos”.*

c) Negativas o solo aspectos a mejorar: cuando la opinión del participante incluye únicamente aspectos a mejorar del programa u opiniones negativas sobre él.

Ejemplos:

- *“Necesitamos las horas de tutoría. Lo que no me gusta del programa son los deberes”.*
- *“Podría ser más divertido”.*
- *“No me gusta que mandan tareas para casa”.*
- *“Se debe mejorar que a veces los compañeros molestan y no colaboran”.*

Hubo 124 respuestas positivas (59,9 %), 46 intermedias (22,2%) y 37 negativas (17,9%). Los principales aspectos a mejorar del programa fueron los siguientes:

- a) que FORTIUS fuera menos aburrido (18,36%),
- b) que no hubiera tareas para casa (10,63%),
- c) que no se perdieran más horas de tutorías (9,18%), y
- d) que los compañeros no molestaran (2,41%).

4.4 Resumen de resultados y contrastación de hipótesis

En este apartado se ofrece un resumen de los resultados y de la contrastación de hipótesis de la investigación que constituye la segunda parte de esta tesis. En la tabla 89 y 90 se describen las diferencias significativas entre el GE y GC tras la intervención de FORTIUS (postest), y a los 12 meses (seguimiento), en adolescentes y padres respectivamente. En la tabla 91 se describe las diferencias intragrupo, en el postest y en el seguimiento, en el número de adolescentes con riesgo de presentar ansiedad y/o depresión en la evaluación pretest. Por último, en la tabla 92, se expone la contrastación de las hipótesis de investigación.

Tabla 89. Resultados cuantitativos según los adolescentes (comparaciones intergrupos)

	Postest	Seguimiento
Ansiedad	n.s.	FORTIUS reduce la sintomatología ansiosa de los escolares de menos edad ($d = 0,33$)
Depresión	n.s.	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva de las chicas ($d = 0,35$)
Ira	n.s.	n.s.
Salud	n.s.	FORTIUS mejora la salud percibida de los escolares ($d = 0,34$), sobre todo de los de menos edad ($d = 0,58$) y de ellos los chicos ($d = 0,78$)

Nota: n.s. = no significativo

Tabla 90. Resultados cuantitativos según los padres (comparaciones intergrupos)

	Postest	Seguimiento
Ansiedad	n.s.	n.s.
Depresión	n.s.	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva de las chicas ($d = 1,40$)
Problemas de comportamiento	n.s.	FORTIUS reduce los problemas interiorizados ($d = 1,61$) y exteriorizados ($d = 1,37$) de las chicas

Nota: n.s. = no significativo

Tabla 91. Resultados cualitativos según los adolescentes (comparaciones intragrupo)

	Postest	Seguimiento
Ansiedad	FORTIUS reduce el número de escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa	FORTIUS reduce el número de escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa
	CONTROL n.s.	CONTROL n.s.
Depresión	FORTIUS n.s.	FORTIUS n.s.
	CONTROL n.s.	CONTROL aumenta el número de escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa

Tabla 92. Contrastación de hipótesis en el posttest (corto plazo: CP) y en el seguimiento (largo plazo: LP)

				CP	LP
Adolescentes (cuantitativo)	Ansiedad	1	FORTIUS reduce la sintomatología ansiosa.	x	x
		2	FORTIUS reduce la sintomatología ansiosa más en los de menos edad.	x	✓
		3	FORTIUS reduce la sintomatología ansiosa más en las chicas.	x	x
	Depresión	4	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva.	x	x
		5	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva más en los de más edad.	x	x
		6	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva más en las chicas.	x	✓
	Ira	7	FORTIUS reduce el nivel de ira.	x	x
		8	FORTIUS reduce el nivel de ira más en los de más edad.	x	x
		9	FORTIUS reduce el nivel de ira más en las chicas.	x	x
	Salud	10	FORTIUS mejora la salud percibida.	x	✓
Padres (cuantitativo)	Ansiedad	11	FORTIUS reduce la sintomatología ansiosa.	x	x
	Depresión	12	FORTIUS reduce la sintomatología depresiva.	x	✓
	Comportamiento	13	FORTIUS reduce los problemas de comportamiento.	x	x
Adolescentes (cualitativo)	Ansiedad	14	FORTIUS reduce el número de escolares en riesgo por alta sintomatología ansiosa.	✓	✓
	Depresión	15	FORTIUS reduce el número de escolares en riesgo por alta sintomatología depresiva.	x	x
Satisfacción usuarios	Valoración	16	La valoración global de FORTIUS será como mínimo buena.		✓
	Dificultad	17	La dificultad de implementación de FORTIUS será baja.		✓
	Implicación	18	La implicación de los padres en FORTIUS será como mínimo aceptable.	x	

4.5 Discusión

El objetivo principal del estudio fue examinar la eficacia del programa FORTIUS como prevención universal en los primeros años de la adolescencia. Contrariamente a lo esperado no se produjo ninguna mejora tras la aplicación del programa al compararlo con el grupo de control. Probablemente las investigaciones en este campo comparten el error de realizar un planteamiento excesivamente optimista, puesto que las revisiones señalan que la mayoría de los programas no consigue ninguna mejora tras la intervención, especialmente en el caso de la prevención universal (véanse tablas 56 y 57).

Sin embargo se logró cierta mejoría en ansiedad, depresión y salud percibida a los doce meses. Este hallazgo es especialmente relevante, puesto que la revisión de Spence y Shortt (2007) sobre prevención escolar de la depresión muestra pequeños cambios entre los seis y los once meses, pero ningún efecto a los doce o más meses. El hecho de que este tipo de intervenciones resulte eficaz únicamente a largo plazo puede explicarse por la necesidad de un periodo de tiempo para integrar en el repertorio de conducta las habilidades enseñadas antes de transferirse a la vida diaria (Quayle, 2001). Kendall (1991) define este requisito como el “efecto durmiente” de los procedimientos cognitivo conductuales. El fenómeno se puede ilustrar con el aprendizaje de la conducción. El conductor recién salido de la auto-escuela es capaz de conducir, pero se muestra inseguro y poco diestro al volante (postest). La Dirección General de Tráfico no deja de considerarle novato, obligatoriedad de la “L” (learner), hasta que transcurre un año (seguimiento), que es el tiempo mínimo exigible para dominar la conducción.

También se ha sugerido que los beneficios reales de los programas de prevención se constatan cuando los adolescentes se enfrentan a situaciones difíciles de la vida, lo que ocurre en los meses o años posteriores (Possel et al., 2004). Además, algunos autores, por ejemplo Cardemil et al. (2002), proponen que los efectos en el seguimiento son los únicos que propiamente pueden considerarse “efectos de prevención”, puesto que los obtenidos tras la intervención serían más bien “efectos de tratamiento”.

A la luz de los resultados obtenidos se puede plantear que la evaluación no se reduzca a las variables objetivo, como ansiedad y depresión, sino que se tome en consideración también variables mediadoras que supuestamente son las responsables del cambio. En este sentido cabría esperar, por ejemplo que en el posttest mejoraran las habilidades de relajación y sociales entrenadas, pero que la mejoría en ansiedad social no se apreciara hasta más tarde en el seguimiento.

La Sociedad para la Investigación Preventiva (*Society for Prevention Research*, SPR; Flay et al., 2005) destaca la importancia de identificar las variables sociodemográficas de los participantes en las que se constata un mayor beneficio de la prevención. Este conocimiento permitiría focalizar las intervenciones y facilitaría la generalización de los resultados. En nuestro estudio nos planteamos el efecto modulador de las variables edad y género. Con respecto a la edad, los adolescente más jóvenes presentan mayor nivel de sintomatología ansiosa, ya que la ansiedad en general disminuye (Costello et al., 2011), por lo que es esperable que el efecto de la intervención sea mayor al disponer de más margen de mejora. Este planteamiento está en consonancia con los datos disponibles, ya que se ha encontrado mayor efectividad

preventiva con adolescentes más jóvenes (Barrett et al., 2006; Barrett et al., 2005; Lock y Barrett, 2003).

En referencia al género el programa FORTIUS tuvo más impacto sobre la sintomatología depresiva de las chicas. De nuevo, esta diferencia puede explicarse por el mayor riesgo de depresión (Horowitz et al., 2007), razón por la que cada vez más la prevención de los trastornos del estado de ánimo se dirige preferentemente al género femenino (Chaplin et al., 2006; 1978; Harnett y Dadds, 2004; Quayle et al., 2001).

Por otro lado, también es frecuente que en prevención de ansiedad y depresión con niños y adolescentes, se proponga incluir la evaluación de la salud y/o del bienestar emocional (Clark, 2004; Flannery-Schroeder, 2006). En el marco del modelo bio-psico-social el bienestar mental y social es fundamental para la salud de las personas (OMS, 2013), entendiendo la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento“ (OMS, 1948, p.1), añadiéndose, en el caso de niños y adolescentes, la habilidad de realizar actividades apropiadas para su edad (Starfield, 1974).

El programa FORTIUS no solo se dirige a la prevención de dificultades emocionales sino que también persigue la promoción de la salud, del bienestar y del desarrollo personal, y así lo avalan los resultados obtenidos en esta investigación con escolares en las primeras etapas de la adolescencia. Es deseable que los programas no se limiten a prevenir enfermedades y trastornos, sino que persigan también la promoción de la salud y del desarrollo personal (OMS, 2004), especialmente con niños y adolescentes.

El programa FORTIUS es novedoso al introducir la ira, puesto que esta emoción no suele incluirse en los programas de prevención escolar de las dificultades emocionales en la adolescencia temprana. Sin embargo, no se obtuvo ningún resultado positivo. La ausencia de cambio en la ira, al revés que con la ansiedad y la depresión, puede explicarse por la diferente naturaleza de los problemas generados por estas emociones negativas. Así, mientras que en la ansiedad y en la depresión el sufrimiento mayor es para el adolescente que experimenta estas emociones negativas, en la ira como precursor de la agresión verbal y física el malestar mayor es para la víctima no para el agresor. La ira se asocia a problemas exteriorizados como la agresión o la oposición desafiante, por lo que es recomendable que las intervenciones incorporen estrategias específicas para su control, por ejemplo habilidades prosociales (Feindler, 1990; Feindler y Ecton, 1986), y actuaciones con padres y profesores para fomentar la disciplina consistente (Forehand et al., 2013; Goodenough, 1931).

La recogida de información de los padres es un punto fuerte de esta investigación, dado que la mayoría de los estudios se limita a administrar cuestionarios a los escolares (Spence y Shortt, 2007), a pesar de que la SPR enfatiza la necesidad de la evaluación multifuente, más válida y fiable. Sin embargo, nuestros resultados con los padres deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta su baja participación y su implicación rayando en el mínimo aceptable. Variables como la motivación y la satisfacción con el programa pueden condicionar la participación de los padres.

La pérdida de datos de los padres es común en este tipo de investigaciones, por lo que en algunos estudios se recompensa económicamente a los que completan las evaluaciones (Gillham et al., 2012). A pesar de la remuneración, la pérdida de

información continúa siendo un inconveniente frecuente. Futuras aplicaciones del programa FORTIUS deben incluir medidas que fomenten la implicación y participación de los progenitores, al menos aquellas que supongan bajo costo, por ejemplo, contactar con los padres que no pudieron asistir a la sesión informativa u organizar un servicio de guardería para que los padres puedan dejar a los hijos pequeños. También sería conveniente, en los momentos de las evaluaciones, realizar recordatorios de la importancia de la cumplimentación y devolución de sus informes a través de cartas, llamadas telefónicas, mensajes de correo electrónico, etc.

Programas como Friends, Feeling Club, RAP-F, etc., incluyen 3 o 4 sesiones de formación e instrucción a los padres, mientras que FORTIUS se limita a una sesión enfocada a presentarles y describirles el programa y a fomentar su colaboración y participación. Las revisiones indican que, para prevenir dificultades emocionales, incluir o involucrar a los padres no es más eficaz que intervenir solo con los niños (Forehand et al., 2013; Shochet et al., 2001), al contrario que en otras problemáticas, por ejemplo el comportamiento perturbador. Por ello el planteamiento del programa FORTIUS es centrar los esfuerzos y costos en la intervención con los adolescentes y reducir al mínimo las sesiones con los padres.

Respecto a las diferencias informadas por los padres, se encontró efectos positivos en depresión del programa FORTIUS a los 12 meses de la intervención. En los problemas del comportamiento, solo las chicas se beneficiaron del programa FORTIUS, tanto para problemas interiorizantes, donde presentan riesgo porque puntúan más alto (Rescorla et al., 2007), como para los problemas exteriorizantes. Aunque los chicos presentan riesgo para los problemas exteriorizantes, es posible que sea necesario

incluir otros elementos, como por ejemplo, sesiones para los padres de estilos de crianza (Tur, Escrivá y Del Barrio, 2004) o técnicas conductuales.

Los resultados cuantitativos obtenidos en ansiedad y depresión son importantes. Las revisiones meta-analíticas concluyen que el efecto de la prevención universal de ansiedad y depresión es insignificante a largo plazo (Fisak et al., 2011; Horowitz y Garber, 2006). Ahora bien un tamaño del efecto pequeño puede ser relevante en grandes poblaciones, por ejemplo se requiere un muestra de unos 800 participantes para detectar un tamaño del efecto pequeño con una potencia de 0,80 y alfa de 0,05 (Spence y Shortt, 2007).

Un método utilizado por los estudios “universales” para detectar diferencias es comparar a los participantes con “alta” y “baja” sintomatología, porque en los últimos se produce el “efecto suelo”, es decir, es complejo prevenir la ansiedad o la depresión excesivas en adolescentes que prácticamente están libres de síntomas. La posibilidad de que se haya producido el efecto suelo en nuestro estudio es altamente probable, puesto que las puntuaciones en el pretest de los escolares del grupo experimental (GE) y del grupo control (GC) eran claramente mejores que las de la población adolescente de referencia en bastantes medidas. A pesar de ello, la estratificación selectiva es más propia de la prevención específica (Corrieri et al., 2013).

