

# ■ Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes

Ana Isabel Aznar García

Servicio Psicopedagógico Escolar A-12 de Almoradí

## Resumen

Históricamente se ha hecho mayor hincapié en la aplicación de tratamientos que en la prevención en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de un programa de prevención de la ansiedad basado en técnicas cognitivo-conductuales y aplicado por profesores. Participaron 98 estudiantes con edades entre 12 y 14 años. La intervención consistió en 4 sesiones de terapia cognitivo-conductual que incluyeron psicoeducación, técnicas de relajación, técnicas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas y toma de decisiones. Un grupo de 62 escolares a los que no se aplicó tratamiento alguno sirvió como control. Los participantes que recibieron el programa redujeron su nivel de sensibilidad a la ansiedad, la sintomatología ansiosa y el afecto negativo. Se concluye que mediante un programa breve de prevención de la ansiedad los profesores tutores pueden reducir variables consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

**Palabras clave:** *Prevención, ansiedad, adolescentes, evaluación de programas, terapia cognitivo conductual.*

## Abstract

Historically major support has done to itself in the application of treatments compared with the anxiety disorders prevention in children and adolescents. The aim of this study was to evaluate the efficacy of an anxiety prevention program based on cognitive - behavioral techniques and implemented by teachers. Participated 98 students aged between 12 and 14 years. The intervention consisted of 4 cognitive - behavioral therapy sessions that included psycho-education, relaxation training, cognitive restructuring, problem solving and decision making. A group of 62 students to whom any treatment was not applied, served as control condition. Participants who received the intervention showed a decrease in anxiety sensibility, anxious symptomatology and negative affection. These effects indicate that, through a brief anxiety prevention intervention for anxiety, teachers can reduce variables considered as risk factors for the development of anxiety disorders.

**Keywords:** *Prevention, anxiety, adolescents, program evaluation, cognitive-behavioral therapy.*

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más comunes en niños y adolescentes con una frecuencia que oscila según la fuente entre el 4% y el 25%, siendo la prevalencia media del 10-15%, (Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick, y Schek, 2000). Sin embargo la prevalencia podría ser aún mayor, ya que muchos niños y adolescentes no son identificados y permanecen sin tratamiento (Neil y Christensen, 2009). Los efectos de los trastornos de ansiedad en el bienestar de niños y adolescentes están asociados con dificultades en el funcionamiento social, emocional y académico (Donovan y Spence, 2000), y predicen la aparición y desarrollo de trastornos y alteraciones en la edad adulta. Así, hasta un 75% de los trastornos de ansiedad en adultos tiene comienzo en la infancia y/o adolescencia. Otros datos señalan que más de un 20% de los estudiantes sufren altos niveles de ansiedad frente a los exámenes y ven disminuido notablemente su rendimiento (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008). También presentan una alta comorbilidad, encontrándose asociados a todo tipo de trastornos, tanto interiorizados como exteriorizados.

Se añaden a esto varias razones por las que la prevención de los trastornos de ansiedad presenta ventajas respecto al tratamiento. La primera es que a menudo padres y profesores no advierten que los niños y adolescentes están sufriendo problemas de ansiedad, debido a la naturaleza interiorizada del trastorno. Padres y profesores tienden a restar importancia al trastorno, siendo mayor el número de consultas y tratamiento solicitado ante trastornos exteriorizados del tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o problemas de conducta. En segundo lugar, en aquellos casos en los que los niños acuden a tratamiento, el trastorno suele tener una larga trayectoria y estar bien establecido, por lo que muchos de los efectos adversos a nivel académico y en las relaciones con iguales ya han ocurrido y es complejo volver a ese punto anterior. Tercero, se ha encontrado que los tratamientos para los problemas de ansiedad no son eficaces para muchos niños, la evidencia empírica sugiere que entre el 30-40% de los niños continúa puntuando clínicamente en criterios para trastornos de ansiedad tras el tratamiento (Barret, Dadds, Rapee, y Ryan, 1996; Kendal, 1994).

El elevado coste social, personal y económico que suponen los trastornos de ansiedad, hace esencial la aplicación de programas preventivos. Sin embargo la atención prestada a la reducción y prevención de los problemas interiorizados es considerablemente menor que a los trastornos de exteriorización, conducta antisocial y uso y abuso de drogas (Diekstra y Gravestijn, 2009).

