



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2021-2022

Trabajo Fin de Máster

Efectos del "Protocolo Transdiagnóstico para Trastornos Emocionales en Adolescentes" (UP-A) mediante teleterapia en un caso con sintomatología de ansiedad social.

Autor/a: Almudena Andreu Cerdá

Tutor/a: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.JAPR.AAC.211020

Convocatoria: febrero 2022

Resumen

La ansiedad y la depresión son los trastornos más frecuentes en la adolescencia, ya que puede ser una etapa difícil de gestionar debido a los cambios sufridos a todos los niveles. El objetivo principal del presente estudio es analizar los efectos de la aplicación mediante teleterapia de una adaptación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Adolescentes (UP-A) en un caso de una adolescente con sintomatología compatible con el trastorno de ansiedad social, en el marco de un programa de prevención selectiva de problemas emocionales. La intervención se llevó a cabo de forma grupal en 8 sesiones, con una periodicidad semanal. La evaluación se realizó a través de diversos cuestionarios para medir los cambios antes, después y cuatro meses más tarde tras el tratamiento. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que se han producido cambios estadística y clínicamente significativos en las variables ansiedad, calidad de vida, flexibilidad psicológica y regulación emocional, gracias al uso del Índice de Cambio Fiable y al porcentaje de mejora. La principal contribución del trabajo es que aporta evidencia preliminar de que el UP-A podría ser eficaz para disminuir sintomatología emocional.

Palabras clave: teleterapia, adolescente, estudio de caso, ansiedad social, eficacia.

Abstract

Anxiety and depression are the most frequent disorders in adolescence, as it can be a difficult stage to manage due to the changes undergone at all levels. The main objective of the present study is to analyze the effects of the application through teletherapy of an adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) in a case of an adolescent with symptomatology compatible with social anxiety disorder, within the framework of a program of selective prevention of emotional problems. The intervention was carried out as a group in 8 weekly sessions. The evaluation was carried out through various questionnaires to measure the changes before, after and four months after the treatment. The results obtained show that statistically and clinically significant changes have been produced in the variables anxiety, quality of life, psychological flexibility and emotional regulation, thanks to the use of the Reliable Change Index and the percentage of improvement. The main contribution of the work is that it provides preliminary evidence that the UP-A could be effective in reducing emotional symptomatology.

Keywords: teletherapy, adolescent, case study, social anxiety, efficacy.

Introducción

Las tasas de prevalencia de síntomas y trastornos emocionales y del comportamiento a nivel mundial son similares, tanto en población general como en población infanto-juvenil (Olfson et al., 2014; Polanczyk et al., 2015; Wichstrøm et al., 2012). Aproximadamente un 10% de la población padece algún trastorno de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los más habituales entre los adolescentes (World Health Organization, 2016).

Recientemente, un estudio llevado a cabo con niños y adolescentes de España, Italia y Portugal reveló que la sintomatología emocional había crecido en todos los casos, siendo los españoles los que mayores niveles tenían, tanto de depresión (26.4%) como de ansiedad (56%) (Orgilés et al., 2021). Por ello, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de éstos debe constituir una prioridad asistencial al tratarse de un grave problema de salud pública (Mingote et al., 2009).

La adolescencia es una fase crítica, puesto que el individuo debe hacer frente a cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, los cuales darán forma a sus capacidades individuales (World Bank, 2007). La posibilidad de que los problemas emocionales se transformen en trastornos aumenta con la interacción de esos problemas emocionales con factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (McLaughlin et al., 2010).

La ansiedad suele ir seguida de trastornos del estado de ánimo y una amplia gama de otras afecciones comórbidas (Czernik et al., 2006). Por ello, es importante observar los problemas emocionales desde un enfoque transdiagnóstico. El modelo transdiagnóstico plantea la existencia de un número reducido de procesos y variables

comunes a muy diversos trastornos (Dalglish et al., 2020; González et al., 2018; Sandín et al., 2012).

El abordaje transdiagnóstico integra principios y técnicas en un mismo tratamiento, los cuales se implementan según las circunstancias de la persona en el momento presente. Esta perspectiva permite llevar a cabo protocolos unificados para conjuntos de tratamientos y es una alternativa a las nosologías diagnósticas (Dalglish et al., 2020; Sandín et al., 2012). Además, la práctica clínica es más satisfactoria, integrada y menos estigmatizante (González et al., 2018).

En conclusión, una razón para implementar intervenciones basadas en el enfoque transdiagnóstico es que las técnicas utilizadas pueden abordar problemas centrales que subyacen a distintos trastornos emocionales (Weisz y Kazdin, 2017), además de poder regular las emociones desadaptativas (Zakaria et al., 2021). Según estudios recientes, las intervenciones transdiagnósticas modulares de corte cognitivo-conductual han sido eficaces para tratar irritabilidad severa en jóvenes, en comparación con los tratamientos estándar (Evans et al., 2020; Evans y Santucci, 2021).

Actualmente, uno de los programas transdiagnósticos con mayor apoyo para tratar problemas emocionales en adolescentes es el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Adolescentes (Unified Protocol for Adolescents; UP-A; Ehrenreich-May et al., 2017). Además, ha demostrado su eficacia a largo plazo con trastornos de ansiedad y depresión y también con adolescentes que presentan múltiples trastornos o síntomas mixtos/subclínicos de trastornos emocionales (Ehrenreich et al., 2009; Queen et al., 2014).

Los objetivos del UP-A son permitir que los jóvenes experimenten sus emociones fuertes o intensas con menos angustia y que manejen esas experiencias

utilizando más comportamientos eficaces y menos comportamientos evitativos (Ehrenreich-May et al., 2017).

En 2019, García-Escalera et al., realizaron un estudio en un colegio de Madrid que puso de manifiesto que el UP-A podía ser útil para la prevención de problemas emocionales de manera universal. Esto concuerda con Pérez-Edgar y Fox (2005), los cuales hallaron que las intervenciones preventivas que refuerzan la resiliencia ante la adversidad pueden mejorar la capacidad de los adolescentes para hacer frente a diversas situaciones. Dentro de las intervenciones de prevención, las de tipo selectivo parecen ser las más eficaces, en comparación con las indicadas y universales (Stockings et al., 2016).

Una reciente revisión, llevada a cabo por Fonseca-Pedrero et al. (2021), señala que, en los últimos años, se han desarrollado y popularizado un número creciente de protocolos de tratamiento transdiagnóstico para el abordaje de los trastornos emocionales en población infanto-juvenil. Desde esta perspectiva transdiagnóstica las intervenciones que tienen un grado de recomendación A, es decir, el nivel de evidencia más alto, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados son: el EMOTION, la terapia de aceptación y compromiso, el modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems y el mindfulness; mientras que obtienen el grado B la terapia de activación conductual en grupo, el Super Skills for Life y el Protocolo Unificado aplicado a adolescentes y niños.

La pandemia de COVID-19, los cierres y los requisitos de distanciamiento físico asociados a ella hicieron que la atención telemática aumentara. Esto puso de manifiesto que la experiencia con las psicoterapias tiene una tendencia positiva, sin apenas problemas (Olivos, 2020). Como indica Martínez (2017), se hace necesario el desarrollo

de programas que aprovechen las nuevas tecnologías para poder acceder a esta población y ofrecerles contenidos de calidad que incidan en la prevención de los trastornos.

Durante la primera ola de la pandemia, la salud mental de la población infantojuvenil tuvo peores indicadores en comparación con el curso anterior. Se detectaron con mayor frecuencia síntomas emocionales, de conducta, trastornos del sueño y un uso problemático de pantallas (Gatell-Carbó et al., 2021). La edad no parece ser un predictor significativo de la sintomatología emocional, en contraste con el sexo, ya que las chicas alcanzan mayores puntuaciones en las dimensiones de estrés, depresión y ansiedad (Tamarit et al., 2020).

Unido a lo anterior, Orgilés et al. (2020), observaron que los niños que habían asistido al programa grupal *Super Skills for Life* un año antes del confinamiento, aplicaban todavía las estrategias aprendidas (entre ellas resolución de problemas, reestructuración cognitiva y educación emocional).