Este estudio valoró, de forma cualitativa e intragrupo, la eficacia del programa FORTIUS con los participantes en riesgo por presentar elevada sintomatología ansiosa y depresiva. Para ansiedad se encontró una reducción significativa en el número de escolares en riesgo en el GE, tanto en la postest como en el seguimiento, mientras que

no varió para el GC. Por el contrario, para depresión, no hubo cambios significativos en el número de participantes en riesgo en ninguno de los dos grupos en el postest; sin embargo, en el seguimiento, el GC presentó un aumento significativo del número de adolescentes mientras que no hubo cambios significativos para el GE. Los datos indican que FORTIUS disminuye el número de adolescentes con ansiedad excesiva y parecen sugerir que previene el aumento de escolares en riesgo de depresión, es decir, que frena la escalada del trastorno que se produce a los doce meses como se aprecia en los participantes que no recibieron el programa. Sin embargo, no puede establecerse una conclusión firme, dado la proporción de adolescentes en riesgo en el pretest fue diferente en el GE y en el GC.

La utilidad de actividades del programa, la idoneidad de los eslóganes y el programa en su conjunto recibió una valoración “buena” de los adolescente y los padres, “muy buena” de los profesores y “excelente” de los psicólogos. El hecho de que FORTIUS sea un programa psicológico, fácil de implementar, para ser aplicado en el contexto escolar puede explicar la evaluación más positiva de los profesionalesd. La valoración de los adolescentes es similar a la encontrada en otros estudios como el de Harnett y Dadds (2004).

Más de la mitad de los participantes opinaron que el programa no tenía defectos o aspectos negativos. Algunos comentaron la necesidad de la hora de tutoría, sustituida por la intervención, en algún momento de los tres meses que duró el programa. Para suplir este inconveniente, una posible propuesta para próximas intervenciones sería realizar una sesión FORTIUS cada dos semanas. Otros participantes se quejaron de que el programa a veces era “aburrido”. Sin embargo, no existe acuerdo en este aspecto, por

ejemplo, algunos preferían las sesiones con dinámicas de representación de papeles mientras otros las criticaban, ya fuera por motivos de vergüenza o aburrimiento. En concreto, la media de la valoración de las distintas actividades fue muy similar, resultado difícil aclarar cuales resultan más atractivas para los adolescentes. Futuras investigaciones deben explorar más exhaustivamente cuales son los componentes más atractivos para la mayoría de los participantes para potenciarlos, manteniendo siempre un equilibrio con la finalidad del programa: dotar al escolar de habilidades y estrategias para prevenir sus dificultades emocionales, aumentar su satisfacción personal y resolver problemas personales. En este sentido, las tareas para casa también fueron criticadas por veintidós escolares, a pesar de que son necesarias para la asimilación, práctica y refuerzo de lo aprendido.

Esta investigación presenta varias limitaciones. En primer lugar el grupo control. Si bien se asignó aleatoriamente los colegios a las condiciones experimentales, para evitar el riesgo de contaminación entre grupos o individuos al asignar distintas clases de un colegio o a alumnos individualmente a diferentes condiciones, este método tiene el inconveniente de que los estudiantes están anidados dentro de clases y colegios, lo que puede afectar a los resultados (Spence y Shortt, 2007). Así ocurrió en esta investigación, donde el GC presentó mejores puntuaciones en el pretest que el GE en la mayoría de las medidas, siendo en algunos casos puntuaciones más positivas que la media de la población como se ha indicado.

Otra limitación, presente en la mayoría de los estudios, es que solo hubo un grupo de control sin intervención. Habría sido interesante incluir un grupo de control con alguna forma de placebo para controlar los efectos del incremento de atención,

deseabilidad social u otros elementos de la intervención. Por último, el pequeño número de colegios que han participado en esta investigación también supone un inconveniente, ya que incluye estudiantes que representan un segmento de la población. Idealmente una intervención universal debería reflejar el amplio perfil demográfico de estudiantes en general, o representar una subpoblación de interés como un grupo socioeconómico concreto. Sin embargo, incluso con un estudio que incluya muchos colegios, permanece el problema de qué colegios aceptan participar y cuales suelen rechazar, y si hay un patrón en ellos (Spence y Shortt, 2007).

Por el contrario, entre los puntos fuertes de esta investigación encontramos que cumple las normas estándar de la Sociedad para la Investigación Preventiva (*Society for Prevention Research, SPR*; Flay, 2005), diseñadas para determinar las intervenciones efectivas y eficaces, en concreto: 1) el programa FORTIUS dispone de manuales que permite a terceros aplicar la intervención, 2) se informó de la integridad y nivel de implementación del programa, 3) se evaluó el grado de generalización de los resultados, 4) se indicó la importancia práctica de los resultados, 5) la muestra involucrada se especificó adecuadamente, 6) se realizó una descripción detallada de la intervención y de la recolección de datos, y se utilizó medidas psicométricamente sólidas; 7) los análisis estadísticos fueron rigurosos, y 8) se realizó un seguimiento a largo plazo, donde se encontró efectos positivos. El meta-análisis de Spence y Shortt (2007) indica que los puntos 2 y 3 de los criterios comentados se encuentran entre las principales limitaciones de los estudios de prevención escolar, lo que supone otro punto fuerte en este estudio.

En resumen, esta investigación proporciona datos sobre la eficacia del programa FORTIUS en la adolescencia temprana. Aunque es necesaria su replicación rigurosa para afirmar que la intervención es eficaz (Flay, 2005), los resultados de este estudio pioneros son alentadores.

5 Conclusiones

1. La validez de constructo de la adaptación española de la *Separation Anxiety Assessment Scale* (SAAS) es adecuada. El análisis factorial confirma la estructura tetradimensional propuesta por los creadores de la escala (Eisen y Schaefer, 2005): Miedo a la soledad, Miedo al abandono, Malestar físico y Preocupación por los desastres.
2. El porcentaje de varianza explicada por los cuatro dimensiones sintomáticas de la SAAS supera el cuarenta por cien, considerado el mínimo satisfactorio.
3. La fiabilidad, consistencia interna y estabilidad temporal, de las cuatro dimensiones sintomáticas de la SAAS es buena.
4. La validez convergente de las cuatro dimensiones sintomáticas de la SAAS se pone de relieve en el patrón de correlaciones: excelente con sendas escalas que miden el mismo constructo (ansiedad por separación) y un factor de riesgo (sensibilidad a la ansiedad) y adecuada con una escala que evalúa un constructo relacionado (miedos escolares).
5. La validez discriminante de las cuatro dimensiones sintomáticas de la SAAS se pone de manifiesto porque los niños diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación puntúan más alto que los diagnosticados con otros trastornos de ansiedad.
6. La sensibilidad y la especificidad de las cuatro dimensiones sintomáticas de la SAAS son buenas.

7. La fiabilidad de las subescalas complementarias de la SAAS, Señales de seguridad y Frecuencia de desastres, presenta algunas carencias, sin embargo, clasifican correctamente un alto porcentaje de casos diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación, especialmente Señales de seguridad.
8. El acuerdo niño-padres es pobre al evaluar la ansiedad por separación con la SAAS.
9. La ansiedad por separación disminuye con la edad de acuerdo a la SAAS.
10. La ansiedad por separación es ligeramente superior en las niñas según la SAAS.
11. La SAAS es un instrumento clínicamente útil, puesto que permite obtener perfiles del trastorno de ansiedad por separación que ayudan a planificar el tratamiento psicológico.
12. El programa FORTIUS reduce a largo plazo la sintomatología ansiosa en los adolescentes de menos edad.
13. El programa FORTIUS reduce el número de casos de riesgo por sintomatología ansiosa.
14. El programa FORTIUS reduce a largo plazo la sintomatología depresiva, especialmente de las chicas.

15. El programa FORTIUS reduce a largo plazo los problemas de comportamiento de las chicas.
16. El programa FORTIUS no reduce la ira.
17. El programa FORTIUS mejora a largo plazo la salud percibida.
18. La valoración global del programa FORTIUS es buena para los adolescentes y los padres, muy buena para los profesores y excelente para los psicólogos.
19. La dificultad de implementación del programa FORTIUS es baja.
20. La implicación de los padres en el programa FORTIUS se sitúa en el límite de lo aceptable.

6 Referencias bibliográficas

- Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S., y Stein, D. J. (2013). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 21.
- Achenbach, T. M. (1991). *Child behavior checklist/4-18*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: Aseba.
- Ahlen, J., Breitholtz, E., Barrett, P. M., y Gallegos, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: a pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 246-257.
- Ainley, J., Withers, G., Underwood, C., y Frigo, T. (2006). *National survey of health and wellbeing promotion policies and practices in secondary schools*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Albano, A., y Silverman, W. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Clinician manual (child and parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Allen, J. L., Blatter-Meunier, J., Ursprung, A., y Schneider, S. (2010a). Maternal daily diary report in the assessment of childhood separation anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 252-259.
- Allen, J. L., Blatter-Meunier, J., Ursprung, A., y Schneider, S. (2010b). The separation anxiety daily diary: child version: feasibility and psychometric properties. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(6), 649-662.
- Allen, J. L., Lavalley, K. L., Herren, C., Ruhe, K., y Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 946-952.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., y Rutter, M. (1995). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Psychological medicine*, 25(04), 739-753.

- Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 168(30), 31-37.
- Aschenbrand, S. G., Kendall, P. C., Webb, A., Safford, S. M., y Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1478-1485.
- Baldwin, J. S., y Dadds, M. R. (2007). Reliability and validity of parent and child versions of the multidimensional anxiety scale for children in community samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 252-260.
- Barbaranelli, C., Caprara, G. V., y Rabasca, A. (1998). *Manuale del BFQ-C. Big Five Questionnaire Children*. O.S. Organizzazioni Speciali-Firenze.
- Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A., y Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 645-664.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barrett, P. M. (1995). *Group coping koala workbook*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., y Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., y Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 403-411.
- Barrett, P. M., Lock, S., y Farrell, L. J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 539-555.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., y Turner, C. (2000a). *Friends for Children group leader manual – Edition II*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., y Turner, C. (2000b). *Friends for Children participant workbook – Edition II*. Brisbane: Australian Academic Press.

- Barrett, P. M., Moore, A. F., y Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, 17(03), 124-133.
- Barrett, P. M., y Pahl, K. M. (2006). School-Based Intervention: Examining a Universal Approach to Anxiety Management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(01), 55-75.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., y Sonderegger, N. L. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-English-speaking background. *Behaviour Change*, 18(02), 78-91.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., y Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260.
- Barrett, P. M., y Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410.
- Bartlett, M. S. (1937). Properties of sufficiency and statistical tests. Proceedings of the Royal Society of London. *Series A-Mathematical and Physical Sciences*, 160(901), 268-282.
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., . . . Iyengar, S. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1161-1170.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., y Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R., Versage, E. M., y Rothberg, P. C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 196-204.
- Beltrán, S. (2014). Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: Un análisis por edad y sexo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 27-36.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., y Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118-1127.

- Bevans, K. B., Riley, A. W., y Forrest, C. B. (2010). Development of the healthy pathways child-report scales. *Quality of Life Research, 19*(8), 1195-1214.
- Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., . . . Rosenbaum, J. F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry research, 153*(3), 245-252.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., y Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(4), 545-553.
- Bond, L., Patton, G., Glover, S., Carlin, J. B., Butler, H., Thomas, L., y Bowes, G. (2004). The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*(12), 997-1003.
- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Hedemann, E. R., . . . Pasalich, D. S. (2015). Common Elements of Adolescent Prevention Programs: Minimizing Burden While Maximizing Reach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(2), 209-219.
- Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M., y Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(7), 841-849.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.
- Browne, M. W., Cudeck, R., y Bollen, K. A. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Sage Focus Editions, 154*, 136-136.
- Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., y Lieb, R. (2006). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1), 47-56.
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., y Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1042-1054.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E., y Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14*(3), 147-159.

- Calear, A. L., y Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33(3), 429-438.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., y 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.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24 – 52). New York: Guilford.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Perugini, M. (1993). The “Big Five Questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281-288.
- Caprara, G. V., y Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behaviour, and aggression: Some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7(1), 19-36.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E., y James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: Two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 313-327.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., y Seligman, M. E. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention and Treatment*, 5(1), 313-327.
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K., Elkon, A. G., Samuels, B., Freres, D. R., . . . Seligman, M. E. (2006). Depression Prevention for Early Adolescent Girls A Pilot Study of All Girls Versus Co-Ed Groups. *The Journal of Early Adolescence*, 26(1), 110-126.
- Chessa, D., Di Riso, D., Delvecchio, E., y Lis, A. (2012). Assessing separation anxiety in Italian youth: preliminary psychometric properties of the Separation Anxiety Assessment Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 115(3), 811-832.
- Chessa, D., Di Roso, D., Delvecchio, E., Lis, A., y Eisen, A. (2013). A preliminary examination of the psychometric properties of the Separation Anxiety Symptom Inventory in Italian children. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 266(59), 29-36.
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., y Kendall, P. C. (2003). Childhood Anxiety Disorders: Parent–Child (Dis) Agreement Using a Structured Interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 957-964.

- Clark, D. A. (2004). Design considerations in prevention research. En D. Dozois y K. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression* (pp. 73–98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., y Sheeber, L. (1993). School-based primary Prevention of depressive symptomatology in adolescents findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8(2), 183-204.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., . . . Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of general psychiatry*, 58(12), 1127-1134.
- Clarke, G. N., y Lewinsohn, P. M. (1995). *Instructor's manual for the adolescent coping with stress course*. Portland, Ore: Kaiser Permanente Center for Health Research.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cole, D. A., Truglio, R., y Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 110-119.
- Comer, J. S., y Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent–child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 878-886.
- Compton, S. N., Nelson, A. H., y March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040-1046.
- Cooley, M. R., Boyd, R. C., y Grados, J. J. (2004). Feasibility of an anxiety preventive intervention for community violence exposed African-American children. *Journal of Primary Prevention*, 25(1), 105-123.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., y Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441.
- Costello, E. J., y Angold, A. (1995). Epidemiology. En J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York: Guilford Press.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., y Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence,

- and comorbidity. En S. W. Silverman y A. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 56-75). New York: Cambridge University Press.
- Costello, E. J., Erkanli, A., y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(12), 1263-1271.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 837-844.
- Cromer, B. (2011). Adolescent Development. En R. Kliegman, H. Jenson, y B. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (19 ed.). Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., y Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(1), 145-150.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., y Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(4), 627-635.
- De Corral, P., y Echeburúa, E. (1997). Ansiedad de separación en la infancia: psicopatología y tratamiento. En M. Luciano (coord.), *Manual de psicología clínica: infancia y adolescencia* (pp. 307-318). Valencia: Promolibro.
- Del Barrio, M. V., y Carrasco, M. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, M. V., Roa, M. L., Olmedo, M., y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, *1*(3), 263-272.
- Del Barrio, M. V., Spielberger, C. D., y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Mabilia, D., Salcuni, S., y Lis, A. (2014). The separation anxiety scale for children: Validation with Italian children. *European Journal of Developmental Psychology*, *11*(5), 635-644.
- Di Riso, D., Chessa, D., Delvecchio, E., Lis, A., y Eisen, A. R. (2012). Early evidence for factorial structure of the Separation Anxiety Symptom Inventory in Italian children. *Psychological Reports*, *111*(3), 724-738.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, *44*(1), 559-584.
- Donovan, C. L., y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *20*(4), 509-531.