Los primeros trabajos sobre prevención de problemas de ansiedad aparecen a principios de la década de los años ochenta (Pelechano, 1981). Revisando desde el año 2000 se dispone únicamente de tres programas breves de intervención preventiva de la ansiedad para adolescentes, aplicados por profesores, que hayan mostrado su eficacia en estudios controlados aleatorizados (Corrieri, Heider, Conrad, Blume, König, y Riedel-Heller, 2013). El programa de prevención FRIENDS desarrollado por el grupo de investigación australiano de las Universidades de Queensland y Griffith (Barrett, y Turner, 2001; Lowry-Webster, Barret, y Lock, 2003), el programa de prevención indicada Penn Prevention Program (Roberts, Kane, Bishop, Matthews, y Thompson, 2004) y un programa de actividad física (Bonhauser, Fernández, Puschel, Yáñez, Montero, Thompson et al., 2005).

El programa FRIENDS ha sido respaldado por la Organización Mundial de la Salud (2004) por ser el único programa basado en la evidencia, eficaz para el tratamiento de la ansiedad infantil (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2011). Se trata de un programa multicomponente de intervención grupal dirigido a niños y adolescentes entre 7 y 16 años. Se estructura en 12 sesiones de 45-60 minutos de duración. Dos de ellas son sesiones de repaso que se realizan al mes y a los tres meses de finalización del bloque principal. Se incluyen tres sesiones de intervención, también grupal, con los progenitores. El programa recurre a los procedimientos cognitivo-conductuales que tradicionalmente se utilizan en la intervención para los problemas de ansiedad (educación sobre la ansiedad, entrenamiento en técnicas de control de la activación, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, autorreforzamiento abierto y encubierto, entrenamiento en solución de problemas y exposición gradual). El Penn Prevention Program incluye 12 sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual. Está diseñado para combatir distorsiones cognitivas y déficits relacionados asociados con la depresión, como problemas de conducta, dificultades en las relaciones con iguales, baja autoestima y bajos resultados académicos. El programa de actividad física incluye 3 sesiones semanales de 90 minutos durante 10 semanas.

Datos de estudios recientes apoyan la utilidad de las intervenciones preventivas de ansiedad en la escuela, obteniendo reducciones significativas en los síntomas de la ansiedad, tanto en el postest como en el seguimiento (Neil y Christensen, 2009). En España encontramos el estudio de la viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela, que concluye que contribuye moderadamente a disminuir la presencia de algunos de los factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad (Tortella-Feliu, Servera, Balle y Fullana, 2004).

Datos obtenidos en otros estudios que examinan la eficacia de programas de prevención de la ansiedad en niños y adolescentes obtuvieron un tamaño de efecto estadísticamente significativo de 0.18 en la post-intervención, que es coherente con el tamaño del efecto en los exámenes de los programas de prevención del abuso de sustancias, depresión y trastorno alimentario (Fisak, Richard y Mann, 2011). Se concluye de estos datos que queda abierto un campo de investigación dentro de la prevención de psicopatologías, cuyo interés anuncia líneas de investigación en un futuro próximo.

Una de las novedades más destacadas del último decenio en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos ha sido el de la extensión de programas de intervención breve, incluida la consultoría conductual (Bond y Dryden, 2002). Este tipo de intervenciones presentan índices de eficacia iguales – e incluso superiores- a tratamientos más largos, tienen la ventaja potencial de minimizar el número de abandonos, costes más reducidos, y pueden ser más recomendables en el abordaje de dificultades leves o moderadas, circunscritas y sin excesiva interferencia en el funcionamiento personal, social o laboral de las personas. Los programas de prevención aplicados en niños y adolescentes se caracterizan por su relativamente larga duración y la implicación de otras personas en la intervención. Nos planteamos, por tanto, la posibilidad de que intervenciones preventivas más breves que las utilizadas hasta la

fecha puedan conseguir resultados similares a las aplicadas en el tratamiento de trastornos psicopatológicos. Esto sería especialmente importante para implicar a los centros educativos en su aplicación (Tortella-Feliu, Servera, Balle, y Fullana, 2004).