Por otro lado, al comparar la teleterapia con la terapia presencial, una revisión realizada por van Doorn et al. (2021) concluyó que las intervenciones preventivas de salud mental indicadas online para jóvenes con problemas emergentes de este tipo son prometedoras para reducir varias quejas de salud mental y aumentar los indicadores positivos, como el bienestar y la resiliencia. Además, se encontraron altos niveles de usabilidad y aceptabilidad.

En la misma línea, Antesberger et al. (2021), encontraron que la terapia en línea, mediante videoconferencias, era eficaz para reducir hasta un 78.9% de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adultos jóvenes. Según Doorn et al. (2021), muchos de los estudios preventivos realizados en línea muestran importantes deficiencias

metodológicas, ya que la investigación se ha centrado principalmente en categorías de diagnóstico específicas, lo que significa que hay una falta de enfoques transdiagnósticos.

En consecuencia, el objetivo principal del presente trabajo es comprobar la eficacia de la aplicación del UP-A mediante teleterapia grupal en el marco de un programa de prevención selectiva en una adolescente con sintomatología compatible con trastorno de ansiedad social.

Como objetivos específicos, se pretende: a) disminuir los niveles de ansiedad, en especial de ansiedad social; b) disminuir los problemas de conducta y regulación emocional; c) aumentar la resiliencia; d) mejorar la calidad de vida; y e) aumentar la flexibilidad cognitiva.



Método

Participante

Luisa (nombre ficticio) es una adolescente de 17 años, residente en un municipio de la Región de Murcia. Vive con sus padres y su hermana de 21 años. Actualmente está cursando 1º de Bachiller en un Instituto de Educación Secundaria.

En el momento previo a la intervención, marzo de 2021, Luisa afirmaba que tendía a darle demasiadas vueltas a las cosas y pensaba que le vendría bien que alguien pudiera guiarla. No realizaba ningún deporte ni actividad extraescolar y pasaba bastantes horas delante del ordenador y del móvil. Informaba ser un poco introvertida y esto le hacía pasar ratos desagradables en el instituto, tanto con profesores como con compañeros. En ese momento contaba con 16 años y cursaba 4º de la ESO.

Variables e instrumentos

Como estrategias de evaluación se emplearon la entrevista y los autoinformes. Se utilizó una entrevista semiestructurada, la cual permitía seguir un guion de preguntas, al mismo tiempo que se le daba a la adolescente la oportunidad de profundizar en aquellos temas más relevantes para ella. Fue un instrumento de vital importancia para poder recabar información de la adolescente en el momento previo y posterior a la intervención, y así poder valorar también los cambios cualitativos tras las sesiones de tratamiento.

Los autoinformes que se utilizaron aparecen a continuación:

- *KIDSCREEN-10 Index (Ravens-Sieberer et al., 2010).*

El índice KIDSCREEN-10 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en edades comprendidas entre 8 y 18 años. Fue desarrollado a partir del KIDSCREEN-27,

y sus 10 ítems proporcionan una consistencia interna de .82. Los análisis estadísticos muestran que es una prueba capaz de diferenciar entre grupos. Además, puede ser contestado en unos pocos minutos.

Consta de 8 ítems directos y 2 inversos, y sus puntuaciones oscilan entre 10 y 50. Los puntos de corte son diferentes según la edad. Los participantes de 8 a 13 años tienen el punto de corte en 40 o más y los de 14 años en adelante deben alcanzar al menos 42 puntos.

- *Escala Breve Revisada de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30) (Sandín et al., 2010).*

La escala RCADS-30 es una versión española reducida de la RCADS creada por Chorpita et al. (2000). Esta versión revisada introdujo la evaluación de la depresión, por su relación conceptual y clínica con la ansiedad. La técnica consume poco tiempo de aplicación y diagnostica la comorbilidad de ambos trastornos.

Una revisión sistemática señaló que la prueba, debido a sus propiedades psicométricas, es una de las medidas más utilizadas a nivel mundial para la evaluación de la ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Además, posee una consistencia interna total de .97 (Piqueras et al., 2017).

La RCADS-30 contiene seis subescalas, al igual que la original, repartidas en 30 ítems de puntuación directa. Las opciones de respuesta oscilan en una escala de 0 a 3, pudiendo alcanzar un máxima de 90 puntos y un mínimo de 0 puntos. Las subescalas de trastorno de pánico, depresión mayor y fobia social tienen un punto de corte de 5. En el trastorno de ansiedad de separación (TAS) el punto de corte es de 8, en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de 7 y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) el punto de corte se sitúa en 4. Una puntuación total de 24 sugiere la presencia de algún

tipo de trastorno de ansiedad, mientras que una puntuación de 29 o más sugiere un probable trastorno depresivo mayor (Piqueras et al., 2017).

- *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003).*

Se utilizó la escala CD-RISC10, la versión reducida de la escala original, que mide la resiliencia de forma global y contiene 10 de los 25 ítems iniciales. Los ítems son tipo Likert, con una escala de respuesta de 0 a 4, por lo que la máxima puntuación que se puede obtener es 40 y la mínima 0. Para hallar la puntuación hay que realizar la suma de los ítems y se interpreta que, a mayor puntuación, mayor medida global de resiliencia. Una puntuación de 35 o menos señalaría que hay riesgo de baja resiliencia, mientras que a partir de 36 puntos el sujeto mostraría una resiliencia adecuada.

Además, Notario-Pachecho et al. (2011), encontraron una la fiabilidad de la versión en español del CD-RISC de 10 ítems de .85, realizada con población española joven, entre 18 y 30 años (Notario-Pachecho et al., 2011) y de .87 con población con edades comprendidas entre 17 y 63 años (Soler, Meseguer y García, 2016).

- *Inventario de Disposición y Acción para Niños y Adolescentes (WAM-C/A) (Larson, 2008).*

Este inventario mide la disposición a aceptar y a estar en contacto con eventos y emociones que producen malestar y la tendencia a actuar en dirección a valores o metas vitales importantes. Nos aporta puntuaciones directas relacionadas con la flexibilidad psicológica. A mayor puntuación mayor disposición para afrontar eventos aversivos. Consta de 14 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos y se compone de dos subescalas: una de acción y otra de aceptación. La puntuación máxima la encontraríamos en 70 y la puntuación mínima en 14. El alpha de Cronbach, según la

versión original, es de .65. Este instrumento ha sido validado para población adolescente a partir de 12 años (Cobos et al., 2017).

- *Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2004).*

Esta escala ofrece una puntuación de las dificultades de estrategias de regulación emocional y consta de 36 ítems tipo Likert de 5 puntos, pudiendo alcanzar un mínimo de 36 puntos y un máximo de 180. Una mayor puntuación en este instrumento refleja una mayor dificultad en la regulación emocional. La consistencia interna total es buena (.93), al igual que la de sus seis subescalas: conciencia (.80), impulso (.86), no aceptación (.85), metas (.89), claridad (.84) y estrategias (.88). La versión para adolescentes de este instrumento es a partir de 12 años (Gómez-Simón, Penelo y de la Osa, 2014).

Procedimiento

Se implantó un programa grupal breve de 8 sesiones, una a la semana, mediante la adaptación de los módulos principales del UP-A original (Ehrenreich-May et al., 2017). Éste consta de 8 módulos principales y de un módulo adicional para padres, el cual puede ser utilizado en aquellos casos donde se requiera.

En general, la duración de las sesiones era de una hora, a excepción de la primera y la segunda. La primera sesión, la única individual, tuvo una duración aproximada de 20 minutos. La segunda tuvo una duración de hora y media. Posteriormente se hizo una evaluación posterior y un seguimiento de la paciente a los 4 meses (Tabla 1).