- Egger, H. L., y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- Egger, H. L., Costello, J. E., y Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: a community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807.
- Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. K., y Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 538-549.
- Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., y Weiner, C. L. (2008). Separation anxiety disorder in youth: phenomenology, assessment, and treatment. *Psicologia Conductual*, 16(3), 389-412.
- Eisen, A. R., y Schaefer, C. E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Engel, N. A., Rodrigue, J. R., y Geffken, G. R. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports*, 75(3), 1251-1260.
- Escriba, Q. R., Maestre, M. C., Amores, L. P., Pastor, T. A., Miralles, M. E., y Escobar, R. F. (2005). Depression prevalence in adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 298-302.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., y Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464.
- Estrada, M. D., Rajmil, L., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Alonso, J., . . . Starfield, B. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile Child-Edition/Child Report Form (CHIP-CE/CRF). *Quality of Life Research*, 21(5), 909-914.
- Eyberg, S., Bessmer, J., Newcomb, K., Edwards, D., y Robinson, E. (1994). *Dyadic parent-child interaction coding system: A manual*. (Social and behavioral sciences documents, No. 2897). San Rafael, CA: Select Press.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. London: Hodder and Stoughton.
- Feindler, E. (1990). Adolescent anger control: Review and critique. *Progress in Behavior Modification*, 26, 11-59.
- Feindler, E. L., y Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive-behavioral techniques*. New York: Pergamon Press.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., y Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72.
- Fisak, B. J., Richard, D., y Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268.
- Flannery-Schroeder, E. C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 136-142.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., . . . Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175.
- Foley, D. L., Pickles, A., Maes, H. M., Silberg, J. L., y Eaves, L. J. (2004). Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1107-1114.
- Foley, D. L., Rutter, M., Pickles, A., Angold, A., Maes, H., Silberg, J., y Eaves, L. (2004). Informant disagreement for separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 452-460.
- Forehand, R., Jones, D. J., y Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 133-145.
- Francis, G., Last, C. G., y Strauss, C. C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 18(2), 82-89.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., y Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., . . . Hollon, S. D. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(21), 2215-2224.
- García-Fernández, J. M., Espada, J. P., Orgilés, M., y Méndez, F. X. (2010). Psychometric properties of the School Fears Survey Scale for preadolescents (SFSS-II). *Psicothema*, 22(3), 502-508.
- García-Fernández, J. M., y Méndez, F. X. (2008). Inventario de Miedos Escolares. En F. X. Méndez, M. Orgilés, y J. P. Espada (Eds.), *Ansiedad por separación*. Madrid: Pirámide.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., y Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized

controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 195-211.

Gillham, J. E., Reivich, K. J. (2007). Resilience Research in Children. Recuperado el 2 de junio de 2015, sitio web del Centro de Psicología Positiva de la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos: <http://www.ppc.sas.upenn.edu/prpsum.htm>

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-MacDonald, V. M., . . . Gallop, R. J. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., . . . Gallop, R. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9-19.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatté, A., y Seligman, M. E. (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21(3), 323-348.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., y Jaycox, L. (2008). *The Penn Resiliency Program*. Manuscrito no publicado, University of Pennsylvania, Philadelphia.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., y Seligman, M. E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6(6) 343-351.

Gillis, J. S. (1980). *Child anxiety scale*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Ginsburg, G. S. (2009). The child anxiety prevention study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 580-587.

Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P., y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23(2), 289-294.

Goodenough, F. L. (1931). *Anger in young children*. Oxford, England: University of Minnesota.

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., y Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(05), 645-655.

- Grills-Taquechel, A. E., y Ollendick, T. H. (2013). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 429-451.
- Hahn, L. G. (2006). *An evaluation of the psychometric properties of separation anxiety assessment scales* (Tesis doctoral). Fairleigh Dickinson University, New Jersey.
- Hains, A. A., y Szyjakowski, M. (1990). A cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), 79-84.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. En R. K. Hambleton, P. F. Merenda y C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp., 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harnett, P. H., y Dadds, M. R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School Psychology, 42*(5), 343-357.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., . . . Lie, S. A. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(4), 438-447.
- Horowitz, J. L., y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 401-415.
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., y Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 693-706.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424-453.
- Ialongo, N. S., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S., y Lin, Y. (1999). Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk

behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27(5), 599-641.

In-Albon, T., Meyer, A. H., y Schneider, S. (2013). Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(6), 689-697.

Jason, L. A., y Burrows, B. (1983). Transition training for high school seniors. *Cognitive Therapy and Research*, 7(1), 79-91.

Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., y Seligman, M. E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 801-816.

Kato, M., Kitamura, T., Yanagida, F., Yasui, S., Takeyasu, M., y Daito, M. (2011). Changes in amount of psychological palmar sweating in children at a dental office. *Pediatric Dental Journal*, 21(1), 44-48.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.

Kazdin, A. E., y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.

Kellam, S. G., Rebok, G. W., Mayer, L. S., Ialongo, N., y Kalodner, C. R. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*, 6(03), 463-481.

Kendall, P. C. (1991). Guiding theory. En P. C. Kendall (ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 1-22). Nueva York: Guilford.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.

Kendall, P. C., y Hedtke, K. A. (2006). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., . . . Petukhova, M. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., y Liu, J. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from

- the US National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 168(30), 17-30.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H.-U., Stein, M., y Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29(03), 555-567.
- Kessler, R. C., y Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kiselica, M. S., Baker, S. B., Thomas, R. N., y Reedy, S. (1994). Effects of stress inoculation training on anxiety, stress, and academic performance among adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 335-342.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: CDI manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed), *Research in Psychotherapy*, Vol 3 (pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., y Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510.
- Le, H., Muñoz, R. F., Ippen, C. G., y Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: we must prevent major depression in women. *Prevention and Treatment*, 6(1), 187-194.
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., y Joiner Jr, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(5), 548-555.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., y Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 353-363.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., y Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 377-394.

- Lock, S., y Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., y Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., y Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20(1), 25-43.
- Lyneham, H. J., y Rapee, R. M. (2011). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. En S. W. Silverman y A. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 349-366). New York: Cambridge University Press.
- Lyneham, H. J., Street, A. K., Abbott, M. J., y Rapee, R. M. (2008). Psychometric properties of the school anxiety scale-Teacher report (SAS-TR). *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 292-300.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., . . . Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423-1430.
- Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., y Sanford, M. (2010). The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(10), 945-952.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Masia-Warner, C., Nangle, D. W. y Hansen, D. J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: General issues and specific populations. *Education and Treatment of Children*, 29, 165-172.
- McArdle, P., Prosser, J., y Kolvin, I. (2004). Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(6), 347-353.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. H., y Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 69-90.

- Melamed, B. G., y Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 511-521.
- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Hidalgo, M. D., y García-Fernández, J. M. (2008). Psychometric properties and diagnostic ability of the separation anxiety scale for children (SASC). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(6), 365-372.
- Méndez, F. X., Espada, J. P., Orgilés, M., Llavona, L. M., y García-Fernández, J. M. (2014). Children's Separation Anxiety Scale (CSAS): Psychometric Properties. *Plos One*, 9(7), e103212.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 4-16.
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS: fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., y Shaw, B. E. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., ... Kupfer, D. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *The British Journal of Psychiatry*, 168(30), 58-67.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US 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.
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., y Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-547.
- Mestre, V., y Frías, M. (1996). La mejora de la autoestima en el aula: aplicación de un programa para niños en edad escolar (11-14 años). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 279-290.

- Mifsud, C., y Rapee, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 996-1004.
- Mrazek, P. B., y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., y Weissman, M. M. (2011). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mullick, M. S. I., y Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 663-671.
- Muris, P. (2010). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Burlington: Elsevier.
- Muris, P., y Field, A. P. (2011). The “normal” development of fear. En S. W. Silverman y A. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 76-89). New York: Cambridge University Press.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., y Mayer, A. B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress y Coping*, 12(4), 411-425.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., y Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 813-839.
- Neil, A. L., y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215.
- O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., y 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.
- Olmedo, M., Del Barrio, M. V., y Santed, M. A. (1998). Prevención de emociones negativas en la adolescencia: valoración de técnicas cognitivo-conductuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 121-137.
- Olmedo, M., Del Barrio, M. V., y Santed, M. A. (2000). Valoración de padres y maestros de las emociones negativas en la adolescencia: Concordancia de fuentes y percepción de cambio. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(4), 717-731.

- Organización Mundial de la Salud (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Orgilés, M., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., y Méndez, F. X. (2009). Relación entre miedos escolares y síntomas de ansiedad por separación infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 17-25.
- Orgilés, M., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27(1), 80-85.
- Orgilés, M., Méndez, F. X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2011). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 271-281.
- Orvaschel, H., y Puig-Antich, J. (1987). *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children: Epidemiologic Version: Kiddie-SADS-E (K-SADS-E)*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Pacheco, B., y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 109-119.
- Pardo, A., y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGrawHill.
- Pattison, C., y Lynd-Stevenson, R. M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school-based program. *Behaviour Change*, 18(2), 92-102.
- Patton, G., Bond, L., Butler, H., y Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33(4), 231-239.
- Pincus, D. B., Eyberg, S. M., y Choate, M. L. (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*, 28(2), 163-181.

- Pinto, R. P., y Hollandsworth, J. G. (1989). Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology, 8*(1), 79-95.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., y Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(9), 982-994.
- Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G., y Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(8), 1003-1010.
- Pössel, P., Seemann, S., y Hautzinger, M. (2008). Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 55*(1), 106-117.
- Poulton, R., J Milne, B., Craske, M. G., y Menzies, R. G. (2001). A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 39*(12), 1395-1410.
- Poznanski, E. O., y Mokros, H. B. (1996). *Children's depression rating scale, revised (CDRS-R): manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo, 77*, 65-75.
- Quayle, D., Dziurawiec, S., Roberts, C., Kane, R., y Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change, 18*(4), 194-203.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Alonso, J., Herdman, M., Riley, A., y Starfield, B. (2003). Validity of the Spanish Version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Medical Care, 41*(10), 1153-1163.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M. D., Fernández de Sanmamed, M. F., Guillamón, I., Riley, A., y Alonso, J. (2004). Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *Anales de Pediatría, 60*(6), 522-529.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición*. Madrid.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., y Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research, 10*(1), 59-70.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 59-66.

- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*(2), 141-153.
- Reivich, K. J. (1996). *The prevention of depressive symptoms in adolescents* (Tesis doctoral). University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., . . . Döpfner, M. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*(3), 130-142.
- Reynolds, C. R., y Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS): Manual*. Los Angeles: Western Psychological Service.
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., y Friello, P. (2004). The Child Report Form of the CHIP–Child Edition: Reliability and validity. *Medical Care, 42*(3), 221-231.
- Roberts, C. (2014). Aussie Optimism. Recuperado el 2 de junio de 2015, sitio web de la Universidad de Curtin, Australia:
http://healthsciences.curtin.edu.au/teaching/psych_aussie_optimism.cfm
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J., y Hart, B. (2010). The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy, 48*(1), 68-73.
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Matthews, H., y Thomson, H. (2004). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*(3), 4-16.
- Roberts, C. M., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., y Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 622-628.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Roosa, M. W., Gensheimer, L. K., Short, J. L., Ayers, T. S., y Shell, R. (1989). A preventive intervention for children in alcoholic families: Results of a pilot study. *Family Relations, 38*(3), 295-300.
- Rothen, S., Vandeleur, C. L., Lustenberger, Y., Jeanprêtre, N., Ayer, E., Gamma, F., . . . Preisig, M. (2009). Parent–child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: direct interview versus family history method. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 18*(2), 96-109.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., Van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in

childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2116-2121.

Sandín, B. (2003). *Diagnóstico de los trastornos de ansiedad: manual para la ADIS-IV: C/P*. Madrid: Kinik.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14(2), 333-339.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.

Sardinero, E., Pedreira, J. L., y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8(3), 447-480.

Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., . . . Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304.

Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., . . . Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 199-209.

Scapillato, D., y Mendlowitz, S. (1993). *The Coping Bear Workbook*. Manuscrito no publicado, Boston University, Canada.

Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., . . . Bird, H. R. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.

Shear, K., Jin, R., Ruscio, A., Walters, E., y Kessler, R. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074-1083.

Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., . . . Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International

- Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313-326.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., y McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 66-79.
- Sherrill, J. T., y Kovacs, M. (2000). Interview schedule for children and adolescents (ISCA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 67-75.
- Shochet, I. (2014). Resourceful Adolescent Program. Recuperado el 2 de junio de 2015, sitio web de la Universidad de Queensland de Tecnología de Brisbane, Australia: <http://www.rap.qut.edu.au/>
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., y Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-315.
- Shochet, I. M., Holland, D., y Whitefield, K. (1997a). *Resourceful adolescent program: Group leader's manual*. Brisbane, Australia: Griffith University.
- Shochet, I. M., Whitefield, K., y Holland, D. (1997b). *Resourceful Adolescent Program: Participant workbook*. Brisbane, Australia: Griffith University.
- Silove, D., Manicavasagar, V., O'connell, D., Blaszczyński, A., Wagner, R., y Henry, J. (1993). The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australasian Psychiatry*, 27(3), 477-488.
- Silove, D. M., Marnane, C. L., Wagner, R., Manicavasagar, V. L., y Rees, S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*, 10(1), 21-27.
- Silva, F., y Martorell, M. (1989). *Batería de Socialización. Autoevaluación (BAS-3)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silverman, W. K., Albano, A., y Barlow, D. (1996). *Manual for the ADIS-IV-C/P*. New York: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Albano, A., y Sandín, B. (2001). *Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV. ADIS-IV: C. Entrevista para el niño*. Madrid: Klinik.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., y Peterson, R. A. (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 162-168.