El objetivo de este estudio es evaluar si la aplicación de un programa preventivo breve realizada en el contexto escolar, llevada a cabo por los profesores tutores, tiene un efecto significativo en la modificación de variables que predicen la aparición futura de trastornos de ansiedad. Se parte de la hipótesis de que los sujetos que reciban el programa mejorarán tras la intervención en las siguientes variables: sensibilidad a la ansiedad, sintomatología ansiosa y depresiva, y presentarán mayor afecto positivo y menor afecto negativo.

## Método

### Participantes

Participaron 98 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con edades entre los 12 y los 14 años ( $M = 12.44$ ,  $DT = 0.63$ ), de los que 54 eran chicos (55.1%). Asistían regularmente a un centro educativo de la provincia de Alicante (España). De las seis clases de primero de ESO, tres fueron asignadas al azar a la condición experimental y las otras tres al grupo control. El grupo experimental estuvo formado por 36 escolares, de los que 20 (55.6%) eran chicos. La media de edad fue de 12.50 años ( $DT = 0.66$ ).

El grupo control estuvo formado por 62 sujetos, 34 (54.8%) chicos, con una edad media de 12,40 años ( $DT = 0.61$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en las variables sexo ( $t_{96} = 0.07$ ) y edad ( $t_{96} = -0.74$ ). Los valores iniciales en las diferentes variables dependientes se presentan en la Tabla 2.

### Instrumentos

*Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños* (Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI, Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991). Se utilizó la versión española de Sandín y Chorot (Sandín, 1997), que consta de 18 ítems que se puntúan según una escala Likert de 3 puntos: Nada (1), Un poco (2), Mucho (3). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los 18 ítems (rango 18-54). Las puntuaciones más elevadas indican mayor sensibilidad a la ansiedad. Los ítems se refieren a consecuencias físicas (p.ej., "Me asusto cuando mi corazón late rápidamente"), cognitivas (p.ej., "Me asusto cuando no puedo concentrarme en los deberes de clase"), y sociales (p.ej., "Me gusta no mostrar mis sentimientos a los demás"). Según los resultados factoriales, al igual que los altos coeficientes alfa, obtenidos por Sandín, Chorot, Santed y Valiente (2002), la sensibilidad a la ansiedad puede estructurarse según dos dimensiones esenciales. Una primera representada por los síntomas de activación fisiológica, y una segunda constituida por el resto (síntomas de tipo mental y social). Por lo que se obtienen puntuaciones en dos subescalas, una representada por el factor de miedo a las sensaciones corporales, y una segunda constituida por el factor psicosocial (miedos a síntomas mentales y sociales).

*Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorrita et al., 2000). Se aplicó la versión española validada

por Sandín, Valiente y Chorot (2009). Es un cuestionario de 47 ítems diseñado para evaluar mediante autoinforme los síntomas DSM-IV de los trastornos de ansiedad y la depresión. El niño/adolescente debe contestar a los ítems según una escala de frecuencia de 0-3 puntos (Nunca (0), A veces (1), A menudo (2), Siempre (3)), indicando hasta qué punto reflejan lo que le ocurre. Incluye las siguientes subescalas: (1) trastorno de ansiedad de separación (TAS; 7 ítems: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46), (2) fobia social (FS; 9 ítems: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43), (3) trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 5 ítems: 1, 13, 22, 27, 35), (4) trastorno de pánico (TP; 9 ítems: 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41), (5) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; 6 ítems: 10, 16, 23, 31, 42, 44), y (6) trastorno depresivo mayor (TDM; 11 ítems: 2,6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 37, 40, 47). En lo que concierne a las propiedades psicométricas sobre la fiabilidad (consistencia interna) de la versión española, podemos afirmar que la escala completa posee un nivel elevado de fiabilidad (alfa = 0.93). También es factible decir que la fiabilidad de las diferentes subescalas es en general buena, ya que los valores de los coeficientes alfa se sitúan en torno a 0.80. Estos análisis indican que la RCADS está bien estructurada según seis factores separados pero correlacionados, cinco de los cuales corresponden a 5 tipos principales de trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo) y uno al principal tipo de trastorno del estado del ánimo (trastorno depresivo mayor).