Tabla 1.*Cronograma de evaluaciones*

Evaluación	Fechas
Pre-test	16 de marzo de 2021
Post-test	15 de junio de 2021
Seguimiento	30 de octubre de 2021

Al ser un protocolo internacionalmente empleado, el cual requería de adaptación para realizarse de forma abreviada y mediante teleterapia, se realizó previamente una formación a cargo de Ehrenreich-May, creadora del protocolo, y su equipo. Esta formación fue recibida por profesores y alumnos de las universidades españolas participantes (Universidad de Jaén, Universidad Rovira i Virgili de Tarragona y Universidad Miguel Hernández de Elche). Los distintos departamentos de dichas universidades colaboraron juntas para poder captar a los adolescentes que más tarde participarían en el proyecto. El medio utilizado para las evaluaciones fue una plataforma online (LimeSurvey), donde los adolescentes y sus padres o tutores debían contestar los cuestionarios. Se dividió a los adolescentes en diferentes clasificaciones, dependiendo de las puntuaciones alcanzadas: población sin riesgo, selectiva, indicada o clínica. A algunos de los participantes del grupo de la población indicada, se les realizaba una entrevista diagnóstica individual (ADIS-V) para determinar si realmente presentaban síntomas (en ese caso se les daba la misma recomendación que a los clasificados como población clínica, acudir a un profesional de forma individual). Cuando no presentaban sintomatología, eran invitados a participar en el proyecto.

El programa general trabajaba diferentes áreas, como la motivación y autoeficacia, la conciencia de emociones, la evitación emocional, la flexibilidad cognitiva y las tendencias de acción desadaptativas (a través de exposición).

La intervención se llevó a cabo telemáticamente, mediante la aplicación Meet de Google. Para ello, se validó una cuenta de correo institucional de la UMH para realizar las salas de intervención PROCARE. Esta cuenta institucional contaba con licencia para privilegios completos y seguridad. A los adolescentes se les facilitaba mediante correo electrónico un enlace a la videollamada. Todos los terapeutas trabajaban desde el correo institucional de las universidades a las que pertenecían. El programa se realizó de forma grupal, agrupando a aquellos adolescentes con edades y características similares. Los grupos estaban compuestos entre 4-8 adolescentes. Dentro de uno de estos grupos se escogió a la adolescente de este trabajo. Se eligió a Luisa tanto por las características personales observadas en la entrevista, como por sus puntuaciones pre-test.

En cada una de las sesiones se procedía de forma similar, primero se repasaban las tareas para casa y se preguntaba por posibles dudas y, posteriormente, se trataban los objetivos de esa semana, finalizando con las tareas para casa. A continuación, se exponen las sesiones de forma más detallada:

Tabla 2.

Sesiones del tratamiento

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 0. Desarrollar y mantener la motivación (20 minutos).	<ol style="list-style-type: none">1. Dar información sobre los objetivos, estructura y normas del taller.2. Crear un clima de confianza que permita a la adolescente sentirse cómoda en los talleres.3. Explicar las metas SMART.	<p>Se llevó a cabo de forma individual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Informar sobre objetivos, estructura del programa y normas.- Establecer tiempo para dudas y preocupaciones.- Proporcionar información sobre las metas SMART (específica, medible, alcanzable, relevante y en un límite de tiempo) para identificar sus problemas principales.	<ul style="list-style-type: none">- Vídeo explicativo.- Establecer 3 metas SMART.

Tabla 2.

Continuación

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 1. Comprender tus emociones y comportamientos (90 minutos).	<p>1. Psicoeducación emocional:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aprender acerca de las emociones, sus funciones, su impacto en los comportamientos y las habilidades de identificación.- Introducir las tres partes de la experiencia emocional. <p>2. Hablar sobre el ciclo de la evitación.</p> <p>3. Aprender a dividir en partes su experiencia emocional identificando el “antes, durante y después” de la misma.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Lista de emociones para identificar los distintos componentes.- Explicación de las emociones y los tipos que existen (agradables y desagradables). A través de ejemplos se identificaron emociones y el comportamiento impulsado por estas.- Se introdujo la idea del desencadenante y los componentes de la emoción a través de ejemplos y la explicación del tornado de las emociones.- Se explicó el ciclo de la evitación y el impacto negativo a largo plazo.- Se le enseñó a dividir en tres partes sus experiencias emocionales a través de un autorregistro.	<ul style="list-style-type: none">- Autorregistro “antes, durante y después” para apuntar aquellas situaciones en las que tuviese emociones intensas.

Tabla 2.

Continuación

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 2. Introducción a los experimentos conductuales centrados en las emociones (60 minutos).	<p>1. Exponer los conceptos de acción opuesta (activación conductual) y experimentos conductuales centrados en las emociones.</p> <p>2. Identificar actividades agradables y que pueda realizar durante los experimentos conductuales centrados en las emociones.</p>	<p>- Se introdujo el concepto de acción opuesta a través de ejemplos que tenía que adivinar las acciones opuestas de cada emoción.</p> <p>- Se expuso la idea de experimentos conductuales centrados en emociones y cómo podíamos cambiar nuestro estado emocional a través de canciones.</p> <p>- Se formularon ejemplos de actividades placenteras.</p>	<p>- Realización de experimento conductual para cambiar su estado emocional.</p>

Tabla 2.

Continuación

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 3. Tomar conciencia de las sensaciones físicas (60 minutos).	<p>1. Describir el concepto de sensaciones físicas y su relación con las emociones intensas.</p> <p>2. Colaborar con la adolescente para identificar las sensaciones físicas que tiene durante las experiencias emocionales.</p> <p>3. Realizar exposiciones a las sensaciones físicas para aumentar su toma de conciencia de estas sensaciones.</p>	<p>- Se recordó las tres partes de una experiencia emocional y se señaló la física.</p> <p>- Se introdujo la respuesta fisiológica ante el miedo (respuesta de lucha o huida) y se identificaron las sensaciones físicas asociadas con todas las emociones.</p> <p>- Se hizo mediante un dibujo de un cuerpo humano en una “Jamboard”. Se le pidió que identificase las partes concretas en las que experimentase esas sensaciones.</p> <p>- Se le pidió que realizase experimentos conductuales (exposición ante una ilusión óptica, mover la cabeza de lado a lado, girar en la silla, etc. durante un tiempo) para exponerse a las sensaciones físicas.</p> <p>Cuando terminó, se usó el escáner corporal para ver cómo se siente su cuerpo y cómo disminuyen las sensaciones.</p>	<p>- Práctica de dos o tres exposiciones a sensaciones físicas.</p>

Tabla 2.*Continuación*

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 4. Ser más flexible en tu forma de pensar (60 minutos).	<p>1. Explicar el concepto de “pensar de forma flexible”: interpretaciones automáticas y alternativas.</p> <p>2. Enseñar las trampas de pensamiento más comunes.</p> <p>3. Explicar la habilidad de “pensar como un detective”.</p> <p>4. Explicar y asegurar la comprensión de la habilidad de resolución de problemas.</p>	<p>-Explicación del proceso de pensamiento automático usando imágenes de ilusiones ópticas.</p> <p>- Se explicó cómo nuestras emociones influyen en nuestras interpretaciones, dejando de ser tan flexibles.</p> <p>- Se definió el concepto de trampas de pensamiento con ejemplos propios, según el tipo de trampa: sacar conclusiones precipitadas, pensar en lo peor, ignorar lo positivo, etc. Se le hizo consciente de las trampas más comunes.</p> <p>- Se evaluó las interpretaciones que hacía como si fuese un detective a través de preguntas. Asimismo, decidió cómo de realistas o probables eran esas interpretaciones.</p> <p>- Se explicó los pasos a seguir en la resolución de problemas y se propuso un ejemplo siguiendo cada paso (definir problema, identificar soluciones, pros y contras, escoger la mejor solución y ponerla a prueba).</p>	- Resolver una situación a través de los pasos de la resolución de problemas.