- Silverman, W. K., y Nelles, W. B. (1988). The anxiety disorders interview schedule for children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 772-778.
- Siu, A. F. (2007). Using FRIENDS to combat internalizing problems among primary school children in Hong Kong. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 11-26.
- Snedecor, G., y Cochran, W. (1989). *Statistical Methods*. Ames, IA: Iowa State University Press.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566.
- Spence, S. H. (1999). *Spence children's anxiety scale (parent version)*. Brisbane: University of Queensland.
- Spence, S. H., Orgilés, M. (2011). Escala de Ansiedad Infantil de Spence. Recuperado el 2 de junio de 2015, sitio web de Spence Children's Anxiety Scale: <http://www.scaswebsite.com/>
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., y Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1293-1316.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., y Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 3-13.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., y Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 160-167.
- Spence, S. H., y Shortt, A. L. (2007). Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 526-542.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., y Edwards, C. D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I Feel Questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., y Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(5), 283-289.
- Starfield, B. (1974). Measurement of outcome: a proposed scheme. The Milbank Memorial Fund quarterly. *Health and Society*, 39-50.
- Starfield, B., Ensminger, M., Riley, A., McGauhey, P., Skinner, A., Kim, S., . . . Green, B. (1993). Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics*, 91(2), 430-435.
- Starfield, B., Riley, A. W., Green, B. F., Ensminger, M. E., Ryan, S. A., Kelleher, K., . . . Vogel, K. (1995). The adolescent child health and illness profile: a population-based measure of health. *Medical Care*, 33(5), 553-566.
- Stolberg, A. L., y Mahler, J. (1994). Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training, parental involvement, and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 147-156.
- Torres, B. G. (2003). Las relaciones afectivas del bebé. En I. Enesco (Ed.), *El desarrollo del bebé: cognición, emoción y afectividad* (pp. 201-229). Madrid: Alianza Editorial.
- Tur, A. M., Escrivá, M. V. M., y Del Barrio, M. V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3(3), 207-221.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419.
- Valla, J. P., Bergeron, L., y Smolla, N. (2000). The Dominic-R: a pictorial interview for 6-to 11-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 85-93.
- Velting, O. N., Setzer, N. J., y Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 42-54.
- Verduin, T. L., y Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 290-295.
- Weems, C. F., y Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656-663.

- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Rooney, M. T., y Schecter, J. (2000). Children's interview for psychiatric syndromes (ChIPS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 76-84.
- Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., y Treffers, P. D. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 481-495.
- Windle, M., Hooker, K., Lerner, K., East, P. L., Lerner, J. V., y Lerner, R. M. (1986). Temperament, perceived competence, and depression in early and late adolescents. *Developmental Psychology*, 22(3), 384-392.
- Young, J. F., y Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. New York: Columbia University.
- Young, J. F., Mufson, L., y Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1254-1262.
- Young, J. F., Mufson, L., y Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27(5), 426-433.
- Yu, D. L., y Seligman, M. E. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment*, 5(9).

7 Anexos

Anexo 1. Registro semanal de la ansiedad por separación (*Weekly Record of Anxiety at Separation, WRAS*)

Por favor indica el número de veces que tu hijo ha realizado uno de los siguiente comportamientos cada día de la semana pasada. Si tu hijo tuvo el comportamiento, por favor valora la cantidad de angustia que evidenció en una escala de 0 a 8 (0 = nada de angustia, 8 = angustia muy intensa)

Comportamientos de ansiedad por separación	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)	Nº veces	Angustia (0-8)
Ansiedad por separación en torno al colegio														
Rehusó asistir al colegio y estar lejos de los padres														
Llamó a los padres desde el colegio														
Salió del colegio antes para estar con los padres														
Se quejó de estar enfermo para evitar estar lejos de los padres														
Ansiedad por separación en torno a la hora de dormir														
Durmió en la habitación de los padres														
Rehusó irse a dormir sin que los padres estuvieran presentes														
Despertó a los padres por la														

noche														
Tuvo pesadillas relacionadas con la separación														
Ansiedad por separación en torno a jugar y otras actividades														
Rehusó jugar sin uno de los padres cerca														
Rehusó asistir o participar en actividades (por ej., deportes, excursiones escolares, juegos) sin uno de los padres cerca														
Ansiedad por separación en torno a la salida de los padres														
Lloró/mostró angustia cuando anticipó que los padres iban a salir														
Se quejó de estar enfermo cuando anticipó que los padres iban a salir														
Lloró/mostró angustia cuando los padres se fueron														
Ansiedad por separación en torno a la localización de los padres														
Comprobó donde estaban los padres durante el día/llamó a los padres, preguntándoles dónde estaban														
Siguió a los padres a lo largo del día														

Evitó estar lejos de los padres														
Rehusó estar solo o sin los padres														
Ansiedad por separación en torno al bienestar de los padres														
Expresó preocupación de que les sucediera a los padres algún daño														
Expresó preocupación de que algo malo les pasara a los padres														
Ansiedad por separación en torno al bienestar del niño														
Expresó preocupación de que le sucediera algún daño														
Expresó preocupación de que algo malo le sucediera														

Anexo 2. Registro Diario de Ansiedad por Separación (*Separation Anxiety Daily Diary, SADD*)

Visión general

1. Número total de separaciones ansiosas por día; fecha de ocurrencia.
2. Número total de separaciones no ansiosas por día; fecha de ocurrencia.

Ficha de situaciones

1. La separación provocó a ansiedad o no – ansiedad al niño.
 2. Tipo de separación:
 - I. Padre/Madre/Padres intentó/aron salir sin el niño.
 - II. Se suponía que el niño salía sin el/la/los padre/madre/padres.
 - III. Se suponía que el niño iba a dormir en su propia cama o habitación.
 3. Escala de ansiedad (1(*no se me aplica en absoluto*)- 4 (*se me aplica exactamente*))
 4. Pensamientos:
 - I. Soy un/a malo/a padre/madre.
 - II. Es mi culpa que hijo esté tan ansioso.
 - III. Mi hijo simplemente aún no es capaz de estar solo
 - IV. Mi hijo se traumatizará si me voy
 - V. No puedo soportar dejar a mi hijo solo.
 - VI. Mi hijo disfrutará pasando tiempo sin mí/mi pareja
 - VII. ¡Mi hijo lo hará!
 5. Reacciones del niño
 - I. Lloró
 - II. Se aferró a los padres
 - III. Gritó
 - IV. Se quejó
 - V. Lo aceptó
 - VI. Parecía triste
 - VII. Tuvo un berrinche
 - VIII. Parecía feliz
 6. Reacciones de los padres:
 - I. Los padres se quedaron en casa con el niño
 - II. Los padres salieron sin el niño
 - III. Los padres insistieron que el niño tenía que hacer frente a la situación
-

Anexo 3. Registro Diario de Ansiedad por Separación para Niños (*Separation Anxiety Daily Diary - Child Version, SADD-C*)

Visión general

1. Número total de separaciones ansiosas por día.
2. Número total de separaciones no ansiosas por día.

Ficha de situaciones

1. La separación provocó a ansiedad o no – ansiedad.
 2. Tipo de separación:
 - I. Padre/Madre/Padres intentó/aron salir sin el niño.
 - II. Se suponía que el niño salía sin el/la/los padre/madre/padres.
 - III. Se suponía que el niño iba a dormir en su propia cama o habitación.
 3. Escala de ansiedad (1(*muy calmado*))- 4 (*muy ansioso*))
 4. Pensamientos:
 - I. Algo malo me pasará
 - II. Algo malo les pasará a mis padres
 - III. Alguien me secuestrará
 - IV. Tendré un accidente
 - V. Mis padres tendrán un accidente
 5. Reacciones del niño
 - I. Lloró
 - II. Se aferró a los padres
 - III. Gritó
 - IV. Se quejó
 - V. Lo aceptó
 - VI. Parecía triste
 - VII. Tuvo un berrinche
 - VIII. Parecía feliz
 6. Reacciones de los padres:
 - I. Los padres se quedaron en casa con el niño
 - II. Los padres salieron sin el niño
 - III. Los padres insistieron que el niño tenía que hacer frente a la situación
-

Anexo 4. Escala de evaluación de la ansiedad por separación - Forma niño (SAAS-C)

Nombre y apellidos: _____ Niño ____ Niña ____

Colegio: _____ Edad: ____ Fecha: _____

Instrucciones: Lee con atención cada pregunta de abajo y elige la respuesta que mejor te describa: *nunca*, *a veces*, *muchas veces* o *siempre*. En cada pregunta marca una X en la línea delante de la(s) palabra(s) que te describa mejor. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerda, debes elegir la respuesta que describa mejor como te sientes normalmente.

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|--|
| 1. necesitas que tu mamá o tu papá se quede contigo en tu habitación para ayudarte a dormir por la noche? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 2. acudes a un profesor en el colegio porque te sientes mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3. te preocupa que te recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 4. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 5. alguno de tus padres, familiares o amigos ha tenido un accidente importante? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 6. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te recogerá puntual para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 7. tienes miedo de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 8. tienes miedo de ir al colegio por si te sientes mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 9. te preocupa que haya un atentado terrorista? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|---|
| 10. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te espera en casa para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 11. alguno de tus padres, familiares o amigos ha tenido una enfermedad grave o ha muerto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 12. tienes miedo de ir a jugar a casa de un nuevo/a amigo/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 13. tienes miedo de dormir solo/a por la noche en tu habitación? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 14. te preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 15. necesitas que tu mamá o tu papá esté contigo para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 16. ha habido robos en tu barrio? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 17. tienes miedo de ir a jugar con un amigo/a por si te sientes mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 18. necesitas llamar por teléfono a tu mamá o a tu papá si estás en casa con una niñera? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 19. sigues a tu mamá o tu papá por toda la casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 20. tienes miedo de coger el autobús para ir al colegio o para ir de excursión? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 21. te preocupa que te pase algo malo? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 22. necesitas llamar por teléfono a tu mamá o a tu papá cuando duermes fuera de casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 23. has escuchado o has visto que le ha pasado algo malo a otras personas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 24. tienes miedo de estar solo/a en el baño para cepillarte los dientes, bañarte o ducharte? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 25. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera mientras tu mamá o tu papá se va a hacer un recado o la compra? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|
| 26. te preocupa que le pase algo malo a tus padres? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 27. tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si vomitas o te atragantas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 28. necesitas una lamparita, la radio o la tele para dormir por la noche? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 29. alguno de tus padres, familiares, amigos o profesores ha resultado herido en un desastre natural como una inundación o un terremoto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 30. tienes miedo de estar solo/a en tu habitación por el día? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 31. tienes miedo de desayunar en casa por si vomitas o te atragantas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 32. necesitas ayuda de un profesor para ir o para quedarte en el colegio? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 33. tienes miedo de que te dejen en casa de tu mejor amigo/a para jugar? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 34. necesitas un peluche o un juguete especial para sentirte seguro cuando te vas de casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

Por favor, repasa y comprueba que has contestado todas las preguntas.

Muchas gracias

Anexo 5. Escala de evaluación de la ansiedad por separación-Forma padres (SAAS-P)

Nombre del hijo/a: _____

Contestado por: Padre Madre Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Lea con atención cada pregunta de abajo y elija la respuesta que mejor describa a su hijo/a: *nunca*, *a veces*, *muchas veces* o *siempre*. En cada pregunta marque una X en la línea delante de la(s) palabra(s) que describa mejor a su hijo/a. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerda, debe elegir la respuesta que describa mejor como se siente normalmente su hijo/a.

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|---------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1. necesita usted o su pareja quedarse en la habitación de su hijo/a para ayudarlo a dormir por la noche? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 2. acude su hijo/a a un profesor en el colegio porque se siente mareado/a? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 3. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 4. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa con una niñera? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 5. usted, su pareja, un familiar o un amigo ha tenido un accidente importante? | __Nunca | __A veces
(una vez) | __Muchas veces
(dos veces) | __Siempre
(tres o más) |
| 6. necesita usted o su pareja prometer a su hijo/a que le recogerá puntual para que pueda ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 7. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 8. tiene miedo su hijo/a de ir al colegio por si se siente mareado/a? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |
| 9. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que haya un atentado terrorista? | __Nunca | __A veces | __Muchas veces | __Siempre |

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|---|
| 10. necesita usted o su pareja prometer a su hijo/a que le espera en casa para que pueda ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 11. usted, su pareja, un familiar o un amigo ha tenido una enfermedad grave o ha muerto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 12. tiene miedo su hijo/a de ir a jugar a casa de un nuevo/a amigo/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 13. tiene miedo su hijo/a de dormir solo/a por la noche en la habitación? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 14. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 15. necesita usted o su pareja estar con su hijo/a para que pueda ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 16. ha habido robos en su barrio? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 17. tiene miedo su hijo/a de ir a jugar con un amigo/a por si se siente mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 18. necesita su hijo/a llamar por teléfono a usted o a su pareja cuando está en casa con una niñera? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 19. sigue su hijo/a a usted o a su pareja por toda la casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 20. tiene miedo su hijo/a de coger el autobús para ir al colegio o para ir de excursión? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 21. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le pase algo malo? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 22. necesita su hijo/a llamar por teléfono a usted o a su pareja cuando duerme fuera de casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 23. ha escuchado o ha visto su hijo/a que le ha pasado algo malo a otras personas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 24. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en el baño para cepillarse los dientes, bañarse o ducharse? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|
| 25. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa con una niñera mientras usted o su pareja se va a hacer un recado o la compra? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 26. expresa verbalmente su hijo/a que le preocupa que le pase algo malo a usted o a su pareja? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 27. tiene miedo su hijo/a de quedarse a comer en el colegio por si vomita o se atraganta? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 28. necesita su hijo/a una lamparita, la radio o la tele para dormir por la noche? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 29. usted, su pareja, un familiar, un amigo o un profesor ha resultado herido en un desastre natural como una inundación o un terremoto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 30. tiene miedo su hijo/a de estar solo/a en su habitación por el día? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 31. tiene miedo su hijo/a de desayunar en casa por si vomita o se atraganta? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 32. necesita su hijo/a la ayuda de un profesor para ir o para quedarse en el colegio? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 33. tiene miedo su hijo/a de que le dejen en casa de su mejor amigo/a para jugar? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 34. necesita su hijo/a un peluche o un juguete especial para sentirse seguro cuando se va de casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

**Por favor, repase y compruebe que ha contestado todas las preguntas
Muchas gracias**

Anexo 6. Cuestionario de Ansiedad por Separación en la infancia (SASC)