*Cuestionario PANAS* (Positive and Negative Affect Schedule) para Niños y Adolescentes (PANASN, Sandín, 1997). Se trata de una prueba elaborada para niños y adolescentes a partir de la forma para adultos del PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988). Es un cuestionario de autoinforme de 20 elementos. Diez ítems evalúan el afecto positivo (AP) (p.ej., "Soy una persona animada, suelo emocionarme"), y otros diez el afecto negativo (AN) (p.ej., "me siento nervioso"). El cuestionario es contestado por el niño/adolescente teniendo en cuenta la manera en que éste se siente y/o comporta habitualmente, siguiendo una escala de tres alternativas de respuesta, descritas éstas como: Nunca (1), A veces (2), Muchas veces (3). Los coeficientes de fiabilidad (consistencia interna) de Cronbach son aceptables; no alcanzan el valor de 0.80, pero todos los coeficientes están por encima de 0.70. Existe evidencia preliminar en apoyo de la validez convergente y discriminante del PANASN, ya que la variable AN correlaciona de forma positiva con otras variables de emocionalidad negativa (ansiedad, depresión y sensibilidad a la ansiedad) (validez convergente), mientras que el AP correlaciona negativamente con la ansiedad, la depresión y la sensibilidad a la ansiedad (validez discriminante).

### Procedimiento

Se realizó la evaluación pretest de forma colectiva en el aula. Se encargaron de la administración los profesores tutores de cada grupo tras recibir entrenamiento y con el apoyo de la orientadora psicopedagógica del centro. Los participantes en ambos grupos fueron evaluados al final de la intervención con los mismos instrumentos de autoinforme y siguiendo el mismo procedimiento que en la evaluación inicial. El consentimiento informado por parte de los padres se obtuvo a través del pro-

grama de Educación para la Salud, al estar el centro dentro de la Red SHE (Schools for Health in Europe) de la Comunidad Valenciana. Al grupo de intervención se le aplicó el programa breve de prevención de la ansiedad incluido dentro del programa de Educación para la Salud. El grupo control no recibió intervención alguna.

El programa de intervención constó de 4 sesiones grupales de terapia cognitivo-conductual de unos 45 minutos de duración. La intervención se desarrolló con una periodicidad semanal en el centro escolar durante el horario de tutoría. La aplicación corrió a cargo de los tutores, previamente entrenados mediante un seminario de 2 horas y con la asistencia de un manual en el que se detallaban los contenidos y actividades de las sesiones. Como medio de control del cumplimiento de las instrucciones del manual, se solicitó una evaluación del programa por parte de los profesores en la cual se evaluaba de 0 a 10 el grado de seguimiento de las instrucciones del manual. La media obtenida por los tres tutores fue de 8.42, siendo la

menor puntuación de 7 y la mayor de 10. El programa pretendía proporcionar a los adolescentes estrategias que les permitieran detectar la aparición de los síntomas físicos de la ansiedad y técnicas para aprender a relajarse, a identificar pensamientos negativos y cómo sustituirlos por pensamientos positivos, y cómo ser capaces de tomar sus propias decisiones y solucionar sus problemas. En definitiva, se trató de ofrecer a los alumnos técnicas de afrontamiento ante situaciones de estrés que pudiesen provocar un incremento en sus niveles de ansiedad. Cada participante tuvo un manual para el alumno con el material necesario para llevar a cabo las 4 sesiones del tratamiento. Las sesiones incluían explicaciones –siempre con ejercicios para el aprendizaje a través de la experiencia-, actividades de lápiz y papel, adquisición y práctica de algunas habilidades, experimentos conductuales y tareas para casa. Los objetivos y contenidos básicos de cada una de las sesiones se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Objetivos y contenidos de cada una de las sesiones

Sesión	Objetivos
1. Psicoeducación Técnicas de relajación. (Respiración diafragmática).	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Profundizar en el concepto de emoción.</li> <li>. Definir ansiedad y problema de ansiedad.</li> <li>. Identificación de respuestas de ansiedad y clasificar sus componentes en fisiológicos (emocional), cognitivo y comportamientos.</li> <li>. Introducir la relajación, mediante el entrenamiento en respiración diafragmática.</li> </ul>
2. Técnicas de relajación (Relajación muscular progresiva y visualización)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Enseñar la técnica de la relajación muscular progresiva.</li> <li>. Enseñar el uso de la visualización.</li> </ul>
3. Técnicas de reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la emoción y la acción. Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos.</li> <li>. Conocer distintas distorsiones cognitivas.</li> </ul>
4. Resolución de problemas y toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Distinguir los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos.</li> <li>. Presentar un modelo de toma de decisiones.</li> <li>. Aplicación de la técnica para solucionar problemas concretos.</li> </ul>