Tabla 2.*Continuación*

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 5. Tomar conciencia de las experiencias emocionales (60 minutos).	1.Explicar los fundamentos de la habilidad “conciencia centrada en el presente” y practicar actividades relacionadas con esta habilidad durante la sesión.	- Psicoeducación de la “conciencia centrada en el presente”, el “piloto automático” y los tres pasos a seguir (observar, describir y experimentar). Además, se realizó un ejercicio centrando la atención un minuto en cada uno de nuestros sentidos para poner en común lo que antes pasaba desapercibido.	- Practicar la conciencia centrada en el presente sin juzgar en alguna situación. Además, tenía que escribir lo que había observado, describirlo y escribir lo que había experimentado.
	2.Explicar los fundamentos de la habilidad “conciencia sin juzgar” y practicar actividades relacionadas con esta habilidad.	- Se explicó la “conciencia sin juzgar” a través de ejemplos con nosotros mismos y sobre los demás. Para finalizar, se hizo una práctica de mindfulness para practicar. (Ejercicio del barquito en el río).	
	3.Explicar los ejercicios de exposición a las emociones y practicar la “conciencia centrada en el presente” y la “conciencia sin juzgar” identificando y analizando comportamientos de evitación sutiles que realice.	- Se le animó a ser más consciente de sus experiencias emocionales, exponiéndose a ellas sin juzgar y con la conciencia centrada en el presente.	

Tabla 2.*Continuación*

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 6. Exposición a las situaciones emocionales (60 minutos).	1. Revisar las habilidades aprendidas previamente. 2. Practicar el afrontamiento de situaciones en las que la adolescente previamente ha utilizado comportamientos emocionales desadaptativos, animándole a monitorizar sus reacciones emocionales en esas situaciones.	-Mediante una caja de estrategias emocionales fuimos diciendo en grupo qué significaba cada habilidad que habíamos aprendido. -Realización de formulario de comportamientos emocionales (situación, comportamiento emocional, emoción 0-10 y estrategia) -Psicoeducación de la exposición y el mecanismo de habituación a través de ejemplos. -Explicación de la exposición gradual a través de una escalera (5 escalones), en los que cada uno de ellos son un paso para conseguir la exposición final. Además, se expusieron los reforzadores que podía utilizar como premio cada vez que suba un escalón.	- Hacer su propia escalera de exposición con los pasos a seguir y practicarlos poco a poco con recompensas internas.

Tabla 2.

Continuación

Sesiones	Objetivos	Desarrollo	Tareas para casa
Sesión 7. Revisar los logros y mirar hacia el futuro. (60 minutos).	1. Revisar las habilidades que han sido más útiles para la adolescente. 2. Reflexionar sobre los progresos conseguidos. 3. Hacer un plan postratamiento para prevenir las recaídas.	- Se marcó el objetivo de exposición de la sesión anterior y se preguntó en qué situaciones futuras podría utilizar las estrategias aprendidas. - Se recabó información acerca de qué le frenaba a usar alguna técnica. - Se incidió en qué cosas o situaciones le eran más fáciles o difíciles de gestionar después de los talleres. - Se debatió sobre las diferencias ahora y antes de sus reacciones ante emociones intensas. - Se dio información sobre la montaña rusa emocional y las expectativas para validar las emociones intensas. - Se propusieron tres pasos para tener planes de futuro: darse cuenta de cuándo estás sintiendo una emoción intensa, identificar las habilidades de utilidad y hacer un plan para aplicarlas.	

Tipo de diseño

El diseño utilizado es de caso único (N=1), empleando una evaluación pre-tratamiento, postratamiento y un seguimiento a los cuatro meses para medir los cambios producidos en la adolescente tras su participación en los talleres del protocolo unificado para adolescentes.

Análisis estadísticos

Por su parte, para poder comprobar si los cambios producidos en los autoinformes eran significativos se utilizó el índice de Cambio Fiable (ICF) (Jacobson y Truax, 1991) y el porcentaje de mejora (Ostelo et al., 2008).

Por un lado, el ICF nos informa de la magnitud del efecto alcanzado entre las puntuaciones del sujeto, teniendo en cuenta la precisión del instrumento y la variabilidad de puntuaciones dentro del grupo normativo, pudiendo así hallar si hay o no cambios significativos. Existen dos tipos de cambios significativos, el cambio clínico significativo y el cambio significativo. Para poder hablar del primer caso, en el post-test el sujeto debe puntuar por debajo del punto de corte y la magnitud del cambio debe ser significativa. Por su parte, tendríamos un cambio significativo cuando el resultado es estadísticamente significativo, pero la puntuación está por debajo del punto de corte. Además, también podemos hablar de cambios funcionales, es decir, la persona puntúa por debajo del punto de corte, pero no hay significación estadística.

Por otro lado, el porcentaje de mejora nos informa del cambio que hay entre distintos momentos de medición. Según Ostelo et al. (2008), a partir del 30% podría considerarse un punto aceptable de cambio.

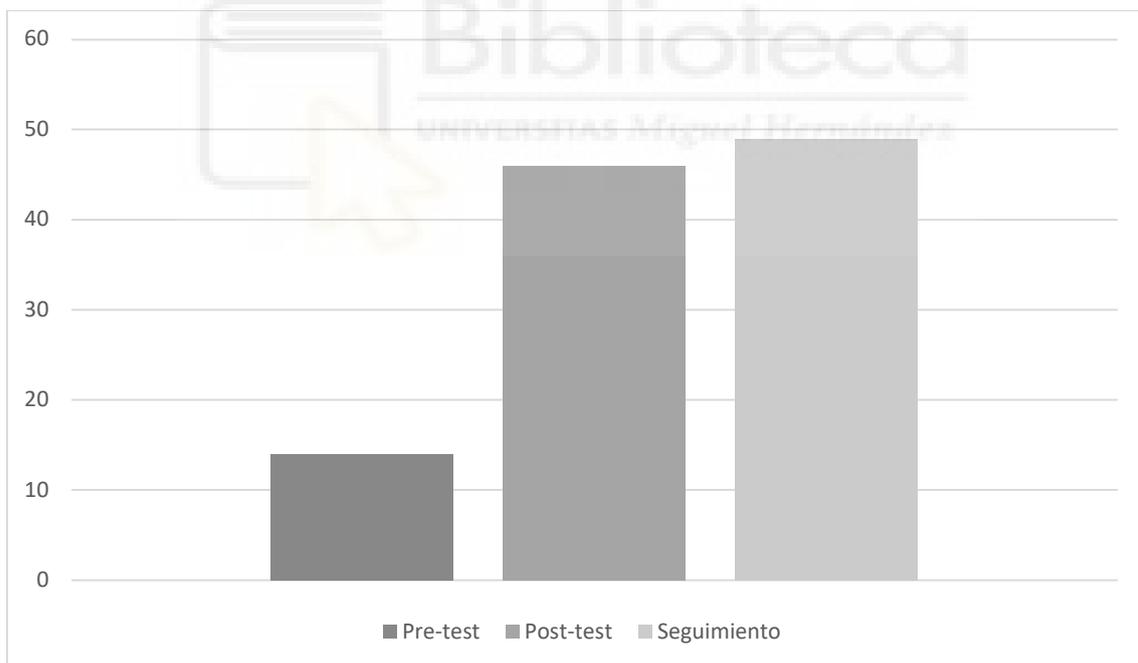
Resultados

Para poder evaluar los cambios producidos realizamos una comparativa entre las puntuaciones pre-test, post-test y seguimiento de los cuestionarios, además de calcular el índice de cambio fiable (ICF) (Jacobson y Truax, 1991) y el porcentaje de mejora (Ostelo et al., 2008). Estos datos se pueden observar posteriormente en la Tabla 3.

En el índice KIDSCREEN-10 se observó que la puntuación alcanzada antes de la terapia era de 14, superando el punto de corte (menos de 42 puntos). En las mediciones posteriores la calidad de vida se ve aumentada (Figura 1).

Figura 1.

Puntuaciones en el Índice KIDSCREEN-10



En lo referente a la Escala Breve Revisada de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30), en la Figura 2 queda reflejado que en el momento previo a la intervención la puntuación era de riesgo (29), pero después mejora notablemente.

Respecto a las subescalas de la RCADS-30 (Figura 3), la fobia social en el pre-test habría superado el punto de corte (5). El trastorno de ansiedad por separación se mantuvo en 0 en todas las medidas. El trastorno de pánico ha disminuido a 0 en el momento post-test, puntuación que se ha mantenido hasta el momento del seguimiento. En las subescalas depresión y ansiedad generalizada hay un aumento de un punto entre puntuaciones post-test y seguimiento.