Nombre y Apellidos: _____ Chico ____ Chica ____

Colegio: _____ Curso: _____ Edad: _____

Instrucciones: Debajo hay una lista de preguntas sobre cosas que pueden pasarle a un niño cuando su madre o su padre no están con él. Por favor, lee con atención cada pregunta y tacha con una X encima del número que corresponde a lo que te pasa a ti, usando la siguiente escala:

1 = nunca o casi nunca

2=pocas veces

3=bastantes veces

4=muchas veces

5=siempre o casi siempre

1. ¿Te quedas tranquilo cuando tu madre o tu padre se va de viaje?	1	2	3	4	5
2. ¿Intentas telefonar a tu madre o a tu padre si no está contigo?	1	2	3	4	5
3. ¿Te duele la cabeza cuando te separas de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
4. ¿Quieres que tu madre o tu padre duerma contigo por la noche?	1	2	3	4	5
5. ¿Protestas cuando tu madre o tu padre te dice que va a salir?	1	2	3	4	5
6. ¿Tienes ganas de llorar si no estás con tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
7. ¿Tienes pesadillas en las te separan a la fuerza de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
8. ¿Te preocupa que algo malo te impida reunirse con tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
9. ¿Estás pensando en volver a casa mientras estás en el colegio?	1	2	3	4	5
10. ¿Te sientes tranquilo al levantarte para ir al colegio?	1	2	3	4	5
11. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre no está contigo?	1	2	3	4	5
12. ¿Intentas convencer a tu madre o a tu padre para que no se vaya de viaje?	1	2	3	4	5
13. ¿Te preocupa la salud de tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
14. ¿Te sientes triste cuando estás separado de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
15. ¿Te sientes mal en el colegio porque tu madre o tu padre no está contigo?	1	2	3	4	5
16. ¿Te duele la barriga cuando te separas de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
17. ¿Estás tranquilo aunque no puedas hablar por teléfono con tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
18. ¿Te disgusta que tu madre o tu padre salga por la noche?	1	2	3	4	5
19. ¿Tienes pesadillas en las que le pasa algo malo a tu madre o a tu padre?	1	2	3	4	5

20. ¿Te preocupa perderte?	1	2	3	4	5
21. ¿Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo?	1	2	3	4	5
22. ¿Te molesta que te dejen solo en casa con una niñera?	1	2	3	4	5
23. ¿Te cuesta separarte de tu madre o de tu padre cuando te deja en el colegio?	1	2	3	4	5
24. ¿Estás tranquilo cuando se hace de noche y no está tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
25. ¿Te preocupa que tu madre o tu padre sufra un accidente?	1	2	3	4	5
26. ¿Tienes ganas de llorar cuando tu madre o tu padre se despide de ti en el colegio?	1	2	3	4	5

Repasa para comprobar que no te has dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias

Anexo 7. Escala para Niños de Ansiedad por Separación (CSAS).

Nombre y Apellidos: _____ Chico _____ Chica _____

Colegio: _____ Curso: _____ Edad: _____

Instrucciones: Debajo hay una lista de preguntas sobre cosas que pueden pasarle a un niño cuando su madre o su padre no están con él. Por favor, lee con atención cada pregunta y tacha con una X encima del número que corresponde a lo que te pasa a ti, usando la siguiente escala:

**1 = Nunca o casi nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Bastantes veces;
4 = Muchas veces; 5 = Siempre o casi siempre.**

1. ¿Intentas telefonar a tu madre o a tu padre si no está contigo?	1	2	3	4	5
2. ¿Protestas cuando tu madre o tu padre te dice que va a salir?	1	2	3	4	5
3. ¿Estás tranquilo cuando tu madre o tu padre no está contigo?	1	2	3	4	5
4. ¿Intentas convencer a tu madre o a tu padre para que no se vaya de viaje?	1	2	3	4	5
5. ¿Te sientes triste cuando estás separado de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
6. ¿Te sientes mal en el colegio porque tu madre o tu padre no está contigo?	1	2	3	4	5
7. ¿Te duele la barriga cuando te separas de tu madre o de tu padre?	1	2	3	4	5
8. ¿Estás tranquilo aunque no puedas hablar por teléfono con tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
9. ¿Te disgusta que tu madre o tu padre salga por la noche?	1	2	3	4	5
10. ¿Te preocupa que a tu madre o a tu padre le pase algo malo?	1	2	3	4	5
11. ¿Te cuesta separarte de tu madre o de tu padre cuando te deja en el colegio?	1	2	3	4	5
12. ¿Estás tranquilo cuando se hace de noche y no está tu madre o tu padre?	1	2	3	4	5
13. ¿Te preocupa que tu madre o tu padre sufra un accidente?	1	2	3	4	5
14. ¿Tienes ganas de llorar cuando tu madre o tu padre se despide de ti en el colegio?	1	2	3	4	5
15. ¿Estás tranquilo cuando te vas de viaje sin tu madre o sin tu padre?	1	2	3	4	5
16. ¿Te preocupa que te pase algo malo a ti?	1	2	3	4	5
17. ¿Tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si te da ganas de vomitar o te atragantas?	1	2	3	4	5
18. ¿Te preocupa tu salud?	1	2	3	4	5
19. ¿Estás tranquilo cuando estás lejos de casa?	1	2	3	4	5
20. ¿Estás preocupado por si sufres un accidente?	1	2	3	4	5

REPASA Y COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

Anexo 8. Inventario de Evitación de Ansiedad por Separación (SAAI)

En la siguiente página encontrarás una lista de situaciones que pueden ponerte ansioso. Por favor, registra con qué frecuencia **evitas** las siguientes situaciones **debido a la ansiedad**. No hay respuestas incorrectas.

Por que estoy ansioso, evito...

		Nunca	Muy pocas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	siempre
1. estar solo/a en casa						
2. estar solo/a en casa por la tarde						
3. ir solo/a al colegio/jardín de infancia						
4. visitar a amigos/as						
5. ir a una excursión del colegio						
6. dormir fuera de casa						
7. dormir solo/a						
8. dormir en mi propia cama						
9. dormir en la oscuridad						
10. estar solo/a en casa con una niñera						
11. ir a casa solo/a						
12. ir a casa si no hay nadie allí						

Anexo 9. Inventario de Síntomas de Ansiedad por Separación para Niños (SASI-C)

Nombre _____

Fecha _____

Las siguientes afirmaciones se refieren a preocupaciones / temores que puedes tener en este momento. Por favor marca la afirmación que mejor describe tus sentimientos hoy.

- 1 = Muy a menudo
 2 = Con bastante frecuencia
 3 = Ocasionalmente
 4 = Nunca

1	No quiero ir a la escuela	1	2	3	4
2	Temo que una de mis padres resulte herido cuando están fuera de casa	1	2	3	4
3	No quiero estar solo en casa	1	2	3	4
4	Tengo molestias físicas como dolor de estómago, náuseas, dolor de cabeza antes de ir a la escuela	1	2	3	4
5	Temo que a los miembros de mi familia les pase algo cuando no estoy con ellos	1	2	3	4
6	Tengo miedo de perderme cuando estoy en lugares que no conozco	1	2	3	4
7	Me imagino que monstruos o animales me atacan cuando estoy solo por la noche	1	2	3	4
8	Tengo mucho miedo de los extraños cuando estoy solo	1	2	3	4
9	Tengo pesadillas sobre violencia hacia mí o mi familia	1	2	3	4
10	Estoy muy triste cuando me separo de mi familia	1	2	3	4
11	Tengo miedo de resultar herido o secuestrado cuando estoy solo	1	2	3	4
12	Me imagino que estoy con la familia cuando estoy fuera de casa	1	2	3	4
13	Tengo miedo de ir a dormir solo/a	1	2	3	4
14	Estoy muy tenso/a antes de ir a la escuela	1	2	3	4
15	Tengo miedo de la oscuridad	1	2	3	4

Anexo 10. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (CASI).

Nombre y Apellidos: _____ Chico ___ Chica ___

Colegio: _____ Curso: ___ Edad: ___

Instrucciones: A continuación se indican algunas frases que los chicos y las chicas utilizan para describirse a sí mismos. Lee detenidamente cada frase y marca con una X delante de la palabra [Nada, Un poco, o Mucho] que mejor se ajuste a tus sensaciones personales. No existen contestaciones buenas ni malas. Recuerda que únicamente tienes que señalar la palabra que mejor te describa. Muchas gracias.

1. Cuando me siento asustado/a, quiero que la gente no se dé cuenta	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
2. Cuando no puedo concentrarme en mis deberes de clase, me preocupa que pueda estar volviéndome loco/a.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
3. Me asusto cuando siento que tiemblo.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
4. Me asusto cuando siento como si me fuera a desmayar.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
5. Es importante para mí controlar mis sentimientos.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
6. Me asusto cuando mi corazón late rápidamente.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
7. Me siento violento/a cuando mi estómago hace ruidos.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
8. Me asusto cuando siento como si fuera a vomitar.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
9. Cuando noto que mi corazón late rápido, me preocupa que pueda tener algo malo.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
10. Me asusto cuando no respiro bien.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
11. Cuando me duele el estómago, me preocupa que pueda estar realmente enfermo/a.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
12. Me asusto cuando no me puedo concentrar en los deberes de clase.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
13. Cuando siento que tiemblo, los otros chicos/as también pueden darse cuenta.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
14. Me asusto cuando noto en mi cuerpo sensaciones nuevas o poco habituales.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
15. Cuando tengo miedo me preocupa que pueda estar loco/a.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
16. Me asusto cuando me siento nervioso/a.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
17. Me gusta no mostrar mis sentimientos a los demás.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho
18. Me asusto cuando siento en mi cuerpo sensaciones extrañas o inesperadas.	___ Nada	___ Un poco	___ Mucho

Anexo 11. Inventario de miedos escolares (SFSS).

Nombre y Apellidos: _____ Chico ____ Chica ____

Colegio: _____ Curso: ____ Edad: ____

Instrucciones: Debajo hay una lista de experiencias o situaciones relacionadas con el colegio que pueden producir temor, malestar o desagrado. Por favor, marca con una X el número que tú crees corresponde mejor en la actualidad al grado de tu miedo, según la siguiente escala:

0 = Nada, 1 = Poco, y 2 = Mucho

	Nada	Un poco	Mucho
1. Vestirme para ir al colegio	0	1	2
2. Salir de casa para ir al colegio.	0	1	2
3. Ir camino del colegio.	0	1	2
4. Separarme de mis padres para ir al colegio.	0	1	2
5. Asistir a clase.	0	1	2
6. Hacer preguntas en clase.	0	1	2
7. Leer en voz alta en clase.	0	1	2
8. Que me pregunte el profesor.	0	1	2
9. Salir a la pizarra.	0	1	2
10. Hacer un control o un examen escrito.	0	1	2
11. Realizar un control o un examen oral.	0	1	2
12. Que me cojan copiando en un control o en un examen.	0	1	2
13. Suspender un control o un examen.	0	1	2
14. Sacar malas notas.	0	1	2
15. Repetir curso.	0	1	2
16. Cambiar de colegio.	0	1	2
17. Ser reñido o castigado en el colegio	0	1	2
18. Que me manden al director	0	1	2
19. Que llamen a mis padres del colegio.	0	1	2
20. Ponerme enfermo en el colegio.	0	1	2
21. Vomitar en el colegio.	0	1	2
22. Tener dolor de barriga en el colegio.	0	1	2
23. Marearme en el colegio.	0	1	2
24. Tener dolor de cabeza en el colegio	0	1	2
25. Sentir malestar físico en el colegio.	0	1	2
26. ¿Hay alguna cosa más que te de miedo en el colegio? Escríbela, por favor: _____	0	1	2

**Anexo 12. Autorización pasiva para la participación en la evaluación del programa
FORTIUS.**



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Murcia, día de mes de año

Estimados padres:

El plan de formación del Colegio “Nombre del centro”, de Murcia, para el curso 2011-12, incluye el **Programa FORTIUS de Desarrollo Personal y Prevención de Dificultades Emocionales**. La aplicación del programa se realiza por un equipo de psicólogos de la Universidad de Murcia, dirigido por D. Francisco Javier Méndez Carrillo, Catedrático de Psicología de la Universidad de Murcia.

Solicitamos su **autorización** para que su hijo/a conteste en el colegio la batería de tests del programa. Si durante esta semana no se recibe en el colegio ninguna negativa de ustedes, consideramos que conceden autorización para que su hijo/a conteste la batería de tests. Les garantizamos la confidencialidad de la información recogida, cuya única finalidad es garantizar y mejorar la eficacia del programa con objeto de que su hijo/a obtenga el máximo beneficio posible.

Muchas gracias por su interés y colaboración.

Atentamente les saluda,

Francisco Javier Méndez Carrillo
Catedrático de Psicología

✂-----

D./D.^a

Padre/Madre del alumno/a:

Colegio

Curso:

NO concede autorización para que su hijo/a conteste los tests psicológicos en el colegio.

Fecha y firma:

Recuerde que sólo debe firmar y entregar en el Colegio este volante si **NO ESTÁ DE ACUERDO** en que su hijo/a conteste los la batería de tests del Programa FORTIUS.

Anexo 13. Cuestionario de evaluación de la sesión FORTIUS.

Nombre del monitor:

Nombre del evaluador:

Número de sesión FORTIUS, colegio y curso y clase:

Fecha:

1=Nada o nunca; 2=Poco o pocas veces; 3=Bastante o bastantes veces; 4=Mucho o muchas veces; 5=Siempre o todas las veces.

1.- ¿El monitor se ajusta a los contenidos que aparecen en el manual?

2.- ¿Desarrolla las actividades de clase correctamente?

¿Las corrige adecuadamente?

3.- ¿El monitor explica cada diapositiva tal y cómo viene detallado en el manual?

¿Usa los ejemplos del manual?

4.- ¿El monitor corrige la tarea para casa al comenzar la sesión?

¿Finaliza con una tarea divertida?

5.- ¿El monitor se olvida de algún/algunos contenidos que tratar que aparecen en el manual?

¿Cuáles?

6.- ¿El monitor desarrolla la sesión en el tiempo estimado previamente?