## Resultados

Los análisis llevados a cabo mediante pruebas *t* de significación de muestras relacionadas mostraron diferencias significativas entre el pretest y el posttest en el grupo de intervención en todas las variables dependientes, exceptuando el Factor 6 de la escala RCADS (sintomatología del trastorno depresivo mayor). En el grupo control no se encontraron diferencias sig-

nificativas entre el pretest y el posttest. El signo positivo de la prueba *t* indica menores puntuaciones en el posttest que en el pretest (véase la Tabla 2).

Las puntuaciones en el posttest en sensibilidad a la ansiedad (CASI) del grupo experimental descienden de forma significativa, tanto en la puntuación total como en las subescalas (factores 1 y 2), lo que significa menos miedo a las sensaciones corporales y a síntomas mentales y sociales. Por el contrario, en

Tabla 2. Comparación entre condiciones antes y después de la intervención

	GRUPO EXPERIMENTAL							GRUPO CONTROL						
	Pre		Post		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Pre		Post		<i>t</i>	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
<b>CASI</b>														
(Sensibilidad a la ansiedad)	29.67	5.68	26.39	5.94	3.60	.001**	.56	26.74	4.39	27.13	5.52	-0.62	.54	
Factor 1 (Miedo a las sensaciones corporales)	12.08	3.15	10.31	3.06	3.72	.001**	.57	10.65	2.35	10.87	2.93	-0.70	.49	
Factor 2 (Síntomas de tipo mental y social)	17.58	3.22	16.08	3.39	2.65	.012*	.45	16.10	2.53	16.26	3.10	-0.42	.68	
<b>RCADS</b>														
(Sintomatología ansiosa y depresiva)	36.06	17.56	25.31	18.06	4.96	.000**	.60	33.61	15.81	30.69	18.91	1.85	.07	
Factor 1 (TAS-T.Ansiedad Separación)	1.89	2.28	1.08	1.80	2.99	.005**	.39	1.69	2.36	1.50	1.96	0.91	.36	
Factor 2 (FS-Fobia Social)	10.14	5.49	6.81	5.08	4.44	.000**	.63	8.40	4.90	7.94	5.25	0.94	.35	
Factor 3 (TAG-T.Ansiedad Generalizada)	7.94	3.16	5.14	2.89	6.75	.000**	.92	6.81	2.61	6.21	3.38	1.64	.17	
Factor 4 (TP-T.Estrés Postraumático)	4.56	4.06	3.22	3.76	2.71	.010*	.34	4.05	3.77	3.60	3.62	1.08	.28	
Factor 5 (TOC-T.Obsesivo Compulsivo)	4.11	2.91	2.53	3.22	4.03	.000**	.52	4.21	2.99	3.81	3.64	1	.32	
Factor 6 (TDM-T.Depresivo Mayor)	7.42	4.28	6.53	4.84	1.37	.18	-	8.45	4.87	7.65	5.88	1.89	.06	
<b>PANASN</b>														
(Afecto positivo y afecto negativo)														
Factor 1 (Afecto Positivo)	21.69	3.44	20.42	4.35	2.42	.021*	.32	22.58	3.18	21.85	4.11	1.63	.11	
Factor 2 (Afecto Negativo)	16.31	3.28	14.89	3.15	2.52	.017*	.44	17.5	3.69	16.82	4.01	1.75	.09	

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

el grupo control se produjo un incremento en las puntuaciones, sin llegar a ser significativo.

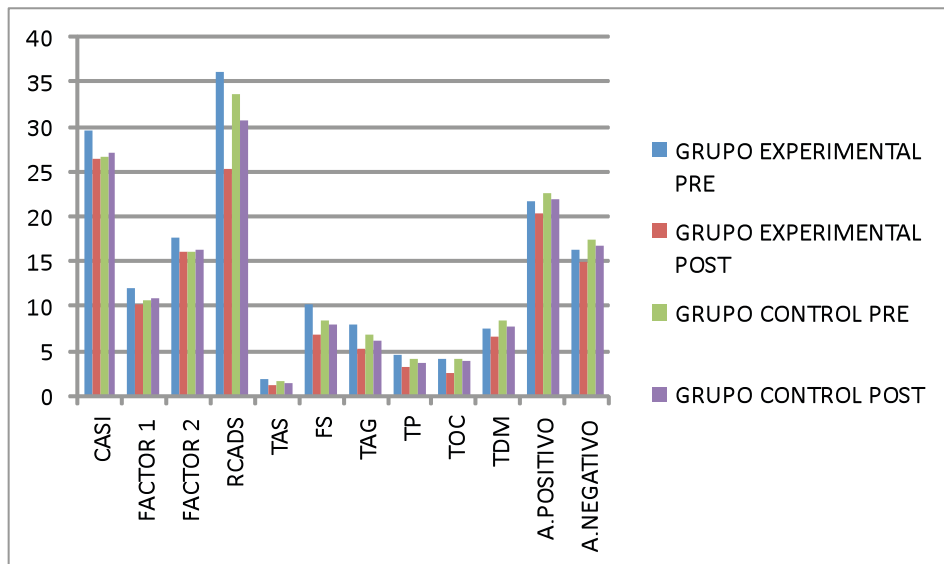
Las puntuaciones en el postest en sintomatología ansiosa y depresiva (RCADS) descendieron de forma significativa en el grupo experimental, tanto en la puntuación total como en las subescalas (factores 1, 2, 3, 4, 5), exceptuando una subescala (factor 6) que mide la sintomatología del trastorno depresivo mayor según del DSM-IV. Esto implica menores puntuaciones en los criterios de inclusión de los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV. En el grupo control no se encontraron diferencias significativas entre el pretest y el postest.

En las medidas sobre afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) de la PANASN, las puntuaciones obtenidas en el postest en el grupo experimental se redujeron de forma signi-

ficativa en las dos subescalas. Esto indica menor puntuación tanto en el afecto positivo como en el afecto negativo. En el grupo control no aparecen diferencias significativas entre el pretest y el postest.

Cuando se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental, se calculó el tamaño del efecto mediante la diferencia de medias tipificada ( $d$  de Cohen). Los resultados indican un tamaño del efecto moderado en el índice de sensibilidad a la ansiedad, en sintomatología ansiosa, y menor en afecto positivo, y sintomatología del trastorno por estrés postraumático. Destaca un tamaño del efecto alto en la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada. En la Figura 1 se representan los valores de las variables en el pretest y en el postest.

Figura 1. Puntuaciones pretest-postest en el grupo control y experimental.



Nota: CASI (Sensibilidad a la ansiedad), FACTOR 1 (Miedo a las sensaciones corporales), FACTOR 2 (Síntomas de tipo mental y social), RCADS (Sintomatología ansiosa y depresiva), TAS (T. Ansiedad Separación), FS (Fobia Social), TAG (T. Ansiedad Generalizada), TP (T. Estrés Postraumático), TOC (T. Obsesivo Compulsivo), TDM (T. Depresivo Mayor), A.POSITIVO (PANASN Afecto Positivo), A.NEGATIVO (PANASN Afecto Negativo).



## Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar un programa breve para la prevención de la ansiedad aplicado a adolescentes dentro del marco de la escolarización secundaria obligatoria. De acuerdo con las hipótesis iniciales, el programa de prevención ha conseguido reducir los niveles de sensibilidad a la ansiedad en los participantes a los que se les aplicó la intervención. Esta reducción también se ha acompañado de disminuciones en las puntuaciones de sintomatología ansiosa y de afecto negativo.

Contrariamente a la hipótesis inicial, no se han apreciado reducciones significativas en la sintomatología depresiva y se ha obtenido una disminución en afecto positivo. La magnitud del cambio puede considerarse moderada en la sensibilidad a la ansiedad, sintomatología ansiosa y afecto negativo. Destaca por su magnitud el efecto de reducción obtenido en la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Comparando las puntuaciones obtenidas en el postest, se observa como el grupo experimental mejoró al grupo control cuyas puntuaciones se mantuvieron estables. El análisis del cambio producido al final de la intervención nos muestra diferencias significativas en todas las variables dependientes, excepto en la sintomatología del Trastorno Depresivo Mayor. Una posible explicación vendría dada por los datos obtenidos en el análisis factorial de la RCADS, en su validación española, en la que los autores indican que sus análisis factoriales, en contra de lo que se ha indicado en la literatura no pocas veces, apuntan a una separación entre ansiedad y depresión como constructos diferenciados (Sandín, Valiente y Chorot, 2009).

En el índice de Sensibilidad a la Ansiedad obtenido tras la intervención se halla una disminución significativa en las puntuaciones obtenidas por los participantes. Siendo algo superior el tamaño del efecto en el Factor 1 (Miedo a las sensaciones corporales).

Los resultados obtenidos en las puntuaciones de afecto positivo y negativo podemos explicarlos a través de la teoría de Tellegen (1985), que diferenció la ansiedad de la depresión basándose en los conceptos de afectividad positiva y negativa. La diferencia fundamental consiste en que sólo en la depresión se produce bajo afecto positivo. El bajo afecto positivo sería, por tanto, una característica específica de la depresión (Sandín, 1997).

En este estudio se aplicó un programa de intervención específico para la ansiedad, por lo que es factible la posibilidad de que no haya tenido efecto en variables relacionadas con la depresión. Nuestros resultados replican los obtenidos en estudios anteriores con programas de prevención de varios tipos y condiciones (Fisak, Richard y Mann; 2011; Neil y Christensen, 2009), teniendo un tamaño del efecto incluso superior. Por tanto, podemos señalar, con todas las reservas asociadas a algunas de las limitaciones metodológicas de este estudio, que la aplicación del programa de prevención breve contribuye moderadamente a disminuir la presencia de alguno de los factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Hubiera sido deseable contar con un grupo de intervención en el que se aplicara un programa extenso con la implicación de padres, con el objeto de contrastar la eficacia de la intervención breve frente a un programa preventivo de tipo tradicional. Dentro de las limitaciones del estudio destacamos el tamaño

reducido y la no representatividad de la muestra, por lo que sería conveniente replicar el estudio con muestras más amplias. Otra limitación es que se realizó únicamente una evaluación postest tras finalizar la intervención, por lo que sería conveniente llevar a cabo evaluaciones de seguimiento a los tres, seis y a los doce meses del fin de la intervención. La finalidad sería determinar la eficacia de la intervención a largo plazo. A pesar de las limitaciones metodológicas de este estudio, las características del programa – brevedad y aplicación a través de los tutores del alumnado – según los resultados obtenidos, podrían facilitar la extensión de las intervenciones preventivas en las escuelas.

Artículo recibido: 11/09/2013

Aceptado: 2/10/2013

## Referencias

- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- 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, 399-410.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., Rapee, R. M. y Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Bond, F. W. y Dryden, W. (Eds.) (2002). *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. Chichester: Wiley.
- Bonhauer, M., Fernández, G., Püschel, K., Yañez, M., Montero, J., Thompson, B. y Coronado, G. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: Results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 113-122.
- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H. y Shek, D. T. L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology*, 161, 479-492.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. y Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 1, (Epub ahead of print).
- Diekstra, R. y Gravesteijn, C. (2013). Evaluación de los programas escolares universales de educación emocional y social y de habilidades para la vida. Fundación Marcelino Botín. P.288. Disponible en: [http://www.fundacionbotin.org/evaluacion\\_educacion-responsable\\_educacion.htm](http://www.fundacionbotin.org/evaluacion_educacion-responsable_educacion.htm)
- Donovan, C. L. y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.
- Essau, C., Conradt, J., Sasagawa, S. y Ollendick, T. H. (2011). Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.

- Fisak, B. J. Jr., Richard, D. y Mann, A. (2011). The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review. *Prevention Science, 12*, 255-268.
- 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*, 25-43.
- Neil, A., y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*, 208-215
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar natural*. Valencia: Alfaplus.
- Roberts, C., Kane, R., Bishop, B., Mathews, H. y Thompson, B. (2004). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*, 4-16.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Dikynson.
- 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., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*(3), 193-206.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. y Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 162-168.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hills-dale, NJ: LEA.
- Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M. y Fullana, M. A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado a la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(2), 371-387.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.