Figura 2

Puntuaciones en la escala RCADS-30

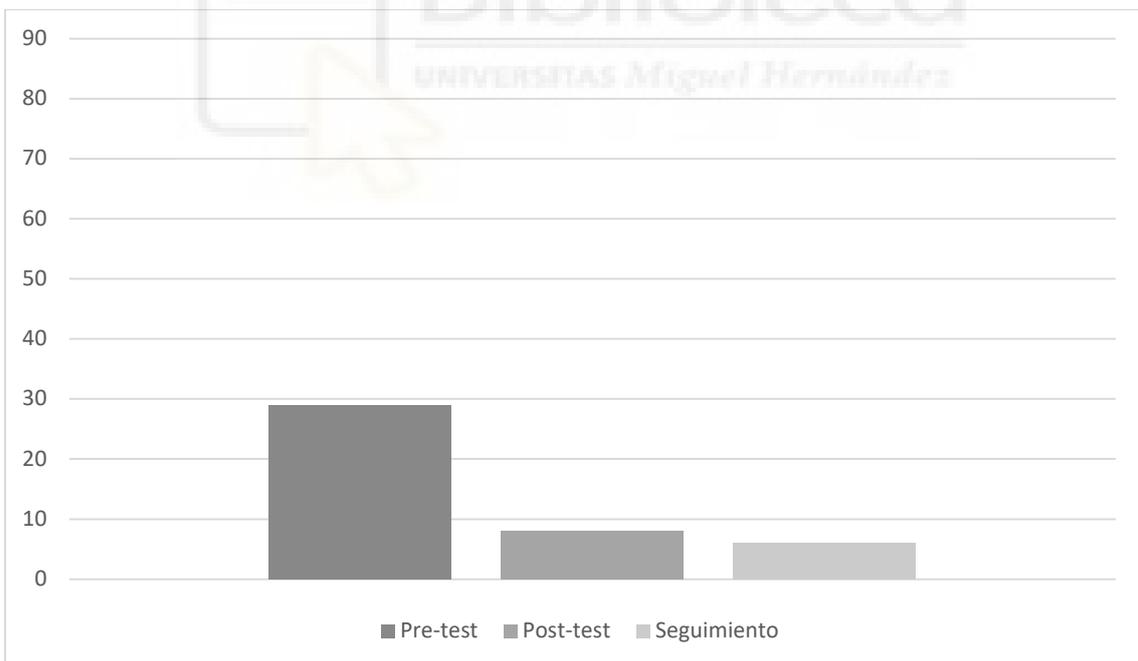
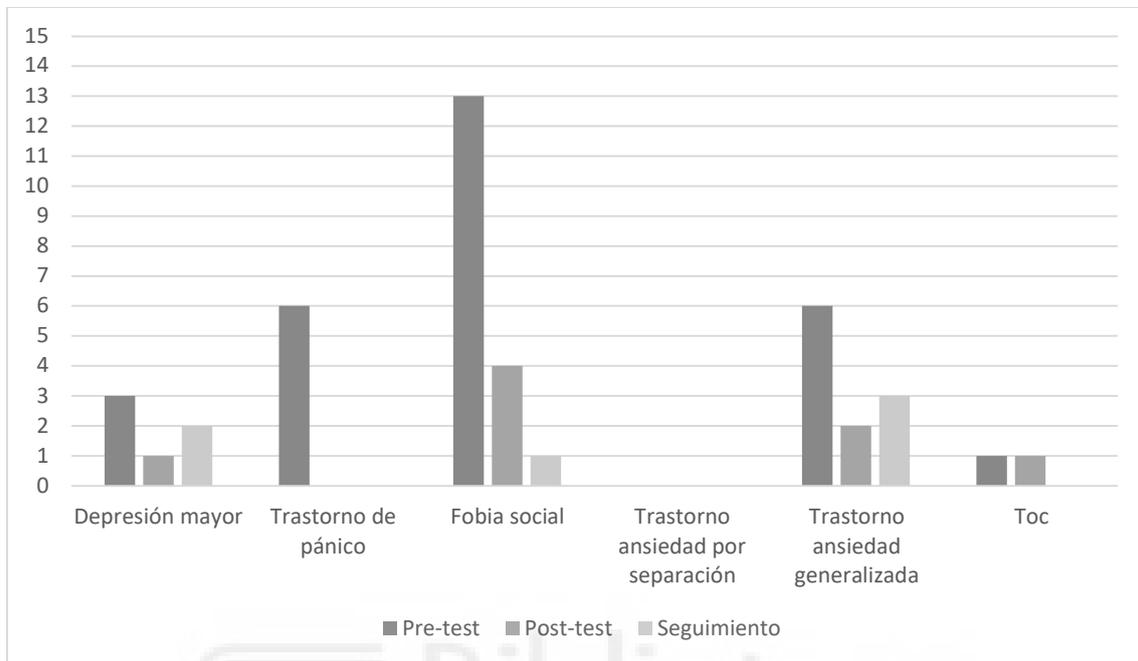


Figura 3.

Puntuaciones en las Subescalas de la RCADS-30



En la Figura 4 podemos observar que en la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC10) las puntuaciones estaban por debajo del punto de corte (35 o menos), tanto en el pre-test como en el post-test, mientras que en el seguimiento la puntuación obtenida reflejaría una buena resiliencia. Es decir, la resiliencia de la persona habría ido aumentando a lo largo del tiempo.

Figura 4.

Puntuaciones en la escala CD-RISC10

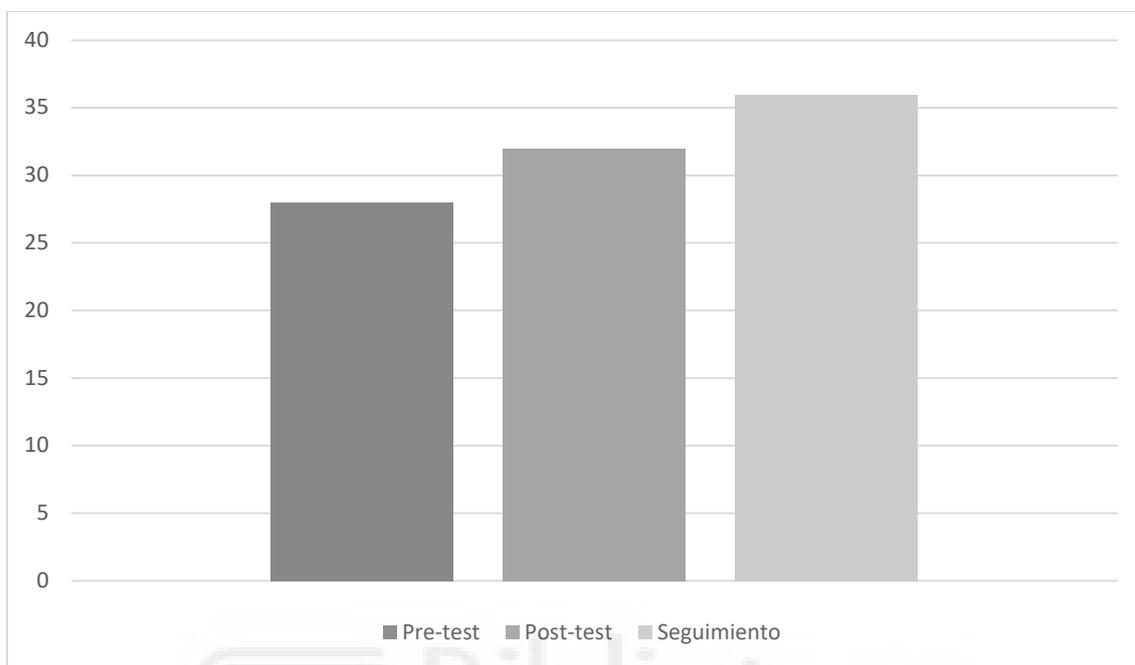
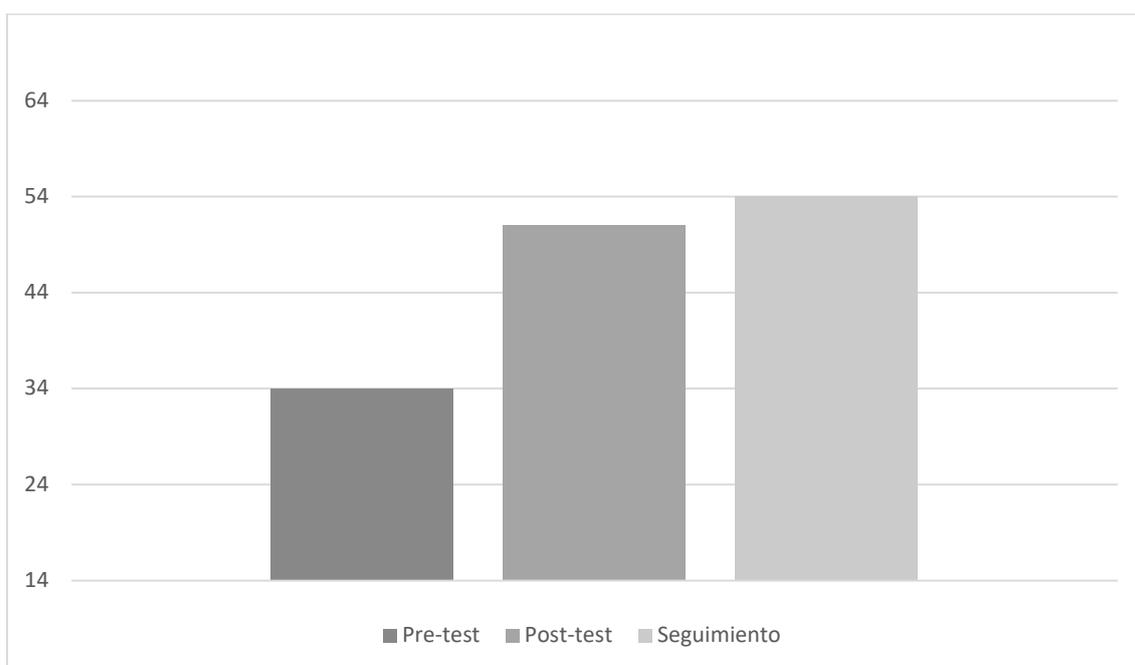


Figura 5.

Puntuaciones en el Inventario WAM-C/A

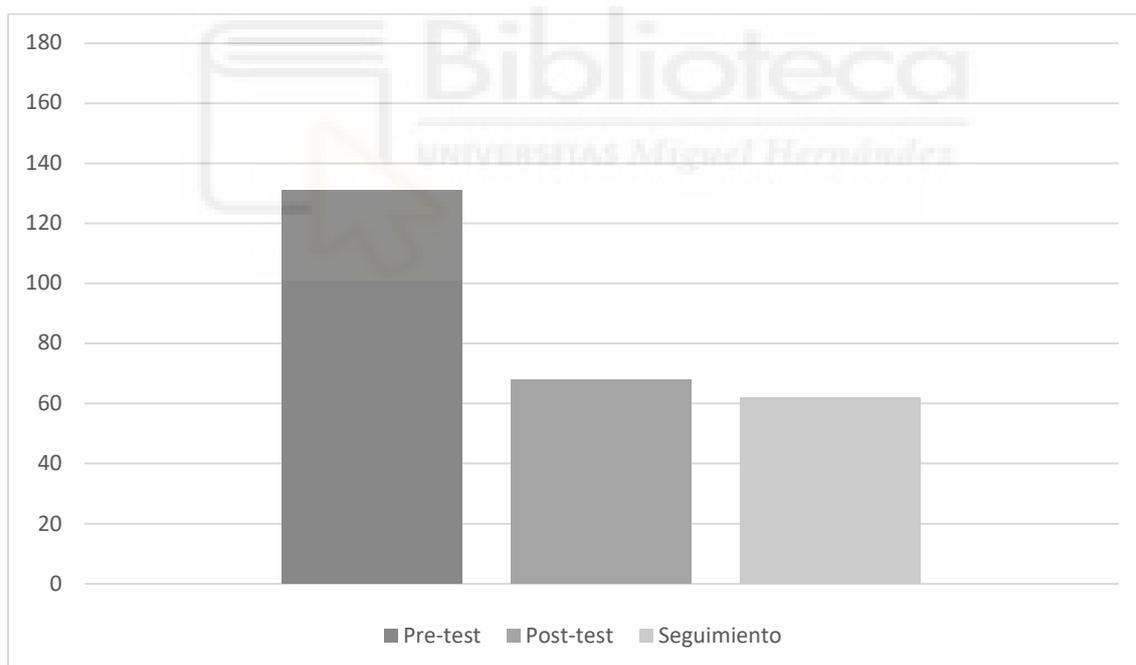


Por otro lado, en la Figura 5 se observa una clara diferencia entre las cifras alcanzadas en el Inventario de Disposición y Acción para Niños y Adolescentes (WAM-C/A) entre el momento previo y el momento posterior a la intervención, con un aumento de las puntuaciones en flexibilidad psicológica.

En lo referente a la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS), el cambio más notable lo hallamos en los valores de la puntuación total (Figura 6). Este valor contempla la suma de sus subescalas (conciencia, impulso, no aceptación, metas, claridad y estrategias) y se traduciría en una mejora en la regulación emocional.

Figura 6.

Puntuaciones en la Escala DERS



En la Tabla 3, se puede apreciar que hay cambios clínicamente significativos en la escala KIDSCREEN-10 y en la RCADS-30, en la subescala de fobia social. Esto es, además de las cifras halladas en el ICF, las puntuaciones directas obtenidas por la adolescente estaban por debajo del punto de corte. Por su parte, podemos hablar de

cambios significativos en las subescalas de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y en la escala total del cuestionario RCADS-30.

En la escala KIDSCREEN-10, observamos el porcentaje de mejora más elevado, en las tres medidas es superior al 100%. No obstante, en casi todos los casos el porcentaje de mejora es superior al 30%, lo que reflejaría que los cambios son aceptables. Es destacable el 100% obtenido en la prueba RCADS-30, en las subescalas de pánico y TOC, además del porcentaje de mejora del 92.31% obtenido en fobia social entre las mediciones pre-test y seguimiento.

Siguiendo con la escala RCADS-30, en la subescala trastorno de ansiedad por separación (TAS), no hallamos cambios, puesto que desde un inicio la adolescente obtuvo la puntuación más baja posible.

Las puntuaciones alcanzadas en el cuestionario CD-RISC10 reflejan un cambio funcional, puesto que la puntuación superó el punto de corte establecido, pero el ICF no relata cambios significativos y el porcentaje de mejora no alcanza el 30%.

En las escalas WAM-C/A y DERS encontramos puntuaciones significativas en ambas para las mediciones pre-test y post-test y pre-test y seguimiento. En esta última escala encontramos significación también en las subescalas conciencia, no aceptación, metas y estrategias. No podemos hablar de cambios clínicamente significativos en estos cuestionarios, puesto que no existe un punto de corte para ninguno de ellos. Además, hallamos porcentajes de mejora aceptables para ambos tests, a excepción de la subescala claridad, que los porcentajes son menores al 30%.

Tabla 3.*Puntuaciones directas, ICF y porcentajes de mejora*

	PD Pre-test	PD Post-test	PD Seg.	ICF	Sig. (p<0.05)	Porcentaje Mejora (%)
KIDSCREEN-10				T1-T2: 7.763	Sí	T1-T2: 228.57
	14	46	49	T2-T3: 0.728	No	T2-T3: 106.52
				T1-T3: 8.491	Sí	T1-T3: 250
Depresión	3	1	2	T1-T2: -1.348	No	T1-T2: 66.67
				T2-T3: -0.674	No	T2-T3: -100
				T1-T3: -0.674	No	T1-T3: 33.33
RCADS-30	13	4	1	T1-T2: -5.146	Sí	T1-T2: 69.23
				T2-T3: -1.715	No	T2-T3: 75
				T1-T3: -6.861	Sí	T1-T3: 92.31
Pánico	6	0	0	T1-T2: -4.454	Sí	T1-T2: 100
				T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0
				T1-T3: -4.454	Sí	T1-T3: 100

Tabla 3.*Continuación*

				T1-T2:0.000	No	T1-T2: 0
TAS	0	0	0	T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0
				T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 0
				T1-T2: -3.057	Sí	T1-T2: 66.67
TAG	6	2	3	T2-T3: 0.764	No	T2-T3: 50
				T1-T3: -2.292	Sí	T1-T3: 50
				T1-T2: 0.000	No	T1-T2: 0
TOC	1	1	0	T2-T3: 0,645	No	T2-T3: 100
				T1-T3: -0.645	No	T1-T3: 100
				T1-T2: -7.801	Sí	T1-T2: 72.42
Total	29	8	6	T2-T3: -0.743	No	T2-T3: 25
				T1-T3: -8.544	Sí	T1-T3: 79.31

Tabla 3.*Continuación*

					T1-T2: 0.795	No	T1-T2: 14.28
	CD-RISC10	28	32	36	T2-T3: 1.590	No	T2-T3: 12.50
					T1-T3: 0.795	No	T1-T3: 28.57
	WAM-C/A	34	51	54	T1-T2: 2.106	Sí	T1-T2: 50
					T2-T3: 0.372	No	T2-T3: 5.88
					T1-T3: 2.477	Sí	T1-T3: 58.82
	Conciencia	22	12	15	T1-T2: -3.294	Sí	T1-T2: 83.33
					T2-T3: 0.988	No	T2-T3: 20
					T1-T3: -2.306	Sí	T1-T3: 31.82
DERS					T1-T2: -2.407	No	T1-T2: 53.33
	Impulso	15	7	7	T2-T3: -2.407	No	T2-T3: 0
					T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 53.33

Tabla 3.*Continuación*

				T1-T2: -4.877	Sí	T1-T2: 66.67
No aceptación	24	8	7	T2-T3: -0.305	No	T2-T3: 12.50
				T1-T3: -5.182	Sí	T1-T3: 70.83
				T1-T2: -1.656	No	T1-T2: 16
Metas	25	21	14	T2-T3: -2.898	Sí	T2-T3: 33.33
				T1-T3: -4.554	Sí	T1-T3: 44
				T1-T2: -1.319	No	T1-T2: 23.08
Claridad	13	10	10	T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0
				T1-T3: -1.319	No	T1-T3: 23.08
				T1-T2: -7.962	Sí	T1-T2: 68.75
Estrategias	32	10	9	T2-T3: -0.362	No	T2-T3: 10
				T1-T3: -8.324	Sí	T1-T3: 71.88
				T1-T2: -7.447	Sí	T1-T2: 48.10
Total	131	68	62	T2-T3: -0.709	No	T2-T3: 9.67
				T1-T3: -8.156	Sí	T1-T3: 52.67

Discusión

En el presente trabajo se planteó disminuir la sintomatología emocional en una adolescente con sintomatología principal de trastorno de ansiedad social mediante la aplicación de una intervención preventiva mediante teleterapia basada en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Adolescentes (UP-A).

Según los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento, se observa un descenso en el riesgo de desarrollar un problema emocional futuro. Todo esto refleja que la intervención ha sido favorable, pudiendo afirmar así que el UP-A (Ehrenreich-May et al., 2017) es un programa útil para este tipo de casos.

Se cumplieron todos los objetivos propuestos, es decir, la adolescente obtuvo un descenso en sus niveles de ansiedad, en los problemas relacionados con la conducta y la regulación emocional, un aumento en su resiliencia y en su flexibilidad cognitiva y calidad de vida. Este hecho estaría en sintonía con lo que señalaron González et al. (2018), pues los modelos transdiagnósticos serían útiles para diversas problemáticas, ya que comparten procesos y variables.

En cuanto a la ansiedad (observada en el RCADS-30), podemos observar que disminuyó notablemente, pasando de un nivel considerado de riesgo a un nivel aceptable, y encontrando un cambio clínico significativo según el Índice de Cambio Fiable (ICF) (Jacobson y Truax, 1991) y los porcentajes de mejora (Ostelo et al., 2008). Estos datos coinciden con otros estudios que han empleado estos indicadores (Ingul, Aune y Nordahl, 2014; Sanz y García-Vera, 2015; Servera, Saéz y Gelebert-Mir, 2020).

En el momento del seguimiento, tanto la depresión como la ansiedad generalizada habían aumentado un punto respecto al momento de finalización del tratamiento. Esto podría explicarse por un efecto consistente en que cuando la intervención es corta y/o de carácter preventiva y se centra en la conciencia y regulación emocional puede provocar a corto plazo cierto empeoramiento o un cambio nulo en las variables de ajuste emocional, debido a una mayor conciencia de sus estados afectivos internos, pero a largo plazo la tendencia debería ser hacia un reajuste en el sentido de cambios positivos (Ahlen et al., 2018; García-Escalera et al., 2019). Este tipo de programas debe considerarse como un proceso que necesita tiempo para que se noten los avances y cambios. Además, la autoconciencia aumenta con el entrenamiento adecuado y el propio proceso de desarrollo personal y está asociada a una mayor percepción de los propios sentimientos y estados internos, que antes podían pasar desapercibidas. Por ello, el UP-A incluye diferentes técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual, así como otras técnicas basadas en estrategias de regulación emocional y técnicas de conciencia emocional (Aldao, 2012; Sloan et al., 2017).

Por otro lado, el inicio del nuevo curso académico también podría interferir en su sintomatología emocional, ya que Luisa manifestaba sentirse más tranquila cuando no tenía a los compañeros y profesores cerca. Este aumento estaría en consonancia con lo que afirmaban Czernik et al. (2006), cuando los niveles de ansiedad aumentan, las otras afecciones comórbidas pueden aumentar también.

El cambio más destacable lo podemos encontrar en la subescala de fobia social, ya que descendió de una puntuación de riesgo (13) a una puntuación de 1 en el momento del seguimiento, habiéndose producido una mejora del 92.31% entre ambos momentos. En concordancia con lo expuesto, tanto en el momento de finalizar el tratamiento como en el período posterior, la adolescente verbalizaba mejorías en su

sintomatología ansiosa (hablaba y participaba en clase, mantenía conversaciones con mayor fluidez, etc.). Todo ello ponía de manifiesto que, al facilitar herramientas para solucionar un problema central de la persona, los demás problemas se pueden tratar con las mismas técnicas, añadiendo cambios según las circunstancias personales (Weisz y Kazdin, 2017).

Respecto a las dificultades en regulación emocional, podemos afirmar que disminuyeron, puesto que las puntuaciones de la escala DERS así lo reflejan y Luisa así lo expresó en la entrevista de seguimiento, afirmando que al acabar el tratamiento se había distanciado de aquellas amistades que le afectaban negativamente. La única subescala que aumentó en el seguimiento fue la conciencia, lo cual puede ser debido a que ella informaba que los talleres le habían hecho ver la necesidad de tener herramientas psicológicas y de tomar decisiones por ella misma (García-Escalera et al., 2019).

Por último, la flexibilidad psicológica, la calidad de vida y la resiliencia también aumentaron. Esta última no obtuvo cambios significativos, pero la adolescente pasó de una puntuación de riesgo a una puntuación final adecuada en la escala CD-RISC10. La calidad de vida se incrementó de forma destacable, hallando significación en los cambios y los porcentajes de mejora más elevados, en comparación con los demás instrumentos. Los datos anteriores se pueden explicar por la mejora en las variables medidas, puesto que todas ellas interfieren en el aumento de calidad de vida (Crisp et al., 2014). Además, según Pérez-Edgar y Fox (2005), si se refuerza la resiliencia en las intervenciones preventivas los adolescentes pueden hacer frente a multitud de situaciones.

A la vista de los resultados, podemos interpretar que la teleterapia es válida, al igual que la terapia presencial, y en jóvenes es capaz de reducir visiblemente síntomas

de depresión, ansiedad y estrés (Antesberger et al., 2021). Además, la adherencia al tratamiento y la motivación en población infanto-juvenil es mayor (Flujas-Contreras et al., 2017). Unido a esto, según O'Mahen et al. (2014), las mujeres logran más beneficios que los hombres mediante el tratamiento en línea, lo cual podría haber influido en los resultados.

En líneas generales, la mejora fue clínicamente significativa, como era previsible al ser un caso de prevención selectiva (Stockings et al., 2016), y el uso de la teleterapia pudo ser una ayuda de este resultado, ya que pueden reducir quejas de salud mental y aumentar el bienestar y la resiliencia (Doorn et al., 2021).

Entre las limitaciones de este trabajo destacamos el tiempo de intervención, algo insuficiente, teniendo en cuenta que el protocolo original UP-A está ideado para realizar entre 12 y 21 sesiones (Ehrenreich-May et al., 2017). Otras limitaciones podrían ser la terapia en grupo, puesto que había que repartir el tiempo entre los demás participantes, y la posible falta de privacidad cuando están los convivientes en casa. Además, al ser un estudio de caso único los resultados no se pueden considerar como muestra de eficacia, para lo que sería necesario realizar Ensayos Clínicos Aleatorizados.

Como sugerencias, proponemos trabajar algunas problemáticas en mayor profundidad, como el pánico, el autoconcepto y la autoestima, la asertividad o los hábitos de vida saludables.

Estudios ulteriores deberían considerar la posibilidad de realizar la intervención de forma presencial y de hallar un instrumento para medir la variable flexibilidad psicológica con una mayor consistencia interna.

Referencias

- Ahlen, J., Hursti, T., Tanner, L., Tokay, Z., & Ghaderi, A. (2018). Prevention of anxiety and depression in Swedish school children: A cluster-randomized effectiveness study. *Prevention Science, 19*(2), 147–158. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0821-1>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 261-277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>.
- Antesberger, S., Blum, T., Böswald, R., Brandl, H. M., Brenzinger, N., Bunk, X., Carr, S., Gans, J., Gieg, R., Hainke, L., Hildebrand, J., Hulaj, D., Kemmer, N., Kustermann, J., Martin, H., Moll, J., Moultrie, J., Müller, A., Nafziger, C., ...Knolle, F. (2021). The need for accessible mental health interventions for young adults in the COVID-19 pandemic: A student psychologists' perspective and rapid systematic review. *PsyArXiv, 9*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fw78q>
- Chorpita. B. F., Yim. L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & 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*(8), 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Cobos, L., Fluja, J., Martínez, R. y Gómez, I. (2017). Validación piloto del Inventario de Aceptación y Acción para Niños y Adolescentes (WAM-C/A), en José P. Espada y María T. González (Coomp.), *Book of Abstracts of 3rd International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents*. Editorial Pirámide, 182. Editorial Pirámide.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Crisp, D., Griffiths, K., Mackinnon, A., Bennett, K., & Christensen, H. (2014). An online intervention for reducing depressive symptoms: Secondary benefits for self-esteem, empowerment and quality of life. *Psychiatry Research, 216*(1), 60–66. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.041>
- Czernik, G. E., Dabski, M. F., Canteros, J. D. y Almirón, L. M. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la Vía Catedra de Medicina, 162*, 1-4.
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. R., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child & Family Behavior Therapy, 31*(1), 20-37. <https://doi.org/10.1080/07317100802701228>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2017). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents: Workbook*. Oxford University Press.
- Evans, S. C., & Santucci, L. (2021). A modular, transdiagnostic approach to treating severe irritability in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 30*(3), 623-636.

- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K., & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(3), 255. <https://doi.org/10.1037/ccp0000456>
- Flujas-Contreras, J., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C. & Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4*(3), 17-25.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A.V., Priede, A., González-Blanch, Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ...Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para la Infancia y Adolescencia: Estado de la Cuestión. *Psicothema, 33*(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Valiente, R. M. (2019). An open trial applying the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based prevention program. *Child & Youth Care Forum, 48*(1), 29-53. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9471-0>
- Gatell-Carbó, A., Alcover-Bloch, J. E., Balaguer-Martínez, J. V., Pérez-Porcuna, T., Esteller-Carceller, M., Álvarez-García, P., & Fortea-Gimeno, E. (2021). Estado de la salud mental infantojuvenil durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19 y en el inicio del curso escolar 2020-2021. *Anales de Pediatría, 95*(5), 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.08.008>.

- Gómez-Simón, I., Penelo, E. y De la Osa, N. (2014). Estructura factorial e invariancia de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en adolescentes españoles. *Psicothema*, 26(3), 401-408.
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 145-166.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1), 41-54.
- Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2014). A Randomized Controlled Trial of Individual Cognitive Therapy, Group Cognitive Behaviour Therapy and Attentional Placebo for Adolescent Social Phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(1), 54-61. <https://doi.org/10.1159/000354672>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Larson, C. M. (2008). A Revision of the Willingness & Action Measure for Children and Adolescents (WAM-C/A). *University of North Texas*.
- Martínez, M. (2017). Programa Gestion@: programa psicoeducativo en línea para adolescentes con elevada ansiedad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 46-52.

- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, *40*(10), 1647-1658.
- Mingote, J. C., Gálvez, M., Pino, P. y Gutiérrez, M. D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *55*(214), 41-63. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2009000100004>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vicaiño, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*, *5*(9), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine*, *44*(8), 1675–89. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002092>
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. *JAMA Psychiatry*, *71*, 81-90.
- Olivos, P. (2020). Intimidación en la relación terapéutica en tiempos de crisis. *Psiquiatría y Salud Mental*, *1*(2), 32-42.
- Orgilés M., Espada, J. P., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Morales, A. (2021). Anxiety and Depressive Symptoms in Children and

Adolescents during COVID-19 Pandemic: A Transcultural Approach. *Psicothema*, 33(1), 125-130. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287>

Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How super skills for life may help children to cope with the covid-19: psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 88-93. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2048>

Ostelo, R. W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., & de Vet, H. C. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31815e3a10>

Pérez-Edgar, K. y Fox, N. A. (2005). Temperament and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 681-706.

Piqueras, J. A., Pineda, D., Martín-Vivar, M., & Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 183-196. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.19332>

Polanczyk, G. V., Salum, G.A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345-365.

Queen, A. H., Barlow, D. H., & Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic

treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 511-521.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Wolfgang, D., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2010) Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and healthrelated quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487-500.
<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>

Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., & Chorpita, B. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>

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.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4078>

Sandín, B., Valiente R. M. y Chorot, P. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>

Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26(3), 167-180.

- Servera, M., Saéz, B., & Gelebert-Mir, J. M. (2020). Feasibility of a virtual reality program to treat children with fear of darkness with nonexpert therapists. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 16-21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.2>
- Sloan, E., hall, K., moulding, R., bryce, S., 45ildred, h., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Soler, M. I., Meseguer de Pedro, M. y García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 159-166.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11-26.
- Tamarit, A., de la Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Spanish adolescents: risk and protective factors of emotional symptoms. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73-80. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2037>
- Valle, M., Betegón, E., & Irurtia, M. J. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Revista*

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Editorial Guilford Press.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>

World Bank (2007). *World development report 2007: Development and the Next Generation*. Editorial World Bank. <https://doi.org/hdl.handle.net/10986/5989>

World Health Organization (2016). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return*. <https://www.who.int/news/item/13-04-2016-investing-in-treatmentfor-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Zakaria, S., Sasagawa, S., & Essau, C. A. (2021). Exploring the impact of a transdiagnostic cognitive behavioural therapy-based intervention on a group of Malaysian adolescents with problematic drug use and emotional problems. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100381>

ANEXO



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 21 de octubre del 2021

Nombre del tutor/a	Jose Antonio Piqueras Rodríguez
Nombre del alumno/a	Almudena Andreu Cerdá
Tipo de actividad	Adherido a proyecto
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Eficacia de un protocolo unificado on-line para prevenir problemas emocionales en adolescentes. Estudio de caso.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	211020184639
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.JAPR.AAC.211020
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Eficacia de un protocolo unificado on-line para prevenir problemas emocionales en adolescentes. Estudio de caso.** ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos **médicos** periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