7.-Describe qué debería mejorar el monitor

8.- A modo global, de 1 a 5, estime el ajuste y calidad de la sesión realizada por el monitor

Anexo 14. Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)

Nombre y apellidos: _____ Chico: _____ Chica: _____
 Colegio: _____ Curso: _____ Edad: _____

Instrucciones. Señala la respuesta que mejor te describa: **Nunca, A veces, Muchas veces o Siempre.**

No hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Hay cosas que me preocupan	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas [como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

tontas				
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales [por ejemplo en un número o en una palabra] para evitar que pase algo malo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente [como centros comerciales, cines, autobuses, parques]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados [como túneles o habitaciones pequeñas]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez				

[como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escribe qué es..... ¿Con qué frecuencia te pasa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

Por favor, repasa y no dejes ninguna pregunta sin responder

MUCHAS GRACIAS

Anexo 15. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).

Nombre y apellidos: _____ Chico: _____ Chica: _____
Colegio: _____ Curso: _____ Edad: _____

Instrucciones. Señala con una X de cada grupo de frases la que mejor describa **cómo te has sentido durante las dos últimas semanas.** No hay respuestas correctas ni incorrectas.

- 1 Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
- 2 Nunca me saldrá nada bien.
 No estoy muy seguro de si las cosas me saldrán bien
 Las cosas me van saldrán bien.
- 3 Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas.
 Todo lo hago mal.
- 4 Me divierten muchas cosas.
 Me divierten algunas cosas.
 Nada me divierte.
- 5 Soy malo siempre.
 Soy malo muchas veces.
 Soy malo algunas veces.
- 6 A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.
- 7 Me odio.
 No me gusta como soy.
 Me gusta como soy.
- 8 Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
- 9 No pienso en matarme.
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
- 10 Tengo ganas de llorar todos los días.
 Tengo ganas de llorar muchos días.
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

- 11 Las cosas me preocupan siempre.
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de vez en cuando.
- 12 Me gusta estar con la gente.
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 No quiero en absoluto estar con la gente.
- 13 No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido fácilmente.
- 14 Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo o fea.
- 15 Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- 16 Todas las noches me cuesta dormirme.
 Muchas veces me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien.
- 17 Estoy cansado de vez en cuando.
 Estoy cansado muchos días.
 Estoy cansado siempre.
- 18 La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 Muchos días no tengo ganas de comer.
 Como muy bien.
- 19 No preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20 Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces.
 Me siento solo siempre.
- 21 Nunca me divierto en el colegio.
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
- 22 Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.

- 23 Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

- 24 Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.

- 25 Nadie me quiere.
 No estoy segura de que alguien me quiera.
 Estoy seguro de que alguien me quiere.

- 26 Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.

- 27 Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

**Anexo 16. Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo en Niños y Adolescentes
(STAXI-NA)**

Nombre y apellidos: _____ Chico: _____ Chica: _____
Colegio: _____ Curso: _____ Edad: _____

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma.

Lee cada frase y marco con una X aquella respuesta que mejor describa cómo te sientes ahora mismo:

CÓMO ME SIENTO AHORA MISMO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Estoy furioso/a			
2. Estoy enfadado/a			
3. Estoy rabioso/a			
4. Tengo ganas de insultar			
5. Tengo ganas de pegar			
6. Estoy molesto/a			
7. Tengo ganas de dar patadas			
8. Tengo ganas de maltratar a alguien			

Lee cada frase y marco con una X aquella respuesta que mejor describa cómo te sientes habitualmente:

CÓMO ME SIENTO HABITUALMENTE	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Tengo mal genio			
2. Me irrito fácilmente			
3. Me enfurece retrasarme por culpa de otros			
4. Me enfurece que no se reconozca que trabajo bien			
5. Exploto fácilmente			
6. Digo cosas desagradables			
7. Me enfurece que me corrijan delante de otros			
8. Me enfurece hacer bien un examen y tener mala nota			

A continuación aparecen reacciones que la gente tiene cuando está enfadada.

Lee cada frase y marco con una X aquella respuesta que mejor describa qué sueles hacer cuando estás enfadado/a:

CÓMO ME ENFADO	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Demuestro mi enfado			
2. Escondo mis sentimientos			
3. Tengo ganas de llorar			
4. Prefiero estar solo/a			
5. Doy portazos			
6. Discuto			
7. Siento rabia pero me lo callo			
8. Cuando pierdo el control, sé dominarme			
9. Me tranquilizo antes que otros			
10. Controlo mi furia			
11. Me enfrento directamente con lo que me enfada			
12. Controlo mis sentimientos de ira			
13. Respiro profundamente para tranquilizarme			
14. Hago cosas que me tranquilizan			
15. Trato de relajarme			
16. Hago cosas que me calman			

REVISAS QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

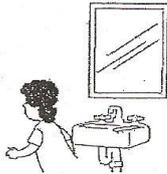
MUCHAS GRACIAS

Anexo 17. Perfil de Salud (CHIP-CE).

RESPECTO A TU SALUD:

Marca una X dentro del círculo.

1. Durante las 4 últimas semanas ¿cuántas veces te has peinado por la mañana al levantarte?



Nunca



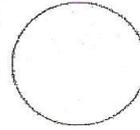
Casi
nunca



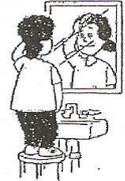
Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has tenido dolor de garganta?



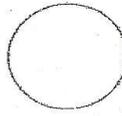
Nunca



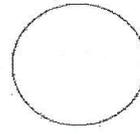
Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has tenido dolor fuerte de tripa o barriga?



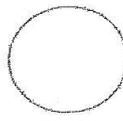
Nunca



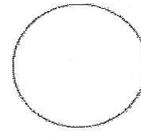
Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



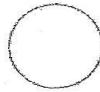
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has tenido un dolor que te molestara mucho?



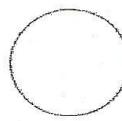
Nunca



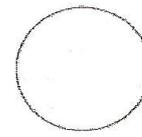
Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



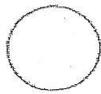
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces te ha costado respirar?



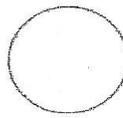
Nunca



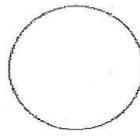
Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre

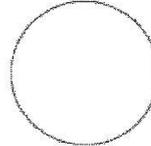


6. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has tenido mucho picor en la piel?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces te has sentido muy triste?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has llorado mucho?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces te has sentido muy preocupado o preocupada?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has estado enfadado/a o de malhumor?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces has tenido miedo?



Nunca



Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



12. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces te has encontrado tan mal que no has tenido ganas de jugar en casa?



Nunca



Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



13. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces te has encontrado tan mal que no has podido salir de casa?



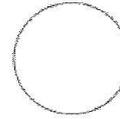
Nunca



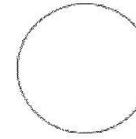
Casi nunca



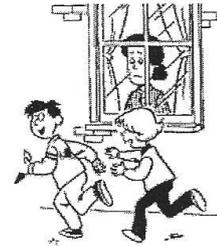
Algunas veces



Casi siempre



Siempre



14. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántos días has hecho juegos de moverse mucho o deporte?



Ningún día



Muy pocos días



Algunos días



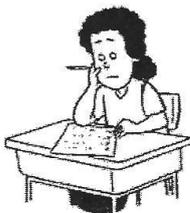
Casi todos los días



Todos los días



15. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cómo te han ido los trabajos en clase?



Muy mal



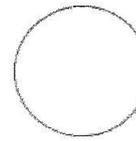
Bastante mal



Bien



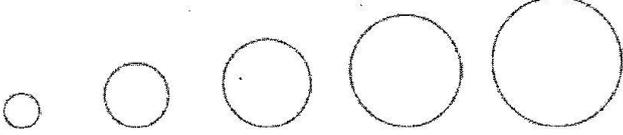
Bastante bien



Muy bien



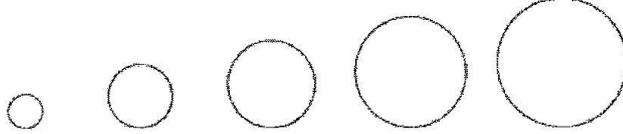
16. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cuántas veces te has distraído mucho en clase?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



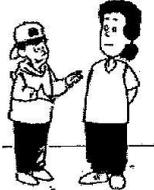
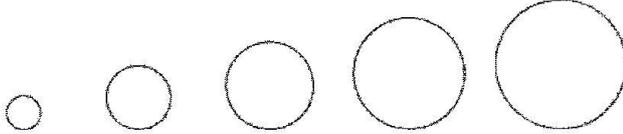
17. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cuántas veces te has metido en líos en el colegio?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



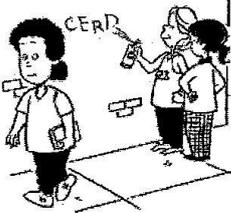
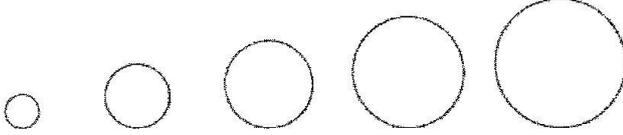
18. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cuántas veces te has metido con otros niños o niñas?

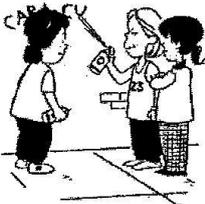
Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



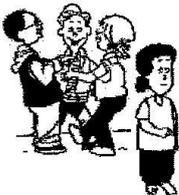
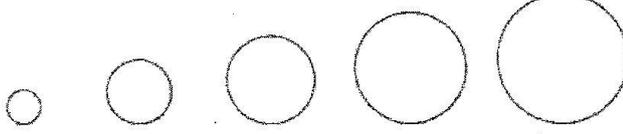
19. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cuántas veces has estado con niños y niñas que suelen meterse en problemas?

Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



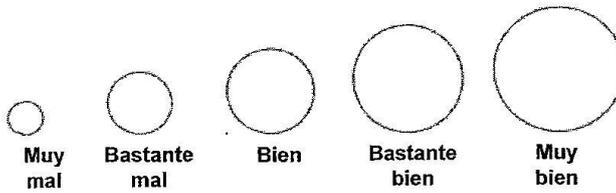
20. ¿Que tal se te da hacer amigos o amigas?

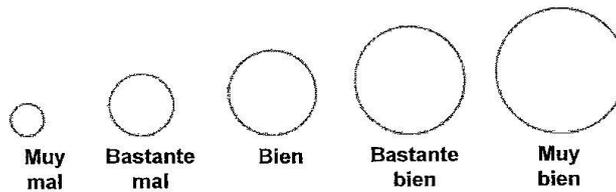
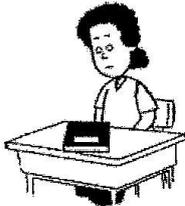
Muy mal Bastante mal Bien Bastante bien Muy bien



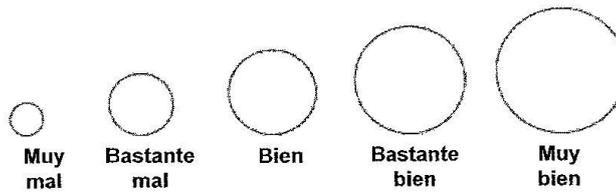
21. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cómo te han ido las mates?



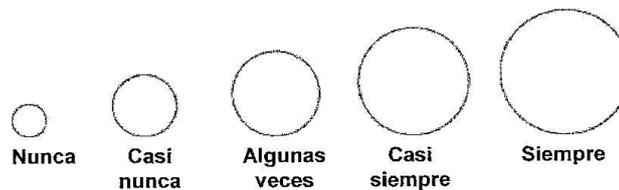
22. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿cómo te ha ido la lectura?



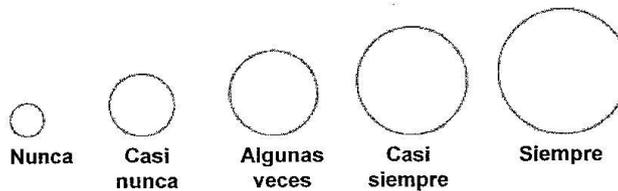
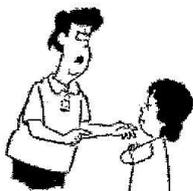
23. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿Qué tal recuerdas lo que te han enseñado en clase?



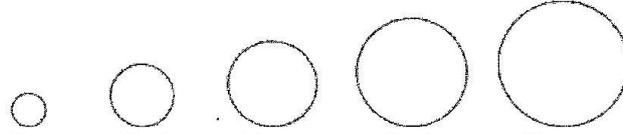
24. Durante las 4 últimas semanas que has ido al colegio, ¿Cuántas veces te has llevado bien con tu profesor o profesora?



25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántas veces te has llevado bien con tus padres?



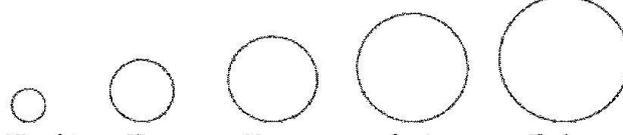
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántas veces tus padres han escuchado tus opiniones o ideas?



Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



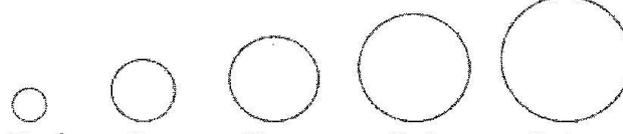
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántos días han comido o cenado tus padres contigo?



Ningún día Muy pocos días Algunos días Casi todos los días Todos los días



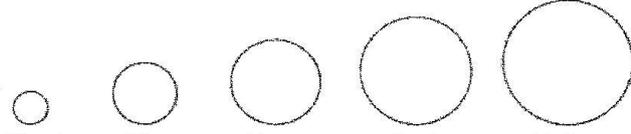
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántos días han hecho algo divertido tus padres contigo?



Ningún día Muy pocos días Algunos días Casi todos los días Todos los días



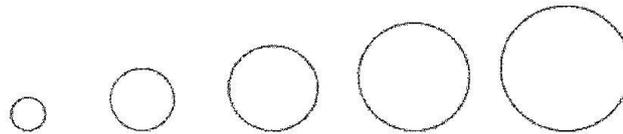
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántos días has corrido mucho mientras jugabas o hacías deporte?



Ningún día Muy pocos días Algunos días Casi todos los días Todos los días



30. ¿Cómo es tu salud?



Mala Regular Buena Muy buena Excelente

31. ¿Cuántas veces te gusta mucho ser tal como eres?



Nunca



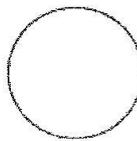
Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



32. ¿Cuántas veces te sientes feliz?



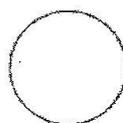
Nunca



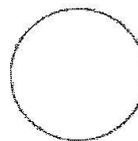
Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



33. ¿Cuántas veces te sientes muy orgulloso u orgullosa de ti mismo/a?



Nunca



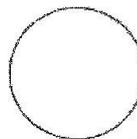
Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



34. ¿Cuántas veces sientes que te quieren o te aman?



Nunca



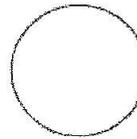
Casi nunca



Algunas veces



Casi siempre



Siempre



35. ¿Cuántas veces te lo pasas muy bien?



Nunca



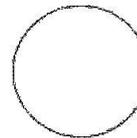
Casi nunca



Algunas veces



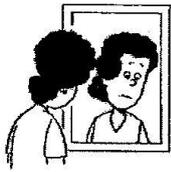
Casi siempre



Siempre



36. ¿Cuántas veces te ves muy guapo o guapa?



Nunca



Casi
nunca



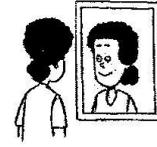
Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



37. ¿Cuántas veces crees que tienes mucha fuerza?



Nunca



Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



38. ¿Cuántas veces crees te sientes muy sano o sana?



Nunca



Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



39. ¿Cuántos amigos y amigas tienes?



Ninguno



Muy
pocos



Algunos



Muchos



Muchísimos



40. ¿Cuántas veces te llevas bien con tus amigos y amigas?



Nunca



Casi
nunca



Algunas
veces



Casi
siempre



Siempre



41. ¿Cuántas veces has sido desobediente para salirte con la tuya?



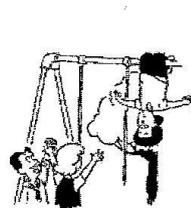
Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



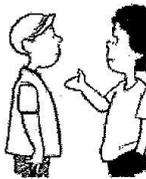
42. ¿Cuántas veces haces cosas peligrosas?



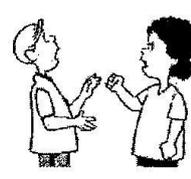
Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



43. ¿Cuántas veces le has dicho a alguien que le vas a pegar?



Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



44. ¿Cuántas veces tienes una persona mayor a la que puedes pedir ayuda cuando te pasa algo?



Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



45. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántos días has hablado con tus padres sobre lo que ibas a hacer al día siguiente?



Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre



Anexo 18. Escala de Ansiedad para Niños de Spence - Versión de Padres (SCAS-P)

Nombre y apellido de su hijo/a: _____

Colegio: _____

Curso: _____ Edad: _____

Contestado por la Madre _____ el Padre _____ (marque con X la opción que corresponda)

Instrucciones. Señale la respuesta que mejor describa a su hijo/a: **Nunca, A veces, Muchas veces o Siempre.**

1. Hay cosas que le preocupan	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Le da miedo la oscuridad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tiene un problema nota una sensación extraña en el estómago	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tiene miedo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si se quedara solo en casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Le da miedo hacer un examen	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Le da miedo usar aseos públicos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Se preocupo cuando está lejos de sus padres	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tiene miedo de hacer el ridículo delante de la gente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Le preocupa hacer mal el trabajo de la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Es popular entre los niños y niñas de su edad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Le preocupa que algo malo le suceda a alguien de su familia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siente que no puede respirar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesita comprobar varias veces que ha hecho bien las cosas [como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Le da miedo dormir solo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Está nervioso o tiene miedo por las mañanas antes de ir al colegio	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Es bueno en los deportes	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Le dan miedo los perros	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puede dejar de pensar en cosas malas o tontas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tiene un problema el corazón le late muy fuerte	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empieza a temblar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Le preocupa que algo malo pueda pasarle	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Le da miedo ir al médico o al dentista	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
24. Cuando tiene un problema se siente nervioso	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

25. Le dan miedo los lugares altos o los ascensores	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Es una buena persona	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tiene que pensar en cosas especiales [por ejemplo en un número o en una palabra] para evitar que pase algo malo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Le da miedo viajar en coche, autobús o tren	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Le preocupa lo que otras personas piensan de él/ella	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Le da miedo estar en lugares donde hay mucha gente [como centros comerciales, cines, autobuses, parques]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Se siento feliz	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tiene mucho miedo sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Le dan miedo los insectos o las arañas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente se siento mareado o cree que se va a desmayar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Le da miedo tener que hablar delante de sus compañeros de clase	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente su corazón late muy rápido sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Le preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Le gusta como es	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Le da miedo estar en lugares pequeños y cerrados [como túneles o habitaciones pequeñas]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tiene que hacer algunas cosas una y otra vez [como lavarse las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado]	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Le molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en su mente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tiene que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Se siente orgulloso de su trabajo en la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Le daría miedo pasar la noche lejos de su casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente le dé miedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escriba qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

MUCHAS GRACIAS

Anexo 19. Cuestionario de Depresión Infantil - Versión abreviada para Padres (CDI-S).

Nombre y Apellidos de su hijo/a: _____

Colegio: _____ Curso: _____

Edad: _____

Instrucciones: señale con una X de cada grupo de frases la que mejor describa como se ha sentido su hijo/a durante las dos últimas semanas. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas. **GRACIAS.**

1.-

Está triste de vez en cuando

Está triste muchas veces

Está triste siempre

2.-

Piensa que nunca le saldrá nada bien

No está seguro/a de si las cosas le saldrán bien

Piensa que las cosas le saldrán bien

3.-

Piensa que hace bien la mayoría de las cosas

Piensa que hace mal muchas cosas

Piensa que todo lo hace mal

4.-

Se odia

No se gusta como es.

Se gusta como es.

5.-

Tiene ganas de llorar todos los días

Tiene ganas de llorar muchos días

Tiene ganas de llorar de vez en cuando

6.-

Las cosas le preocupan siempre

Las cosas le preocupan muchas veces

Las cosas le preocupan de vez en cuando

7.-

Piensa que tiene buen aspecto

Piensa que hay algunas cosas de su aspecto que no le gustan.

Piensa que es feo/a

8.-

Nunca se siente solo

Se siente solo muchas veces

Se siente solo siempre

9.-

Piensa que tiene muchos amigos/as

Piensa que tiene algunos amigos/as pero le gustaría tener más

Piensa que no tiene amigos/as

10.-

Piensa que nadie le quiere

Piensa que no está seguro/a de que alguien le quiera

Piensa que está seguro de que alguien le quiere

Anexo 20. Lista de Comportamientos Infantiles (CBCL)

CBCL-P

Nombre del hijo/a: _____ Edad: _____
 Colegio: _____ Curso: _____
 Contestado por la Madre _____ el Padre _____ (marque con X la opción que corresponda)
 Número de hijos: _____
 Estado civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de frases que describen a los/as niños/as. Piense si cada una de ellas se aplica a su hijo/a durante los últimos 6 meses, haciendo un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo/a **muy a menudo o bastante a menudo**; haciendo un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo/a **algo o algunas veces** y haciendo un círculo en el número 0 si la descripción con respecto a su hijo/a **no es cierta**.

Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible incluso si alguna de ellas parece no describir a su hijo/a.

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

	0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = Algo, algunas veces cierto	2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo	
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	1. Se comporta como si fuera más pequeño
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	2. Bebe alcohol sin permiso de los padres
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	3. Discute mucho
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	4. No termina las cosas que empieza
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	6. Hace sus necesidades fuera del váter
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	7. Es presumido/a, engreído/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	10. No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a, o hiperactivo/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	11. Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	12. Se queja de que se siente solo/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	13. Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	14. Lloro mucho
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	15. Es cruel con los animales
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	16. Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	17. Sueña despierto/a; se pierde en sus propios pensamientos
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	18. Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	19. Exige mucha atención
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	20. Rompe sus propias cosas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	21. Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	22. Desobedece en casa
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	23. Desobedece en la escuela
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	24. No come bien
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños/as o jóvenes
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	27. Se pone celoso/a fácilmente
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	28. Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	30. Le da miedo ir a la escuela
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	33. Cree o se queja de que nadie le quiere
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	34. Cree que los demás le quieren perjudicar
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	36. Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	37. Se mete en muchas peleas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	39. Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	42. Prefiere estar solo/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	43. Mentiroso/a o tramposo/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	44. Se muerde las uñas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	45. Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	47. Pesadillas
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	48. No cae bien a otros niños/as o jóvenes
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	49. Padece de estreñimiento
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	51. Se siente mareado/a
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	52. Se siente culpable por cualquier cosa
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	53. Come demasiado
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	54. Se cansa demasiado
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	55. Tiene sobrepeso
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	56. Problemas físicos sin causa médica:
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	a. Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	b. Dolores de cabeza
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	c. Náuseas, se siente mal
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	d. Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (Describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	e. Erupciones u otros problemas en la piel
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	f. Dolores de estómago o retortijones
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	g. Vómitos
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	h. Otros (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	57. Aíaca a otras personas físicamente
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	59. Juega con sus órganos sexuales en público
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|---|---|---|---|------|---|
| 0 | 1 | 2 | 61. | Trabajo deficiente en la escuela | 0 | 1 | 2 | 87. | Cambios repentinos de humor o sentimientos |
| 0 | 1 | 2 | 62. | Mala coordinación o torpeza | 0 | 1 | 2 | 88. | Malhumorado/a, pone mala cara |
| 0 | 1 | 2 | 63. | Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él/ella | 0 | 1 | 2 | 89. | Desconfiado/a, receloso/a |
| 0 | 1 | 2 | 64. | Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él/ella | 0 | 1 | 2 | 90. | Dice groserías, usa lenguaje obsceno |
| 0 | 1 | 2 | 65. | Se niega a hablar | 0 | 1 | 2 | 91. | Habla de querer matarse |
| 0 | 1 | 2 | 66. | Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 92. | Habla o camina cuando está dormido/a (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 67. | Se fuga de casa | 0 | 1 | 2 | 93. | Habla demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 68. | Grita mucho | 0 | 1 | 2 | 94. | Se burla de los demás o molesta mucho |
| 0 | 1 | 2 | 69. | Muy reservado/a; se calla todo | 0 | 1 | 2 | 95. | Tiene rabietas o mal genio |
| 0 | 1 | 2 | 70. | Ve cosas que no existen (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 96. | Piensa demasiado sobre temas sexuales |
| 0 | 1 | 2 | 71. | Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo | 0 | 1 | 2 | 97. | Amenaza a otros |
| 0 | 1 | 2 | 72. | Prende fuegos | 0 | 1 | 2 | 98. | Se chupa el dedo |
| 0 | 1 | 2 | 73. | Problemas sexuales (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 99. | Fuma tabaco |
| 0 | 1 | 2 | 74. | Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a | 0 | 1 | 2 | 100. | No duerme bien (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 75. | Muy tímido/a | 0 | 1 | 2 | 101. | Hace novillos, falta a la escuela sin motivo |
| 0 | 1 | 2 | 76. | Duerme menos que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes | 0 | 1 | 2 | 102. | Poco activo/a, lento/a, o le falta energía |
| 0 | 1 | 2 | 77. | Duerme más que la mayoría de los/las niños/as o jóvenes durante el día y/o la noche | 0 | 1 | 2 | 103. | Infeliz, triste o deprimido/a |
| 0 | 1 | 2 | 78. | Desatento/a, se distrae fácilmente | 0 | 1 | 2 | 104. | Más ruidoso/a de lo común |
| 0 | 1 | 2 | 79. | Problemas para hablar (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 105. | Toma alcohol o drogas (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 80. | Se queda mirando al vacío | 0 | 1 | 2 | 106. | Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas |
| 0 | 1 | 2 | 81. | Roba en casa | 0 | 1 | 2 | 107. | Se orina en la ropa durante el día |
| 0 | 1 | 2 | 82. | Roba fuera de casa | 0 | 1 | 2 | 108. | Se orina en la cama |
| 0 | 1 | 2 | 83. | Almacena cosas que no necesita (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 109. | Se queja mucho |
| 0 | 1 | 2 | 84. | Comportamiento raro (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 110. | Desea ser del sexo opuesto |
| 0 | 1 | 2 | 85. | Ideas raras (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 111. | Se aísla, no se relaciona con los demás |
| 0 | 1 | 2 | 86. | Tozudo/a, malhumorado/a, irritable | 0 | 1 | 2 | 112. | Se preocupa mucho |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | 113. | Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista: _____ |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | | _____ |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | | _____ |

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN

Por favor, repase y no deje ninguna pregunta sin responder

MUCHAS GRACIAS

Anexo 21. Escalas de Valoración del Programa FORTIUS.

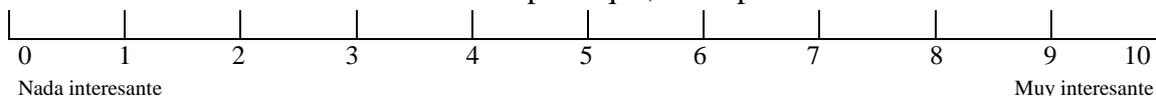
Por favor, **valora el grado de utilidad de las actividades y prácticas de FORTIUS**, de 0 = nada útil, a 10 = muy útil, rodeando con un círculo el número que según tú describe mejor la utilidad.¹

1. Triángulo de la personalidad [pensamientos, sentimientos y comportamientos]										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
2. Relajación muscular										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
3. Respiración profunda										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
4. Visualización tranquilizadora										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
5. Tipos de relaciones interpersonales [el bueno, el feo y el malo]										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
6. Escucha activa [oídos simpáticos]										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
7. Representación de papeles [presentarse, hacer amigos, peticiones, quejas, críticas]										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
8. Planificación del estudio y disfrute del tiempo libre										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
9. Razonamientos petardos										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
10. Resolución de problemas										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
11. Auto-instrucciones y auto-valoración										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil
12. Compromiso FORTIUS										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil										Muy útil

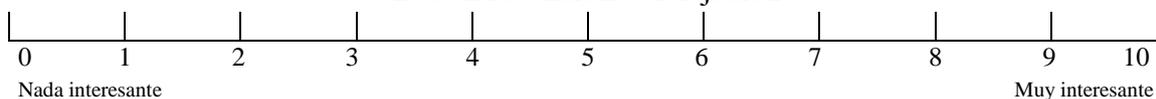
¹ Nota: esta escala de valoración la cumplimentaron los adolescentes, los tutores y los monitores.

Por favor, **valora el grado de interés de los eslóganes de FORTIUS**, de 0 = nada interesante, a 10 = muy interesante, rodeando con un círculo el número que según tú describe mejor el interés.²

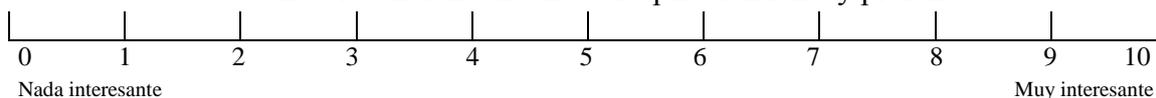
1. Cuanto más practique, más aprenderé



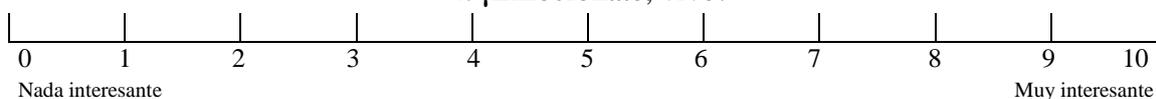
2. Contra tensión... relajación



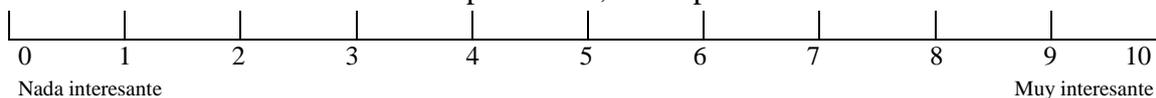
3. Cuando la tensión achucha... respiración lenta y profunda



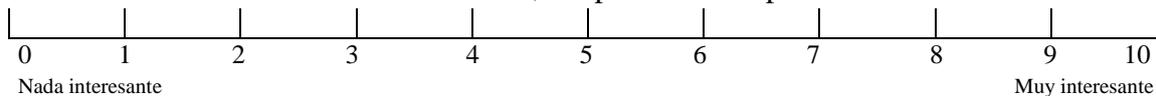
4. ¡Emociónate, vive!



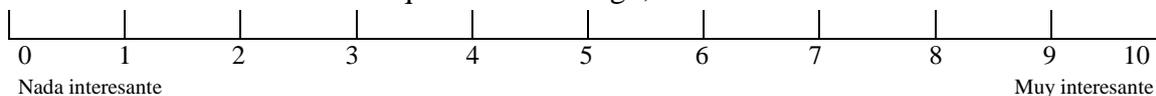
5. Uno para todos, todos para uno



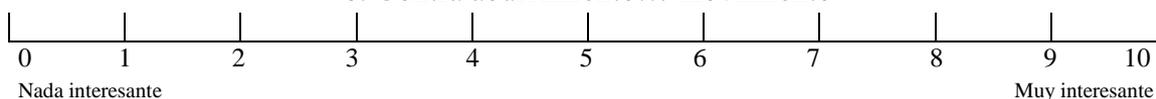
6. Rubios o morenos nacemos, simpáticos o antipáticos nos hacemos



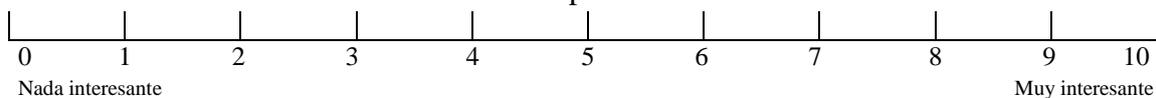
7. El que tiene un amigo, tiene un tesoro



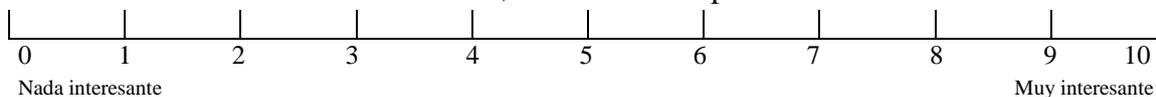
8. Contra aburrimiento... movimiento



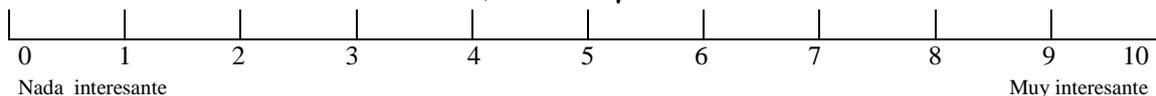
9. No confundas peras con manzanas



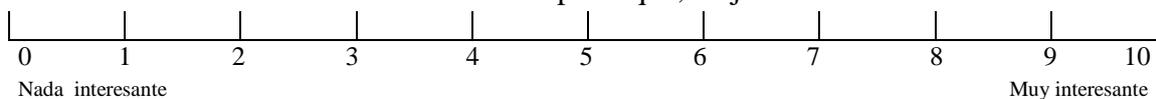
10. Houston, resolvemos un problema



11. Yo, controlo ¡Bien hecho!



12. Cuanto más practique, mejor seré



² Nota: esta escala de valoración la cumplimentaron todos [adolescentes, madres, padres, tutores y monitores].

Por favor, **valora globalmente el programa FORTIUS**, de 0 = nada bueno, a 10 = muy bueno, rodeando con un círculo el número que según tú describe mejor la valoración.³

1. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada bueno							Muy bueno			

2. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada atractivo							Muy atractivo			

3. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada interesante							Muy interesante			

4. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil							Muy útil			

5. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada favorable							Muy favorable			

6. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada fácil							Muy fácil			

7. El programa FORTIUS te ha parecido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada valioso							Muy valioso			

8. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con el programa FORTIUS?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada satisfecho							Muy satisfecho			

9. ¿Recomendarías el programa FORTIUS a un/a amigo/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No, nunca							Sí, siempre			

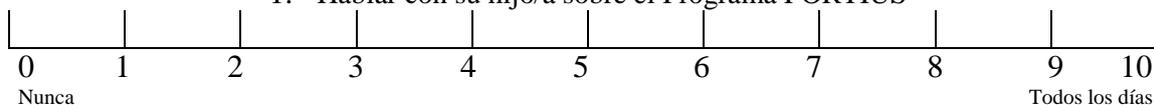
10. ¿Crees que el programa FORTIUS te ayuda en tu vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada							Muchísimo			

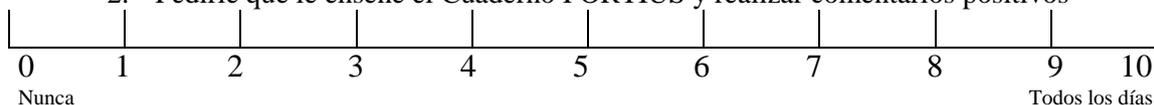
³ Nota: esta escala de valoración la cumplimentaron todos [adolescentes, madres, padres, tutores y monitores].

Por favor, **valore la frecuencia con que ha aplicado el Decálogo FORTIUS**, de 0 = nunca, a 10 = todos los días, rodeando con un círculo el número que según usted refleje mejor la frecuencia.⁴

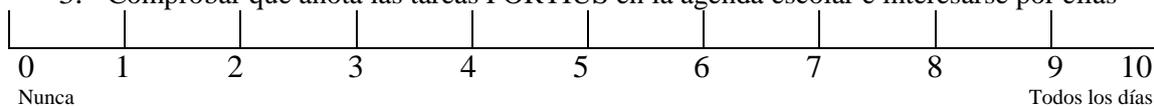
1. Hablar con su hijo/a sobre el Programa FORTIUS



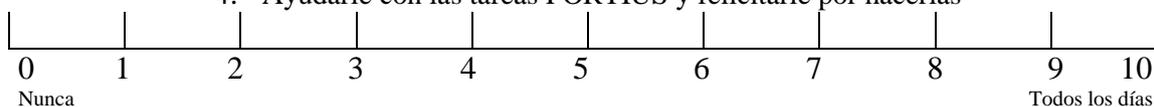
2. Pedirle que le enseñe el Cuaderno FORTIUS y realizar comentarios positivos



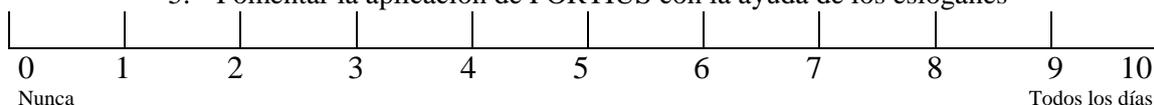
3. Comprobar que anota las tareas FORTIUS en la agenda escolar e interesarse por ellas



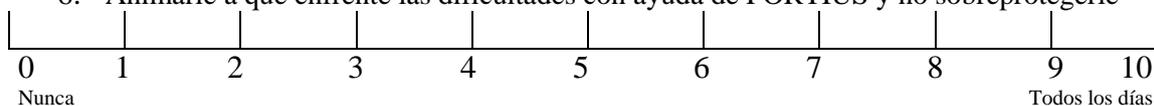
4. Ayudarle con las tareas FORTIUS y felicitarle por hacerlas



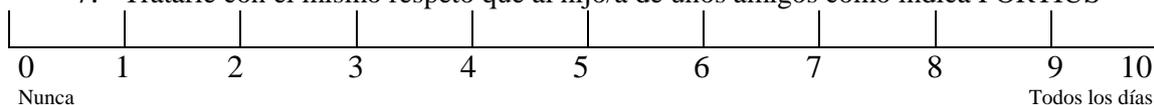
5. Fomentar la aplicación de FORTIUS con la ayuda de los eslóganes



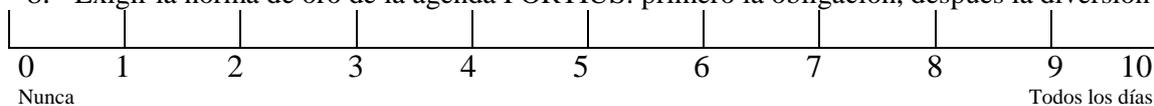
6. Animarle a que enfrente las dificultades con ayuda de FORTIUS y no sobreprotegerle



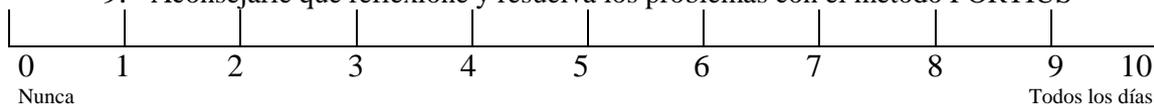
7. Tratarle con el mismo respeto que al hijo/a de unos amigos como indica FORTIUS



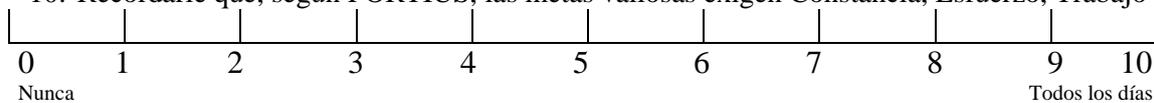
8. Exigir la norma de oro de la agenda FORTIUS: primero la obligación, después la diversión



9. Aconsejarle que reflexione y resuelva los problemas con el método FORTIUS



10. Recordarle que, según FORTIUS, las metas valiosas exigen Constancia, Esfuerzo, Trabajo



⁴ Nota: esta escala de valoración la cumplimentaron solo madres y padres.

Por favor, **valore el grado de dificultad que ha supuesto para usted la aplicación de las actividades y prácticas de FORTIUS**, de 0 = ninguna dificultad, a 10 = máxima dificultad, rodeando con un círculo el número que según usted describa mejor la dificultad.⁵

1. Triángulo de la personalidad [pensamientos, sentimientos y comportamientos]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

2. Relajación muscular

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

3. Respiración profunda

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

4. Visualización tranquilizadora

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

5. Tipos de relaciones interpersonales [el bueno, el feo y el malo]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

6. Escucha activa [oídos simpáticos]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

7. Representación de papeles [presentarse, hacer amigos, peticiones, quejas, críticas]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

8. Planificación del estudio y disfrute del tiempo libre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

9. Razonamientos petardos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

10. Resolución de problemas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

11. Auto-instrucciones y auto-valoración

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

12. Compromiso FORTIUS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ninguna dificultad Máxima dificultad

⁵ Nota: esta escala de valoración la cumplimentaron solo los monitores del programa.

Anexo 22. Decálogo FORTIUS para los Padres

1. Hablen con su hijo/a sobre el Programa FORTIUS: “¿qué habéis hecho esta semana?”, etc.
2. Pídanle que les enseñe el Cuaderno FORTIUS de la semana y realicen comentarios sobre algo que consideren positivo: “¡qué interesante las Galletas Resvineda ®!”, etc.
3. Comprueben que anota las tareas FORTIUS en la agenda escolar e interésense por ellas.
4. Ayúdenle con las tareas FORTIUS y felicítenle por hacerlas: “veo que tienes mucho interés en aprender a relajarte, ¡me alegro mucho!”, etc.
5. Fomenten la aplicación del Programa FORTIUS a la vida diaria con la ayuda de los eslóganes, por ejemplo “hoy tienes examen, ¿recuerdas?, cuando la tensión achucha... respiración lenta y profunda”.
6. Anímenle a que enfrente las dificultades de la vida aplicando lo que ha aprendido con el Programa FORTIUS, en vez de sobreprotegerle.
7. Trátenle con el mismo respeto que emplearían con el hijo/a de unos amigos, por ejemplo escúchenle atentamente sin interrumpirle, como indica el programa FORTIUS.
8. Muéstrense firmes y exijan la norma de oro de la agenda del programa FORTIUS: “primero la obligación [p. ej., los deberes], después la diversión [p. ej., la tele]”.
9. Aconséjenle que reflexione y siga los pasos para resolver problemas del programa FORTIUS, por ejemplo “¿qué puedo hacer para controlar el mal genio y no explotar?”
10. Recuérdenle que las metas valiosas, como las del programa FORTIUS, requieren Constancia, Esfuerzo, Trabajo.

Muchas gracias por su interés y colaboración



FORTIUS

ESLOGAN

Cuanto más practique, más aprenderé

Contra tensión... relajación

Cuando la tensión achucha...

respiración lenta y profunda

¡Emociónate, vive!

Uno para todos, todos para uno

Rubios o morenos nacemos,

simpáticos o antipáticos nos hacemos

El que tiene un amigo, tiene un tesoro

Contra aburrimiento... movimiento

No confundas peras con manzanas

Houston, resolvemos un problema

Yo, controlo ¡Bien hecho!

Cuanto más practique, mejor seré

Alumno/a:

