



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

Curso 2022 - 2023

Trabajo Fin de Máster

**Intervención en una niña de 12 años con sintomatología ansioso  
depresiva.**

Autora: María Caterina Rives Molina

Tutora: María José Quiles Sebastián

Código oficina de investigación responsable: TFM.MPG.MJQS.MCRM.221224

Convocatoria: septiembre 2023

## Resumen

La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 10 - 20% de los adolescentes han experimentado algún trastorno mental, siendo la ansiedad infantojuvenil uno de los más frecuentes (OMS, 2020). El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en una adolescente de 12 años con altas capacidades y sintomatología ansioso depresiva. La evaluación y aplicación se llevó a cabo durante 14 sesiones, a razón de 1 sesión por semana de 1 hora y media de duración y finalizó con 3 sesiones de seguimiento. Para la evaluación se realizaron entrevistas semiestructuradas tanto a los padres como la participante y se emplearon los autoinformes Inventario de Depresión Infantil y Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de niños, para evaluar síntomas de depresión y ansiedad. También se evaluaron otras variables a través de Escala Autoestima de Rosenberg, Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación infantil, Inventario de Asertividad de Rathus y Escala de habilidades sociales. La intervención consistió en psicoeducación emocional, respiración diafragmática y relajación en imaginación, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. Los resultados sugieren que la intervención fue eficaz, consiguiendo disminuir los síntomas ansioso depresivos y mejorando el: estado de ánimo, habilidades sociales, resolución de problemas, clima familiar, hábitos de sueño, reestructuración cognitiva y control de conductas autolesivas, evitativas e impulsivas. En conclusión, la selección de estrategias basadas en TCC como tratamiento fue eficaz para la sintomatología de ansiedad y depresión de una niña con altas capacidades.

*Palabras clave:* depresión, ansiedad, altas capacidades y tratamiento cognitivo conductual.

## Abstract

The World Health Organization estimates that between 10-20% of adolescents have experienced some mental disorder, being childhood and youth anxiety one of the most frequent (WHO, 2020). The main objective of this study was to evaluate the efficacy of a cognitive-behavioral intervention in a 12-year-old adolescent girl with high abilities and anxious-depressive symptomatology. The evaluation and application was carried out during 14 sessions, at a rate of 1 session per week of 1 hour and a half of duration and ended with 3 follow-up sessions. For the evaluation, semi-structured interviews were conducted with both the parents and the participant, and the Child Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Questionnaire for children were used to evaluate symptoms of depression and anxiety. Other variables were also evaluated through the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Multifactorial Self-Assessment Test of Childhood Adjustment, the Rathus Assertiveness Inventory and the Social Skills Scale. The intervention consisted of emotional psychoeducation, diaphragmatic breathing and imaginative relaxation, behavioral activation, social skills training, cognitive restructuring and problem solving. The results suggest that the intervention was effective, reducing anxious-depressive symptoms and improving mood, social skills, problem solving, family climate, sleep habits, cognitive restructuring and control of self-injurious, avoidant and impulsive behaviors. In conclusion, the selection of CBT-based strategies as a treatment was effective for the anxiety and depression symptomatology of a girl with high abilities.

Key words: depression, anxiety, high abilities and cognitive behavioral treatment.

La etapa infantojuvenil es un momento muy importante en la vida de los niños/as pues desarrollan su control emocional en forma de cogniciones y pensamientos conscientes (Fernández-Martínez, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS,2020) estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes han experimentado algún trastorno mental, con la dificultad de que estos no se han diagnosticado ni tratado adecuadamente. Por ello se considera que tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades mentales en esta etapa serían fundamentales para tener una vida sana en la actualidad y en la etapa adulta (OMS, 2020). La adolescencia es un periodo bastante desafiante en la vida debido a la variedad de cambios sociales, emocionales y físicos; lo que aumenta el riesgo de mala adaptación escolar y los problemas de salud mental (González-Carrasco et al., 2017). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el impacto de la COVID-19 en este ámbito ha sido y es abrumador; tanto el confinamiento como las posteriores restricciones sociales crearon un caldo de cultivo en los niños y adolescentes donde las enfermedades mentales aumentaron exponencialmente, poniendo en riesgo el bienestar psicológico y social de estos (UNICEF, 2021). Según Amorós-Reche et al. (2022), existen numerosos estudios que indican el efecto negativo de la pandemia en la población infantojuvenil española, señalando como posibles secuelas de la misma síntomas de ansiedad, depresión, bajo estado de ánimo, estrés y problemas de regulación emocional. Los largos periodos de cuarentena ocasionaron un impacto negativo, privando a las personas de contacto social, estímulos reforzantes o actividades agradables que fomentaran su bienestar. La población tuvo que adaptarse a una situación constante de incertidumbre que desencadenó consecuencias psicológicas importantes. Siendo los menores los más afectados, ya que tuvieron un periodo más largo de aislamiento social y confinamiento que el resto de la población (Broche-Pérez et al., 2020; Chacón-Fuertes et al., 2020; Mucci et al., 2020; WHO, 2020).

Según la OMS (2020), una de las principales causas de discapacidad y enfermedad en el mundo en adolescentes es la depresión, mientras que el suicidio se sitúa como la cuarta causa de muerte. Además, la presencia de depresión en la adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar en un futuro otro episodio depresivo, como ocurre en el 60-70% de casos (Espada, Sánchez-López, y Morales, 2023). Durante estos años también ha habido un incremento de las tasas de prevalencia en depresión y ansiedad en niños españoles. De un 4% y un 11,8% respectivamente, presentando una alta comorbilidad entre ambos trastornos del 50-72% de los casos (Canals et al., 2019; Essau et al., 2014; Jaureguizar et al., 2017; Morales et al., 2022). Aún y todo, la mayoría de casos no se detectan ni se tratan debido a su alta comorbilidad y manifestación (OMS, 2021). La depresión es un estado de ánimo en el que la persona presenta un malestar clínicamente significativo a través de los siguientes síntomas: bajo estado de ánimo o irritabilidad, pérdida de placer o interés, disminución o aumento de peso o apetito, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse o pensar, pensamientos de muerte o ideas suicidas (APA, 2014). Si se tiene en cuenta a niños y adolescentes con altas capacidades (AACC) la situación se vuelve más compleja, ya que las características que les hacen destacar en cualquier área, también les pueden suponer una dificultad o problema (Narea, Lissi y Arancibia, 2006). La revisión sistemática de Algaba-Mesa y Fernandez- Marcos (2021) sobre las AACC y la salud mental, ha puesto de manifiesto que estos niños y niñas tienen un mayor riesgo de presentar más ánimo depresivo, más problemas sociales, conductuales y familiares por lo que existe un mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la salud mental. Los niños con AACC pueden manifestarlo con con el aislamiento, dificultades para trabajar en equipo y convivir en el aula, en la gestión de relaciones de amistad, etc., etc (Belda, 2012; López-Aymes et al., 2015).

Desde hace décadas autores como Kokot (1999), ya hablaban de depresión en niños superdotados, denominada como “depresión existencial prematura”, asociandola al

desequilibrio entre la capacidad para conocer y absorber información en situaciones complejas con la incapacidad para entender dichas situaciones. Respecto a las investigaciones de personas con AACC, se ha visto que tienen mayor vulnerabilidad para padecer ansiedad y depresión. En esta línea, señalaron que los niños y niñas con AACC se atribuían a sí mismos/as menos capacidades para resolver problemas y una baja autoestima en comparación con sus iguales (Vialle, Heaven y Ciarrochi, 2007).

La guía NICE sobre depresión Infantojuvenil (2019) recomienda para los adolescentes con Trastorno por Depresión Mayor aplicar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de manera individual durante al menos 3 meses. En esta misma dirección los meta-análisis realizados por Yang et al. (2017), Zhou et al. (2017) y Keles y Idsoe (2018) recomiendan también la TCC de Beck (1979) como tratamiento con mayor efectividad para la depresión y ansiedad. Las investigaciones ponen de manifiesto que esta intervención favorece el desarrollo de las habilidades de afrontamiento, disminuyendo la sintomatología ansioso depresiva y aumentando habilidades como: resolución de problemas, mejora de las relaciones interpersonales, regulación emocional, habilidades sociales y comunicativas (Antón-Menárguez et al., 2016; Flores, 2019; Sánchez y Cohen, 2020; Sanz y García-Vera, 2016).

El objetivo principal de este trabajo consistió en evaluar la eficacia de una intervención basada en la TCC en una niña de 12 años con AACC con sintomatología ansioso depresiva. Como objetivos secundarios, el tratamiento tuvo como fin evaluar en qué grado se logra: 1) incrementar autoestima, 2) identificar emociones y aprender a gestionarlas, 3) identificar pensamientos negativos y cambiar por otros más reales o racionales, 4) controlar las conductas autolesivas e impulsivas, 5) mejorar sus habilidades sociales y comunicativas basadas en asertividad, 6) aumentar confianza para volver al instituto y disminuir las conductas evitativas, 7) incrementar tiempo de ocio y red de amigos, 8) aprender a resolver problemas y tomar

decisiones, 9) mejorar hábitos de sueño y 10) mejorar el clima y la comunicación familiar. En consecuencia, se hipotetiza que, tras la intervención, la paciente reducirá la sintomatología ansiosa-depresiva, mejorará su estado de ánimo, aumentará su autoestima, desarrollará un comportamiento social adaptativo acompañado de la mejora de una comunicación asertiva, adquiriendo estrategias de afrontamiento para conseguir un bienestar psicológico y social completo.

## **Método**

### **Identificación del paciente**

A. es una niña de 12 años de edad con un diagnóstico de altas capacidades desde hace 2 años. Cursa 1º de E.S.O. en un instituto público de la Comunidad Valenciana. En la fecha en la que se inició la intervención todavía no se había puesto en marcha ninguna adaptación curricular que se adaptara a las necesidades de la menor. Vive con sus padres, ambos de 42 años y su hermana menor de 10 años. El nivel económico y sociocultural de la familia es medio-alto.

### **Motivo de Consulta**

La madre de A. acudió al centro tras la preocupación por el estado de ánimo decaído, irritable y ansioso de su hija. Refería que las discusiones familiares se habían incrementado. A. también se había mostrado más nerviosa en el ámbito escolar, llegando a discutir con diferentes compañeros o negándose a ir al centro; algo que preocupaba bastante a la madre. Los padres explicaron que en el último trimestre de sexto empezó a tener dificultades de adaptación en el colegio y dejaba de ir. Cuando realizó el cambio de ciclo, esas dificultades aumentaron, y comenzó de nuevo a tener algunas faltas de asistencia, primero entrando más tarde a clase y luego llegando a faltar 3 días por semana. Los padres explicaron que a veces rechaza ir por

ansiedad, otras por los problemas ocasionados con los compañeros, aunque a veces era porque no le apetecía o no tenía ánimo. En el ámbito escolar, A. había disminuido sus calificaciones, algo que le preocupaba a ella y a su familia.

La menor explicó que se seguía aburriendo en las aulas y que no acaba de adaptarse al instituto. Por último, se sentía insegura consigo misma, ya que refería haber sido juzgada por sus iguales en referencia a su condición sexual o su aspecto (colores o tipo de ropa que vestía).

### **Evaluación del caso. Variables e instrumentos**

En primer lugar, se inició la evaluación con dos entrevistas semiestructuradas, en una primera sesión con los padres y en una segunda con la menor. La información recogida (incluida en el anexo 1) se organizó en los siguientes aspectos: área de hábitos saludables, área de salud, área emocional, área familiar, área social, área académica, motivaciones e intereses, intervenciones psicológicas anteriores y deseo o solución ideal del problema.

En segundo lugar, para la evaluación cuantitativa, se emplearon los siguientes instrumentos:

Para evaluar la depresión se utilizó el *Inventario de Depresión Infantil*, CDI (Kovacs, 1992), versión adaptada de (Del Barrio y Carrasco, 2004), se puede ver en el Anexo 2. Dicho cuestionario evalúa sintomatología depresiva en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. Está formado por 27 ítems con 3 opciones de respuesta de diferentes niveles de intensidad y frecuencia de la sintomatología depresiva, siendo 0 ausencia de síntoma, 1 moderado y 2 severo. Está compuesto a su vez por dos subescalas: disforia y autoestima negativa (evaluando tristeza, humor depresivo, juicios...). Se establecen puntos de corte que clasifican el resultado en 3 grupos: 0-18, sin sintomatología, 19-26 depresión leve y 27-54 depresión severa. La adaptación española presenta unas buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0.79 y una fiabilidad test-retest de 0.80 (Del Barrio y Carrasco, 2004).

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965), adaptación de Echeburúa (1995) (véase Anexo 3) que evalúa la autoestima definida como sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. Está formada por 10 ítems que se valoran sobre una escala Likert de 4 alternativas de respuesta (desde 1= muy de acuerdo hasta 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40, teniendo en cuenta que, a mayor puntuación mejor autoestima. Menos de 25 puntos se considera una autoestima baja. La versión española de la escala presentó unas buenas características psicométricas tanto en adultos como en adolescentes, siendo la fiabilidad test-retest en adolescentes del 0,86 (Atienza et al., 2000).

*Inventario de Asertividad de Rathus* (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; (Rathus, 1973), traducción española de Comeche, Díaz y Vallejo (1995) (Anexo 4). Evalúa el comportamiento social y el grado de acuerdo o desacuerdo de la persona en contexto de situaciones asertivas como expresar opiniones, peticiones, negaciones, entre otras. El inventario está compuesto 30 ítems con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert (desde +3= muy característico en mí hasta -3= muy poco característico en mí). Las puntuaciones oscilan entre -90 a +90, siendo a partir de 0 el resultado es positivo), por lo que, a mayor puntuación hay mayor capacidad de asertividad. El coeficiente de consistencia interna y la fiabilidad test-retest varía respectivamente entre 0,73 y 0,86 y entre 0,58 y 0,80 (Salaberría y Echeburúa, 1995; León y Vargas, 2009).

*Escala de habilidades sociales* (EHS) (Gismero, 2000), se puede ver en el Anexo 5. Está formada por 33 ítems con 4 alternativas de respuesta y valora 6 factores como: autoexpresión en situaciones sociales, defensas de los propios derechos, expresión de enfado o conformidad, hacer peticiones, decir “no” y cortar interacciones e iniciar interacciones con el género opuesto. Sujetos con puntuación total baja explican perfiles no asertivos de forma generalizada y sujetos con puntuación global alta, muestran perfiles con buenas habilidades

sociales en distintos contextos. Presenta unas buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0.88 (Gismero, 2000).

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAIC)* (Spielberger et al., 1973) para evaluar la ansiedad estado y ansiedad rasgo. Se utilizó la versión española revisada y adaptada por Seisdedos (1990), que se recoge en el Anexo 6. La prueba consta de dos partes con 20 ítems cada una en escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta. Mediante las cuales el sujeto puede expresar “cómo se siente en un momento dado” Ansiedad Estado y “cómo se siente en general” Ansiedad Rasgo. El punto de corte elegido para la población femenina es de 31. En cuanto a la fiabilidad y consistencia interna alfa de Cronbach, 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado (Guillén-Riquelme, 2014).

*Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación infantil, TAMAI* (Hernández, 2012) que puede verse en el Anexo 7. Consta de 175 ítems con una escala de respuesta dicotómica. Evalúa el grado de adaptación de las siguientes áreas: inadaptación general, inadaptación personal, inadaptación escolar, inadaptación social, insatisfacción familiar, insatisfacción con los hermanos, educación adecuada de la madre y educación adecuada del padre. Los resultados obtenidos explican si el sujeto muestra o no una buena adaptación siendo ( Muy Bajo = 1-5; Baja = 6 a 20; Casi Bajo = 21 a 40; Medio = 41-60; Casi Alto =61-80; Alto = 81-95 y Muy Alta = 96-99). Presenta unas buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach del 0.88 (Salum-Fares, Martín, y Reyes, 2011).

Por último, se emplearon dos autorregistros, una agenda de sueño para evaluar sus hábitos de sueño semanales, que se presenta en Anexo 8 y, un autorregistro basado en el Modelo A-B-C de Ellis (1994) para establecer la línea base y el posterior desarrollo del análisis funcional que se encuentra en el Anexo 9.

## Resultados de la Evaluación

Durante las entrevistas, la familia informó que A. padecía celiaquía y en los últimos meses no estaba llevando una buena alimentación, haciendo incluso restricciones de ingesta que perjudicaban su estado de salud. Les preocupaba que esta enfermedad fuese comórbida con la depresión, ya que habían leído algunos artículos al respecto. Además, los padres se interesaron por los estilos educativos, presentando un sentimiento de culpabilidad y refiriendo que parte del estado de A. se debía también al estilo parental y al apego con la menor. Durante todo el proceso explicaron que les estaba afectando a nivel general como familia y en particular al matrimonio, aumentando el estrés familiar y las discusiones. Existía también un miedo generalizado porque la menor padeciese depresión ya que estaban viviéndola de cerca con un familiar y esto aumentaba el miedo en los padres y la necesidad de buscar solución lo antes posible.

Por su parte, la menor explicó que una de las causas de que evitara ir al instituto era que se agobiaba cuando había mucha gente. Esto último, también le pasaba a veces cuando acudía a los centros comerciales o a sitios con aglomeraciones. En referencia al grupo de amigos, este se había diluido y había cambiado al entrar al instituto. Había perdido la amistad con una de sus mejores amigas tras un conflicto, en concreto. A. explicó que creía que sus amistades eran poco empáticas y además, sus padres le decían siempre que su círculo no era muy sano. A nivel físico, A. destacó que le estaba costando conciliar el sueño por la noche, y se encontraba cansada durante el día. En cuanto a los episodios de ansiedad también expresó preocupación por la ruboración de la cara y la sudoración de las manos, hecho que se daba más a la hora de afrontar situaciones sociales con grandes grupos. En los últimos análisis le habían diagnosticado déficit de vitamina D, por lo que debía tomarse unos suplementos de vitaminas, lo que tampoco realizaba de forma regular. La bajada del periodo también fue un episodio perturbador para A., ya que sentía mucho dolor y se encontraba más sensible.

En cuanto a su estado anímico, tanto ella como su familia consideraban que estaba irritable y muy apática. Presentaba conductas impulsivas que se incrementaban cuando tenía ansiedad, lo que dificultaba también la relación familiar general y con cada uno de los miembros de casa, ya que casi siempre solía acabar confrontando con ellos. Como consecuencia, A. no se sentía arropada en casa, creía que sus padres no eran figuras parentales para ella, y que su hermana no la soportaba. Solamente presentaba un mayor afecto positivo hacia la figura materna. También expresaba que los ataques de ansiedad le llevaban a veces a autolesionarse, aunque posteriormente se arrepentía. Había comenzado a vestirse con ropa negra, ancha y tendía a taparse la cara con gorra o flequillo.

En referencia al rendimiento escolar, A. había bajado las notas, lo que le preocupaba bastante, refería dificultad para concentrarse y poca capacidad de memoria a la hora de realizar las tareas escolares.

En cuanto a la información cuantitativa obtenida con los cuestionarios administrados, A. obtuvo una puntuación directa de 38 (PC= 99) para la escala depresión del *CDI*, situándose en una puntuación indicativa de “Depresión Severa”. Respecto a las subescalas de disforia y autoestima negativa las puntuaciones obtenidas fueron de PD=22 (PC=99) y PD=13 (PC=95) respectivamente. Ambas puntuaciones fueron elevadas, indicando que la menor presentaba tristeza continuada y sentimientos de incapacidad y autodesprecio.

Respecto a la evaluación de la autoestima, los resultados de la escala reflejaron una puntuación de 18, siendo indicativa de autoestima baja.

Referente a al asertividad, la puntuación total del *Inventario de Asertividad de Rathus* fue de PD= -23, lo que se interpreta esta como un indicador de déficit en habilidades asertivas de forma general. Para la subescala de comportamiento evitativo, la puntuación fue de PD = -15, para la subescala de comportamiento asertivo la puntuación fue de PD = 0, para la subescala de comportamiento confrontativo fue de PD= -7 y para la subescala de

comportamiento auto restrictivo la puntuación fue de PD = - 6. Estos resultados son indicativos de que A. en términos generales presenta un déficit a la hora de comunicarse asertivamente de forma general, pero las áreas con menor puntuación se deben sobre todo a la dificultad de expresar el grado de desacuerdo, evitación de situaciones sociales, o decir no.

En cuanto a la evaluación realizada a través de la *EHS*, A. mostró puntuaciones bajas tanto en la puntuación total (PD=74; PC=10) como en las subescalas *autoexpresión* (PD=17;PC=10), *defensa de los derechos* (PD=11;PC=20), *expresión de enfado* (PD=11; PC=40), *decir no* (PD=12; PC=20), *hacer peticiones* (PD=12; PC=15) y *género opuesto* (PD=11;PC=30). Todas ellas reflejan el déficit de habilidades sociales en A., sobre todo para expresar las propias opiniones, expresar enfado y defender sus derechos.

En lo referente a las puntuaciones obtenidas en el *STAIC* los resultados fueron los siguientes: : a) Ansiedad estado (AE) (PD=38, PC = 85); b) Ansiedad rasgo (AR) PD=43, PC=80). Estas puntuaciones reflejaron que A. mostraba sintomatología ansiosa como rasgo de personalidad (AR) y en situaciones concretas (AE).

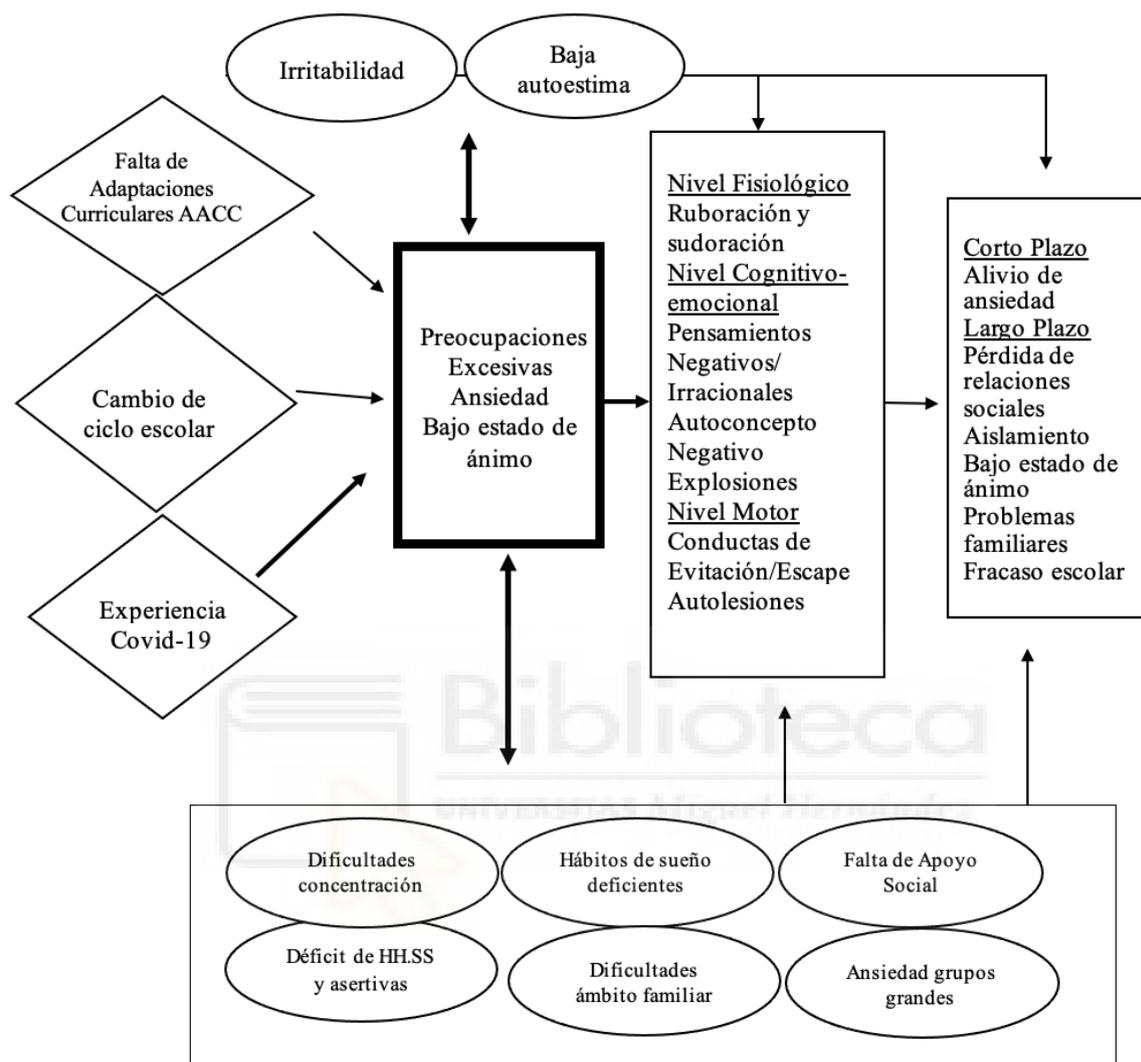
Por último, los datos obtenidos a través del *TAMAI* indicaron puntuaciones de inadaptación en todas las subescalas evaluadas: *insatisfacción personal* (PD=56; PC=99), *insatisfacción familiar* (PD=5; PC=99), *social* (PD=16; PC=95), *escolar* (PD=27; PC= 99) y *con hermanos* (PD=3; PC= 95).Estas puntuaciones reflejan que existía un alto grado de inadaptación e insatisfacción general en las áreas personal, escolar, social, familiar y con hermanos.

### **Análisis funcional**

Los resultados del Análisis Funcional se recogen en la Figura 1, en forma de diagrama clínico analítico-funcional (FACCD) basado en el modelo de Kahololuka et al. (2013).

**Figura 1.**

*Diagrama analítico-funcional (FACCD).*



*Nota.* El rectángulo delineado con mayor grosor es el problema principal. Los círculos representan las variables causales modificables, y el grosor de las líneas es la intensidad de la relación. Los rombos son variables causales inmodificables, mientras que el resto de rectángulos son las consecuencias.

El análisis funcional mostró que la sintomatología ansioso depresiva que mostraba A. se explicó por la relación directa de variables causales modificables como los conflictos con sus iguales, pérdida de amistades importantes o ansiedad social. La mayoría de las variables

eran bidireccionales, es decir, la ansiedad y el bajo estado anímico aumentaban a la vez que interferían en las variables. A mayor ansiedad, mayor dificultad para dormir y concentrarse, dificultad para enfrentarse a las situaciones sociales y familiares o conflictos con sus iguales. De igual manera, la ansiedad y el bajo estado de ánimo se retroalimentaban. Cuánto más ansiedad experimentaba A. más bajo era su estado de ánimo y a mayor afecto negativo experimentado, más ansiedad le producía. Además, la variable bajo estado de ánimo, estaba íntimamente relacionada con la irritabilidad, la baja autoestima, el cambio de ciclo escolar y la falta de adaptaciones, así como la experiencia de la Covid-19. Estas tres últimas son variables inmodificables que también afectaban a la ansiedad.

Las variables causales de la sintomatología de A. actuaron como mantenedoras del problema debido a la relación bidireccional. A nivel cognitivo los pensamientos rumiativos negativos y de culpa eran mantenedores de la sintomatología general, especialmente de su inseguridad. A nivel fisiológico, el insomnio, la disminución del apetito, el dolor de barriga, taquicardias, sudoración y rigidez aumentaban y mantenían la sintomatología ansiosa. A nivel conductual, A. tenía conductas de escape/evitación por refuerzo negativo hacia todas aquellas situaciones que temía para reducir su ansiedad, incrementando los niveles y manteniendo el problema. Todo ello le había llevado a una menor comunicación de sus sentimientos por ser juzgada o incomprendida y a cerrarse más en ella misma. A corto plazo, había un alivio de las respuestas de evitación y escape, pero se producía un aumento de los conflictos familiares, problemas de sueño, dificultades sociales y bajo rendimiento (falta de concentración, evitar ir al colegio, no terminar los deberes). A largo plazo se incrementó la sintomatología ansiosa depresiva, la no adaptación al contexto personal, social-familiar-escolar, así como el déficit de habilidades sociales.

## Procedimiento de aplicación del tratamiento

En primer lugar, se informó a la familia y a la menor de la importancia de iniciar un tratamiento individualizado basado en la TCC con el objetivo principal de aumentar el estado de ánimo y reducir la ansiedad. Como objetivos secundarios, se esperaba que el tratamiento:

1) incrementa la autoestima, 2) mejorara las habilidades de identificación y gestión de emociones, 3) incrementara la capacidad para la identificación de pensamientos negativos y cambio por otros más reales o racionales, 4) controla las conductas autolesivas e impulsivas, 5) mejorara sus habilidades sociales y asertivas, 6) aumentara su confianza para volver al instituto, disminuyendo las conductas evitativas, 7) incrementara tiempo de ocio y red de amigos, 8) aprendiera a resolver problemas y tomar decisiones, 9) mejorara sus hábitos de sueño y 10) se mejorara el clima y la comunicación familiar.

La intervención se estructuró en 14 sesiones presenciales de 90 minutos de duración, con una frecuencia de una sesión semanal durante 3 meses y medio. Se incluyó a la familia en el tratamiento manteniendo el contacto de manera periódica para revisar avances y resolver posibles dudas. Además se realizó psicoeducación de estilos parentales para el control de contingencias de A. En la Tabla 1 se recoge la planificación del tratamiento, incluyendo los objetivos y contenidos de cada sesión. Dos primeras sesiones fueron destinadas a la recogida de información y autoinformes. La tercera sesión se utilizó para la devolución de los resultados, explicar el análisis funcional y la dinámica de las siguientes sesiones. La intervención se realizó desde la sesión 4 hasta la 14, aplicando las técnicas de psicoeducación emocional, respiración diafragmática y relajación en imaginación, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en reestructuración cognitiva, y resolución de problemas. Además, se acordaron tareas para casa revisadas en cada sesión, como la *Agenda del Sueño Semanal* y el *Autorregistro situación, pensamiento y emoción*.

**Tabla1.**

*Planificación del tratamiento por sesiones, objetivos y contenidos.*

Sesiones	Objetivos	Contenidos
1.	Motivo de Consulta Recogida Información Pre-test	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista a los padres</li><li>• Entrevista con la adolescente</li></ul>
	Recogida Información Pre-test	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pase de cuestionarios</li></ul>
2.	Evaluación Pretest	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tarea para casa: autorregistro sueño</li><li>• Explicación de resultados, objetivos y programa</li></ul>
3.	Devolución de los resultados Higiene del sueño	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar autorregistro</li><li>• Explicación de Agenda de sueño y autorregistro P-C-E</li><li>• Psicoeducación emocional y cambios en la adolescencia</li></ul>
4 y 5.	Identificar emociones Aprender relación estímulo y emoción Percibir los cambios de la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relación entre pensamientos, emociones y comportamiento</li><li>• Identificar y diferenciar señales corporales en emociones</li><li>• Revisar autorregistros</li></ul>

- 
- 6 y 7.** Fomentar relaciones sociales y ejercicio físico
- Aumentos estado de ánimo y reducir la ansiedad
- Organizar tiempo de estudio y tiempo libre
- Mejora de Autoestima
- Habilidades sociales básicas para interactuar con los demás
  - Autoestima y autoconcepto
  - Diferencia comportamiento social adecuado del inadecuado
  - Activación conductual: act. Agradables y ejercicio físico
  - Identificación y listado de act. agradables
  - Organización semanal de tiempo de estudio y tiempo libre
  - Lectura libro “Yo soy” y “Yo voy conmigo” (Díaz, R. 2015; Díaz, R. 2019)
  - Revisar autorregistros
- 8.** Disminuir la ansiedad
- Entrenamiento en técnicas de relajación en imaginación
  - Entrenamiento en respiración diafragmática
  - Entrenamiento en distracción del pensamiento
  - Uso de autoinstrucciones
  - Revisar autorregistros
  - Tarea para casa: ejercicios de respiración diafragmática
-

---

<p><b>9.</b> Conocer relación entre estímulos, pensamientos y emociones</p> <p>Identificar pensamientos irracionales</p> <p>Rebatir pensamientos negativos automático</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva y modelo A-B-C</li> <li>• Esclarecer los diferentes pensamientos irracionales</li> <li>• Técnica de la triple columna de Beck. Actividad con listado de situaciones, pensamientos, irracionales y pensamientos alternativos</li> <li>• Listado de autoinstrucciones</li> <li>• Revisar registro agenda del sueño</li> </ul>
<p><b>10 y 11.</b> Aumentar las Habilidades Sociales</p> <p>Disminuir conflictos familiares</p> <p>Reducir la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en Habilidades Sociales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo)</li> <li>• Explicación comunicación no verbal</li> <li>• Técnicas asertivas (disco rayado, bocadillo...)</li> <li>• Role-playing de situaciones reales para aprender o poner en práctica habilidades: iniciar, mantener, decir no, mostrar enfado, hacer una petición...</li> <li>• Decálogo derechos asertivos</li> <li>• Revisar autorregistro Diario del sueño</li> </ul> </li> <li>• Autoinstrucciones</li> </ul>
<p><b>12.</b> Controlar la ira y conductas impulsivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación semáforo emocional</li> <li>• Listado y clasificaciones por intensidad de estímulos/situaciones que provocan ira para detectar el antecedente y actuar asertivamente</li> </ul>

---

---

Exponer a estímulos temidos  
para contrarrestar la evitación y  
sensaciones negativas  
Reducir ansiedad  
Aumentar autoestima  
Rebatir pensamientos  
irracionales

- Revisar autorregistros
- Exposición (gradual): Imaginación y en vivo:
  - Exposición a estímulos que le provoquen ansiedad en orden de intensidad o importancia
  - Poner a prueba los “no puedo”
  - Ensayo conductual y poner en práctica o aprendido en habilidades sociales
  - Uso de autoinstrucciones
  - Aplicación técnicas de relajación y respiración diafragmática



**13.** Resolver problemas y tomar  
decisiones

- Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones: lluvia de ideas, valoración de posibles alternativas, y elección de alternativa
- Revisar autorregistros
- Tarea para casa: autorregistro de Solución de un problema que surja durante la semana

**14.** Prevención de recaídas  
Evaluación de post-test

- Repaso de lo aprendido y resolución de preguntas
- Anticipación de futuras situaciones conflictivas
- Revisar autorregistros
- Solución de problemas

---

15, 16 y Seguimiento (3,6 y 12 meses)

17.

- Comprobar la evolución y mantenimiento del tratamiento

Abordar las dificultades actuales o posibles nuevos problemas

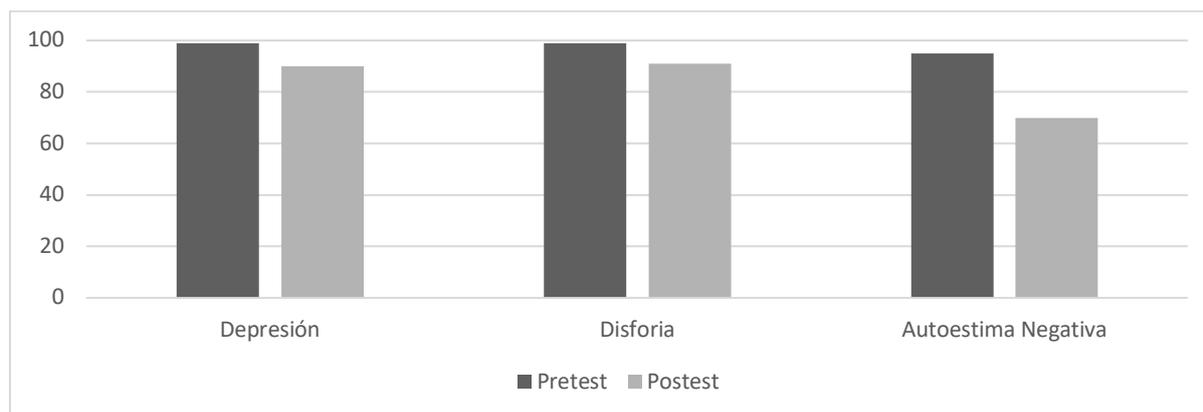
---

## Resultados

Tras la intervención, se administraron de nuevo los autoinformes y se recogió información a través de la familia y la menor. A continuación se detallan los resultados obtenidos en esta evaluación post-intervención. Respecto al cuestionario *CDI*, A obtuvo una puntuación total de PD=22 (PC=90), lo que corresponde con “depresión leve”, a un punto de ser calificado como “sin sintomatología depresiva” según su edad y sexo. Las puntuaciones obtenidas en las subescalas disforia y autoestima negativa fueron de PD=11(PC=91) y PD=9(PC=70) respectivamente, experimentando una mejora en ambas escalas. Por tanto se observa que existe una mejora evidente en las puntuaciones pre y post test, disminuyendo toda tanto la sintomatología depresiva como la disfórica o autoestima. En la figura 2 se muestran las puntuaciones del *CDI* antes y después de la intervención.

### Figura 2.

*Resultados en percentiles de las evaluaciones pretest y postest del CDI.*



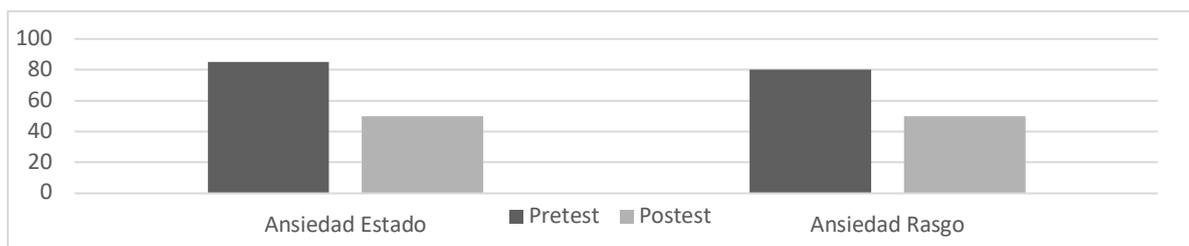
Respecto a la *autoestima*, A. tras la intervención alcanzó la puntuación PD =27, nueve puntos más que en el pretest. Lo que refleja puntuaciones de autoestima “normal” según el baremo de la escala.

Respecto a la *asertividad*, A. obtuvo una puntuación total de PD = 16 , con una mejora de + 39 puntos entre pre y postest, por lo que se puede afirmar que la variable *asertividad* aumentó tras la intervención. El resultado del resto de subescalas fue: *comportamiento evitativo* PD = -4 aumentando en 11 puntos; la subescala *comportamiento asertivo* obtuvo una puntuación de PD = 10, mejorando en 10 puntos. La subescala *comportamiento confrontativo* también mejora con una puntuación postest de PD = 10 y un aumento de 17 puntos; por último para la subescala *comportamiento autorestrictivo*, la puntuación fue de PD= 4 con una mejora de 10 puntos tras la intervención. Si se tiene en cuenta que esta escala toma como resultado positivo valores mayores a 0 y las puntuaciones de dicha prueba oscilan desde -90 hasta +90, A. presentó un aumento general en la evaluación global de asertividad, así como en el resto de subescalas que conforman la prueba. Excepto en la subescala *comportamiento evitativo* cuyo resultado sigue siendo negativo aunque a tan solo 4 puntos de considerarse positivo y con un cambio de 11 puntos respecto a la puntuación inicial.

En cuarto lugar, en la evaluación de la variable *ansiedad* se obtuvieron los siguientes resultados: *ansiedad estado* alcanzó una puntuación directa de 31 (PC=50), mientras en *ansiedad rasgo* se alcanzó una puntuación directa de 37 (PC=50). Estas puntuaciones reflejaron que la sintomatología ansiosa disminuyó tras el tratamiento, , sobre todo en AE.

**Figura 3.**

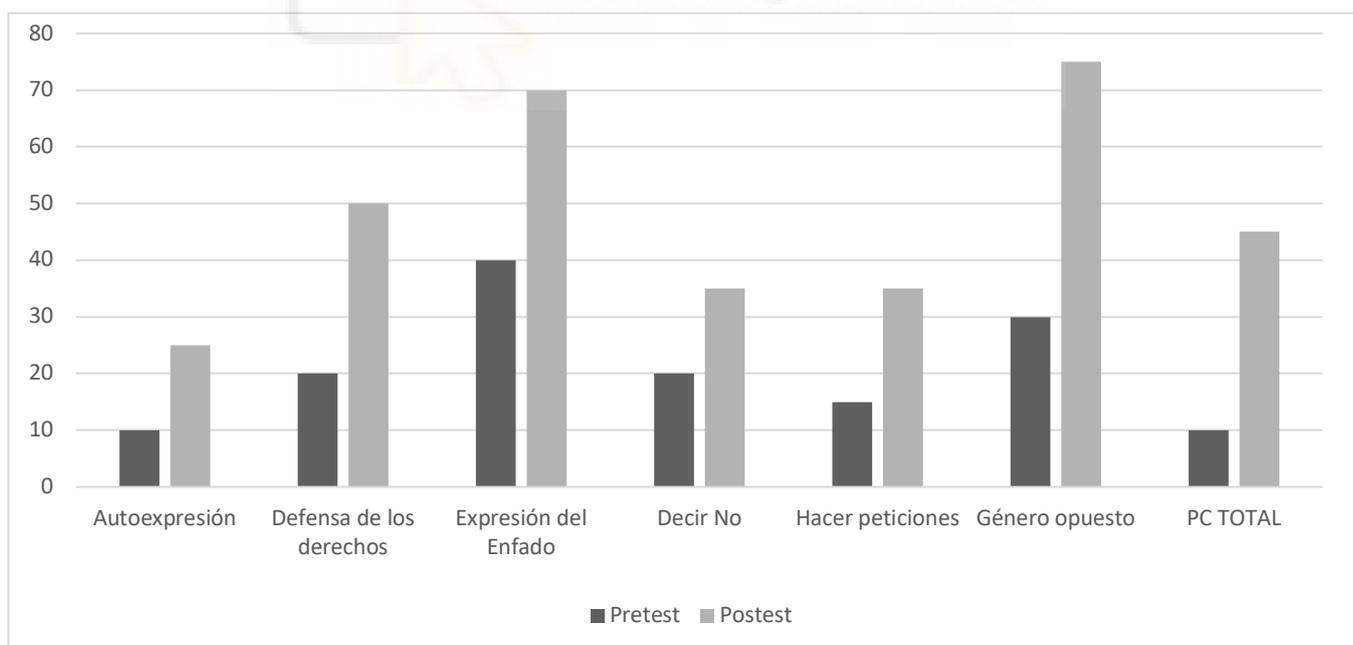
*Resultados en percentiles de las evaluaciones pres y postest del STAIC.*



En cuanto a la evaluación de la variable *habilidades sociales*, las puntuaciones obtenidas reflejaron un aumento en todas sus escalas (*Figura 4*). Los resultados de las variables fueron: *autoexpresión* (PD=20;PC=25), *defensa de los derechos* (PD=14;PC=50), *expresión de enfado* (PD=13;PC=70), *decir no* (PD=14; PC=35), *hacer peticiones* (PD=14; PC=35) y *género opuesto* (PD=15;PC=75). La puntuación total directa fue de 90 (PC=45) aumentando en 16 puntos después del tratamiento.

**Figura 4.**

*Resultados en percentiles de la evaluación pre-post test del EHS.*

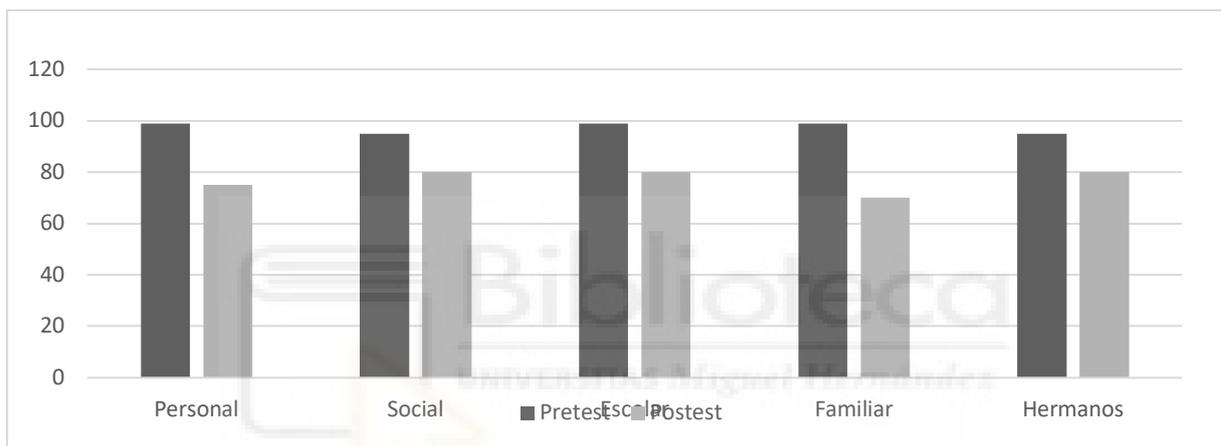


Finalmente, los resultados obtenidos tras la administración del *TAMAI* reflejaron un descenso en las puntuaciones. Las variables como *insatisfacción personal* (PD=56; PC=99 a

PD=14; PC=75) con un descenso de 40 puntos, e *insatisfacción escolar* (PD=27; PC= 99 a PD=16; PC= 80) con una disminución de 13 puntos, fueron las que presentaron una mejora significativa. Mientras *insatisfacción familiar* (PD=5; PC=99 a PD=2; PC= 70), *social* (PC=95; PD=16 a PD=12; PC=80),) y *con hermanos* (PD=3; PC= 95 a PD=2; PC=80), aun disminuyendo su puntuación siguen presentando puntuaciones de inadaptación.

### Figura 5.

*Resultados en percentiles de la evaluación pre-post test del TAMAI.*



La diferencia del cambio para las puntuaciones directas pretest y posttest, el índice de cambio fiable y el porcentaje de mejora según Jacobson y Truax (1991). Respecto a la diferencia de cambio, existe una mejoría general en todas la variables estudiadas. Esto es debido a que las puntuaciones obtenidas entre el pretest y el posttest reflejan puntuaciones de mejora de la variable tras la intervención. En cuanto al porcentaje de mejora, los resultados obtenidos con un porcentaje superior al 30 % se consideran aceptables para determinar una mejoría en las variables. Tras la intervención las variables que puntúan por encima del 30% son: *depresión, autoestima, asertividad, insatisfacción personal, insatisfacción familiar, insatisfacción escolar e insatisfacción hermanos*. En relación al índice de cambio fiable, todas las variables *excepto insatisfacción social e insatisfacción hermanos*, superan la puntuación de

1,96. Por tanto, y siguiendo a Jacobson y Truax (1991) y Ostelo et al. (2008), se puede afirmar que los resultados de la diferencia del cambio son significativos.

**Tabla 2.**

*Diferencias de cambio, índice de cambio fiable y porcentaje de mejora.*

	PD Pretest	PD Postest	Diferencia del cambio	Índice Cambio Fiable	Sig.	Porcentaje mejora
<b>Depresión</b>	38	22	-16	T1-T2: -10,81	Sí (p<0,05)	T1-T2: 42,10%
<b>Autoestima</b>	18	27	+ 9	T1-T2: 3,73	Sí (p<0,05)	T1-T2: 50%
<b>Asertividad</b>	-23	16	+ 39	T1-T2: 6,16	Sí (p<0,05)	T1-T2: 169,57%
<b>Habilidades Sociales</b>	74	90	16	T1-T2: 2,38	Sí (p<0,05)	T1-T2: 21,62%
<b>Ansiedad Estado</b>	38	31	-7	T1-T2: -3,36	Sí (p<0,05)	T1-T2:18,42%
<b>Ansiedad Rasgo</b>	43	37	-6	T1-T2: -2,002	Sí (p<0,05)	T1-T2: 13,95%
<b>Insatisfacción Personal</b>	56	14	-42	T1-T2: -17,14	Sí (p<0,05)	T1-T2: 75%
<b>Insatisfacción Social</b>	16	12	-4	T1-T2: -1,66	Sí (p<0,05)	T1-T2: 25%
<b>Insatisfacción Escolar</b>	27	16	-11	T1-T2: -3,50	Sí (p<0,05)	T1-T2: 40,74%
<b>Insatisfacción Familiar</b>	5	2	-3	T1-T2: -5,56	Sí (p<0,05)	T1-T2: 60%
<b>Insatisfacción Hermanos</b>	3	2	-1	T1-T2: -1,36	Sí (p<0,05)	T1-T2: 33,33%

Por último, en cuanto a la información cualitativa recogida en los autorregistros sobre los pensamientos-conductas-emociones los resultados mostraron una mejoría respecto a la línea base, ya que la menor se mostró capaz de reducir las conductas evitativas (ej: acudir al centro) de 4 al inicio a 0. Respecto a los episodios de ansiedad, también se observó una disminución, pasando de 5 episodios de ansiedad por semana a no presentar ninguno. Además, fue capaz de resolver problemas mediante la puesta en práctica de técnicas de relajación, visualización, exposición paulatina al centro escolar y refuerzo con actividades gratificantes.

En cuanto al autorregistro sobre hábitos de sueño, A. logró el control del sueño llegando a dormir 7 horas seguidas con una frecuencia de 4 a 5 días semanales y realizándolo de manera individual. Al inicio de la intervención, A. tenía de 2 a 3 despertares nocturnos todas las noches debido a las pesadillas y la frecuencia con la que necesitaba compañía para dormir era de 7 días a la semana.

Tras la última sesión, A. informó de que se encontraba más tranquila, menos triste y que había logrado concentrarse sin tanta presión. También explicó que su grupo de amigos le había apoyado, lo que también ha aumentado la pertenencia al grupo y la mejora en el centro escolar. Por su parte, los padres informaron de que A. se encontraba con más ánimo, más participativa en actividades familiares y realizaba más salidas con las amigas.

## **Discusión**

En este TFM se ha presentado una intervención realizada con una selección de estrategias basadas en la TCC para el tratamiento de una niña de 12 años con AACC y sintomatología ansioso depresiva. Tras finalizar la intervención durante 14 sesiones, los resultados reflejan que se ha alcanzado el objetivo principal de reducir la sintomatología ansioso depresiva de la menor. Según la hipótesis principal, el tratamiento redujo la ansiedad y aumentó el autoestima de la joven. En referencia a los objetivos secundarios; aumentó su estado de ánimo, habilidades sociales y de comunicación, habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, gestión emocional, clima familiar, hábitos de sueño, reestructuración cognitiva, control de conductas autolesivas, impulsivas y evitativas.

Los resultados obtenidos concuerdan con los estudios sobre los tratamientos psicológicos más apoyados empíricamente, en los que se señala a la TCC como tratamiento *A* o de primer grado de recomendación para trastornos emocionales como ansiedad y depresión

en adolescentes (Fonseca-Pedrero et al. 2021; Keles y Idsoe, 2018; NICE, 2019; Yang, et al. 2017; Zhou, et al. 2017).

La etapa infantojuvenil es un periodo sensible de crecimiento donde se asientan las bases del posterior desarrollo adulto y en la que pueden aparecer algunas dificultades psicológicas si los jóvenes no poseen habilidades para una adecuada gestión emocional (Fonseca-Pedrero et al. 2021). En esta línea la revisión sistemática de Algaba-Mesa y Fernández-Marcos (2021) sobre características psicoemocionales en población infantojuvenil con AACC, puso de manifiesto que presentan mayor desregulación emocional y mayor ansiedad, mostrando las mujeres mayor sintomatología emocional que los hombres y siendo esto un factor de riesgo de padecer mayor ansiedad independientemente de la edad (Zhou et al., 2020).

Otro factor a tener en cuenta son las consecuencias emocionales tras el confinamiento por la Covid-19, ya que ha tenido un impacto crítico en la salud mental, sobre todo en jóvenes y adolescentes (Tamarit, et al., 2020). En el caso de A. se considera que, aunque podría existir una predisposición debido a sus altas capacidades, la pandemia Covid-19 y la etapa vital en la que se encontraba pudieron precipitar la aparición de síntomas como ansiedad y bajo estado de ánimo (González-Carrasco, et al., 2017).

En este caso tras la intervención A. aprendió técnicas de reestructuración cognitiva y autocontrol para reducir los pensamientos negativos irracionales y conductas impulsivas, así como técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento para un mayor autocontrol de la ansiedad y de las situaciones estresantes. Referente a la Ansiedad, A. ha conseguido un buen manejo de la misma y aunque los valores siguen estando en un percentil 50 tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo, aunque no limita su día a día. Dicha activación puede deberse a que el cambio a la Educación Secundaria es considerado un periodo crítico debido al cambio de ciclo y es considerado un estresor para el alumnado (Gómez- Núñez et al.,2017)

También aumentó su autoestima y autoconcepto, mejorando su regulación emocional y disminuyendo la sensación de tristeza y bajo estado de ánimo. Para ello A. comenzó a realizar actividades agradables como patinar con su hermana, jugar al voleibol o salir con amigos. El resultado de la evaluación PD=27 concuerda con lo que refiere la menor y se encontraría entre la media según el estudio de Martín-Albo et al. (2007), aunque este constructo siempre se puede seguir trabajando y mejorando.

En cuanto a las habilidades sociales y la gestión de las emociones, A necesita seguir mejorando para conseguir expresar sus opiniones de forma asertiva y que ello no vuelva a ser un impedimento para desarrollarse entre sus iguales. Aun así A. refiere que se siente más capaz de expresarse en grupos grandes como puede ser el aula, además expresa que es capaz de gestionar posibles conflictos o discrepancias, ya que no todo le afecta como antes. Como indica Bisquerra (2000), la gestión y aprendizaje de las emociones facilita una buena socialización, al aprender a reconocer las emociones y habilidades para expresarlas, mejorar su autoconcepto social con el aumento de la comunicación y disminución de los problemas con sus iguales.

En cuanto al rendimiento académico, aunque hasta el día de la evaluación, A. no había obtenido adaptaciones curriculares, las notas habían mejorado, ya que acudía al centro todos los días y refería facilidad para concentrarse, algo que antes no tenía y que junto con una mala adaptación social y curricular, hacía que rechazara las actividades. Como bien explica Zuñiga-Rodríguez (2014), investigaciones previas han puesto de manifiesto que la falta de apoyo al potencial del alumnado con altas capacidades puede originar problemas escolares, como aburrimiento, malestar con sus compañeros, problemas con los profesores etc, así como ansiedad escolar.

Otra de las mejoras que ha habido tras la intervención tiene que ver con la higiene del sueño, dicha mejora en la cantidad y calidad de sueño se puede relacionar con la sensación de

la mejora de la concentración en el estudio y de manera global en la sensación de mejora de hábitos de vida saludables.

Por último, la relación con los padres mejoró, siendo más comunicativa y afectiva por ambas partes, aprendiendo técnicas de resolución de problemas. Es ahora cuando A. ve a sus padres como figuras parentales y de confianza. Todo ello junto con el acompañamiento de la familia durante la intervención, ha podido favorecer en su recuperación. A mayor comprensión y apoyo familiar mejor estado anímico y reducción de la ansiedad (Fernandez-Martinez et al., 2019).

Una de las limitaciones que presenta esta intervención es que aunque se ha trabajado con pruebas estandarizadas, también se ha trabajado con autorregistros e información cualitativa tanto de la paciente como de la familia y por tanto los resultados pueden verse alterados por la deseabilidad social.

En conclusión, se presenta una selección de estrategias que han sido eficaces y que se han aplicado basándose en aquellos síntomas ansioso depresivos que presentaba la paciente y en el entrenamiento en aquellas habilidades que se consideraron serían más eficaces para la menor. Del mismo modo en dicha intervención, se ha contado con la implicación de la familia, hecho que ha sido fundamental para conseguir el éxito de la misma.

## Referencias Bibliográficas

- Algaba-Mesa, A. y Fernández-Marcos, T. (2021). Características socioemocionales en población infanto-juvenil con altas capacidades: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación, 16* (1), 60-74.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Amorós-Reche, V., Belzunegui-Pastor, A., Hurtado, G., & Espada, J. P. (2022). Emotional problems in Spanish children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Clínica y Salud, 33*(1), 19-28.
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitiva-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 35*(1), 45-52.
- Atienza, F.L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis, 22*, 29-42.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Belda, V. (2012). *Alumnado con altas capacidades intelectuales: conceptualización, identificación e intervención desde el marco escolar y familiar*. Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja, España.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis.

- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. (2020). Psychological consequences of quarantine and social isolation during COVID-19 pandemic. *Revista Cubana de Salud Pública, 46*, 1-14.
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 131–143.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Fundación Universidad-Empresa.
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J.R. y García-Vera, M.P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la Organización Colegial. *Clínica y Salud, 31*(2), 119-123.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2004). *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones.
- Díaz, R. (2015). *Yo voy conmigo*. Editorial Thule
- Díaz, R. (2019). *Yo soy*. Editorial Thule
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.
- Espada, J.P., Sánchez-López, A., & Morales, A. (2023). Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: a review of reviews. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 10*, 68-83
- Essau, C.A., Lewinsohn, P.M., Olaya, B., & Seeley, J.R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders, 163*, 125–132.

- Fernández-Martínez, I. (2019). *Problemas emocionales en niños españoles: Estrategias de evaluación y eficacia del protocolo preventivo transdiagnóstico Super Skills for Life* (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 24-31. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.3.3
- Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo- conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*. Tesis de pregrado. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E... Marrero, R.J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197.
- Gismero, E. (2000). EHS *Escala de Habilidades Sociales*. Tea
- Gómez-Núñez, M. I., Aparicio-Flores, M. P., Vicent, M., Aparisi-Sierra, D., Fernández-Sogorb, A., & J. Inglés, C. (2017). Diferencias en ansiedad escolar en función del sexo y del curso académico en educación primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 51-60.
- González-Carrasco, M., Casas, F., Malo, S., Viñas, F. & Dinisman, T. (2017). Changes with Age in Subjective Well-Being Through the Adolescent Years: Differences by Gender. *Journal of Happiness Studies*, (18), 63–88. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9717->

- Guillén-Riquelme, A. (2014) *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Universidad de Granada, 254 p.
- Hernández-Guanir, P. (Ed. 5). (2012). TAMAI. *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil: Manual*. Madrid, TEA.
- Jacobson, N. S. y 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.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E. & Garaigordobil, M. (2017). Child depression: Prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *Spanish Journal of Psychology*, 20, E17.
- Kahololuka, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117-127.
- Keles, S., y Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, 67, 129-139.
- Kokot, S. (1999). *Help our Child is Gifted: Guidelines for Parents of Gifted children*. South Africa: Radford House Publications.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- León, M. y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41), 187-205.

- López-Aymes, G., Vázquez, N., Navarro, M., y Acuña, S. (2015). Características socioafectivas de niños con altas capacidades participantes en un programa extraescolar. *Revista de estudios e investigación en Psicología y educación*, 11, 85-90.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalvo, F. (2007). The rosenberg self-esteem scale: translation and validation in university students. *The spanish journal of psychology*, 10(2), 458-467.
- Morales, A., Rodríguez-Mencho, M., Espada, J.P. & Orgilés, M. (2022). Examining academic self-concept as a mediator of the relationship between anxiety and depression: A longitudinal study. *Child and adolescent mental health*.
- Mucci, F., Mucci, N. & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and Isolation: Psychological Aspects of Covid-19 Pandemic in the General Population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63–64. <https://doi.org/10.36131/CN20200205>
- Narea, M., Lissi, M. & Arancibia, V. (2006). Impacto en la sala de clases de un programa extracurricular para alumnos con talentos académicos. *Psykhé*, 15(2), 81- 92.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE. (2019). Depression in children and young people: Identification and management. NICE guideline. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Organización Mundial de la Salud (30 de enero de 2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del Adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud (18 de enero de 2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Ostelo, R.W. J. G., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., Bouter, L. M. y de Vet, H. C. (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain. *Spine*, 33(1), 90–94.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, University Press.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salum-Fares, A., Martín, R., y Reyes, C. (2011). Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas de ciudad victoria, Tamaulipas, México. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 11(1), 207-229.
- Sánchez, P., y Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere. Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, 8(1), 16-27.
- Sanz, J., y García-Vera, M. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-66. doi: 10.5093/clysa2020a4.
- Organización Mundial de la Salud (30 de enero de 2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Seisdedos, N. (1990). STAIC, *Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid. TEA

Spielberger, C., Edwards, C. D., Lushene, R., Montouri, J., & Platzek, D. (1973). *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Palo Alto (California): Consulting Psychologist Press.

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.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF (2021). *Los efectos nocivos de la Covid-19 de la salud mental de los niños, niñas y jóvenes son solo la punta del iceberg*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/efectos-nocivos-covid19-salud-mental-ninos-ninas-jovenes-punta-iceberg>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Unicef. (2021) Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-cada-7-ninos-jovenes-ha-vivido-confinado-hogar-durante-gran-parte-ano>

Vialle, W., Heaven, P. & Ciarrochi, J. (2007). On Being Gifted, but Sad and Misunderstood: Social, emotional, and academic outcomes of gifted students in the Wollongong Youth Study. *Educational Research and Evaluation*, 13(6), 569-586. doi: 10.1080/13803610701786046

WHO. Regional Office for Europe. (2020). *Mental health and psychological resilience during the Covid-19 pandemic*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during--the-covid-19-pandemic>

- Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., ... Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17, 9-16.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-020-01541-4
- Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Quin, B., Barth, J., Whittington, C., ... Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y meta análisis en red. *Revista de Toxicomanías*. 80, 22-34.
- Zúñiga Rodríguez, M., (2014). El trastorno de ansiedad y estrés escolar en los adolescentes con alto desempeño académico. *Revista INFAD de Psicología " International Journal of Developmental and Educational Psychology"*, 2(1), 205-212.

## Anexos

### Anexo 1.

#### A) Entrevistas familiares:

##### DATOS PERSONALES

NOMBRE:

F.N. :

tutor/a:

MADRE:

TLF:

EDAD:

OCUPACIÓN:

PADRE:

TLF:

EDAD:

OCUPACIÓN:

HERMANOS:

F.N. :

CEIP/IES:

##### MOTIVO DE CONSULTA



##### HISTORIA BREVE PERINATAL

Embarazo

Parto

Primeros meses/ primeros hitos evolutivos

##### ÁREA HÁBITOS

Alimentación

Sueño

Higiene

Esfínteres

ÁREA PERSONAL

ÁREA SOCIAL

ÁREA COMUNICACIÓN: Expresivo y comprensivo



ÁREA EMOCIONAL

¿habilidades gestión, afrontamiento?

## ÁREA CONDUCTUAL

¿cómo responde ante el "no"?

¿qué consecuencias obtiene por parte del entorno?

MOTIVACIONES E INTERESES



## ÁREA FAMILIAR

un día cualquiera

un día festivo

ÁREA ACADÉMICA

Historia escolar:

Situación actual:

ÁREA MOTORA

Gruesa:

Fina:



ÁREA SALUD

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS PROFESIONALES/OTRAS INTERVENCIONES

RESOLUCIÓN IDEAL



OTROS DATOS DE INTERÉS

PROPUESTA EVALUACIÓN

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PROPUESTA INTERVENCIÓN



## **B) Entrevista menor**

### DATOS PERSONALES

NOMBRE:

HERMANOS:

### CEIP/IES

+

-

### SOC

FAM

MOT/INT

MIEDOS



PREOCUPACIONES

HH AFR/ESTRATEGIAS

TRUCOS

TRES DESEOS



## Anexo 2.

### Inventario Depresión Infantil (Kovacs, 1992)

CDI N°	Nombre y apellidos:		
Sexo: Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: _____ años	Fecha: ____ / ____ / ____
Centro: _____	Examinador: _____		

# CDI

### INSTRUCCIONES

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

**EJEMPLO:**

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

**RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.**

**DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.**

**PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.**

---

 Autora: María Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by María Kovacs.  
Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.  
Copyright internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.  
Adaptadores de la edición española: M<sup>a</sup> V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).  
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormir.
- Muchas veces me cuesta dormir.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

**No te detengas,  
continúa en la  
página siguiente.**



19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

**Fin de la prueba.**

**Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.**

**¡MUY IMPORTANTE!**

**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

**¡MUY IMPORTANTE!**

**NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.**

### Anexo 3.

## Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

### ESCALA DE AUTOESTIMA

(Rosenberg, 1965)

Por favor, conteste a los siguientes ítems adecuándose a la siguiente escala:

1= TOTALMENTE DE ACUERDO  
2= DE ACUERDO  
3= EN DESACUERDO  
4= TOTALMENTE EN DESACUERDO

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás.
2. Creo que, en conjunto, soy un fracasado/a.
3. Creo que tengo cualidades buenas.
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.
8. Desearía valorarme más a mí mismo.
9. A veces me siento verdaderamente inútil.
10. A veces pienso que no sirvo para nada.

## Anexo 4.

### Inventario de Asertividad (Rathus, 1973)

*Instrucciones:* Indique, mediante el número correspondiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- +3 = Muy característico de mí, muy descriptivo
- +2 = Bastante característico de mí, bastante descriptivo
- +1 = Algo característico de mí, ligeramente descriptivo
- 1 = Algo raro en mí, poco descriptivo
- 2 = Bastante extraño en mí, bastante poco descriptivo
- 3 = Muy poco característico en mí, nada descriptivo

- \_\_\_\_\_ 1. Mucha gente parece ser más agresiva y asertiva que yo
- \_\_\_\_\_ 2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez
- \_\_\_\_\_ 3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo de ello al camarero.
- \_\_\_\_\_ 4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas incluso aunque crea que me han molestado
- \_\_\_\_\_ 5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir «no»
- \_\_\_\_\_ 6. Cuando me piden que haga algo, insisto en saber por qué
- \_\_\_\_\_ 7. Hay veces en que provooco abiertamente una discusión
- \_\_\_\_\_ 8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición
- \_\_\_\_\_ 9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí
- \_\_\_\_\_ 10. Disfruto entablando conversación con nuevos conocidos y extraños
- \_\_\_\_\_ 11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo
- \_\_\_\_\_ 12. Rehúyo telefonar a instituciones o empresas
- \_\_\_\_\_ 13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales
- \_\_\_\_\_ 14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado
- \_\_\_\_\_ 15. Si un pariente cercano y respetado me molesta, preferiría ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto
- \_\_\_\_\_ 16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto
- \_\_\_\_\_ 17. Durante una discusión temo a veces alterarme tanto como para ponerme a temblar
- \_\_\_\_\_ 18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, expondría públicamente mi propio punto de vista
- \_\_\_\_\_ 19. Evito discutir sobre precios con dependientes y vendedores
- \_\_\_\_\_ 20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello
- \_\_\_\_\_ 21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos
- \_\_\_\_\_ 22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes
- \_\_\_\_\_ 23. Con frecuencia paso un mal rato al decir «no»
- \_\_\_\_\_ 24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena
- \_\_\_\_\_ 25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio
- \_\_\_\_\_ 26. Cuando me hacen un cumplido, con frecuencia no sé qué responder
- \_\_\_\_\_ 27. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte
- \_\_\_\_\_ 28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención
- \_\_\_\_\_ 29. Expreso mis opiniones con facilidad
- \_\_\_\_\_ 30. Hay ocasiones en las que soy incapaz de decir nada

## Anexo 5.

### Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000)



#### INSTRUCCIONES

Al dorso aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

- A** No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B** Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C** Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D** Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ESPERE. NO DÉ LA VUELTA A ESTE IMPRESO  
HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autora: Elena Gismero González.

Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.

Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS*, si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

**E H S**

Nombre y apellidos	Edad	Sexo
Centro	Fecha	

- A** No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.  
**B** Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.  
**C** Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúo o me siento así.  
**D** Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

NOTE SUS RESPUESTAS ROTONDEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.  
 COMPRUEBE QUE ROTONDEA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D	1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D	2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D	4
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C D	5
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D	6
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D	7
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D	8
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D	9
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D	10
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D	11
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D	12
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D	13
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D	14
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D	15
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D	16
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D	17
18	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D	18
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D	19
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D	20
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D	21
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D	22
23	Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A B C D	23
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D	24
25	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D	25
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D	26
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D	27
28	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D	28
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D	29
30	Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D	30
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D	31
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o «equitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A B C D	32
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D	33

Autora: Elena Gismero González.  
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DCS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN  
 A CADA UNA DE LAS FRASES

## Anexo 6.

### Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (Spielberger, 1973)

## CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (STAIC)

### Instrucciones

#### PRIMERA PARTE

Frases 1 a 20

En la primera parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

#### SEGUNDA PARTE

Frases 1 a 20

En la primera parte encontrarás más frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES EN GENERAL**, no solo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **GENERALMENTE**.

		<b>NADA</b>	<b>ALGO</b>	<b>MUCHO</b>
1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro desencantado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradablemente	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento ansioso	1	2	3
17	Me siento angustioso	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

## SEGUNDA PARTE

		<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>A MENUDO</b>
1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estomago	1	2	3
16	Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás	1	2	3

## Anexo 7.

### Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación infantil, TAMAI (Hernández, 2012)

200

#### Apéndice F

#### TAMAI. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil Hojas de respuestas

Nº 136

# TAMAI

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  Varas  Nieta FECHA: \_\_\_\_\_

COLEGIO: \_\_\_\_\_ CLASE: \_\_\_\_\_ I.D.N.:

**INSTRUCCIONES**

**DE QUÉ SE TRATA?**

De un cuestionario, que tiene varias preguntas, a las que hay que contestar, solamente, SÍ o NO. Por ejemplo:

Me gusta nadar  SÍ  NO

**QUÉ HA QUE SABER?**

Para comprender y ayudar mejor a los alumnos. Por eso conviene ser lo más sincero posible. Aun en aquellas preguntas relacionadas con los profesores, hay que ser sincero. Es una cosa muy personal. Cada uno contesta lo que él cree, y no debe estar pendiente de lo que escribe otro.

**CÓMO HAY QUE CONTESTAR?**

Se marca con un redondel o círculo el SÍ o el NO. Por ejemplo:

Últimamente estoy más deprimido  SÍ  NO

Hay que contestar a todas las preguntas. No se puede dejar ninguna en blanco.  
Hay que contestar SÍ o NO, pero nunca SÍ y NO a la vez, a una misma pregunta.  
Si hay preguntas que pueden ser contestadas de forma intermedia, como SÍ y como NO, uno se decide por lo que más pesa o por lo que es más frecuente.  
Por ejemplo, contesta a esta pregunta:

Creo que soy amable con los demás  SÍ  NO

(Unas veces soy amable y otras no. Pero señala lo que es más frecuente.)

En caso de equivocación, se barra o se tacha y se marca con un redondel o círculo el que es válido. Por ejemplo:

Me duermo en clase  SÍ  NO

Hay que ir contestando pregunta por pregunta, todas a la vez, al ritmo del instructor que va leyendo en voz alta. Si se termina antes se espera. No hay que correr. ¡Cuidado con contestar en otra línea que no corresponda!

**ATENCIÓN OBRERO!**

Antes de empezar conviene aclarar todas las dudas. Pregunta al instructor.

Autor: P. Hernández Hernández.  
Copyright © 1983, 1990, 1998, 2002 by TEA Ediciones, S.A.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en **DGS TINTAS**. Si se presentan en el ejemplar en negro es una reproducción ilegal. Es beneficio de la profesión y en el suyo propio. **NO LA UTILICE**  
- Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24. 28036 Madrid - Printed in Spain, Impreso en España.

REPRODUCCIÓN ILICITA DEL DERECHO DE AUTOR

### Anexo 8.

#### Agenda de Habito del Sueño Semanal

Día	
Hora de acostarse	
Hora de dormirse	
Número de despertares	
Hora de despertar por la mañana	
Hora de levantarse de la cama	
Duración de siesta	
Satisfacción del sueño	
Acciones llevadas a cabo cuando no se puede dormir	

### Anexo 9.

#### Autorregistro Modelo A-B-C.

Autorregistro situación, pensamiento y emoción.

Día /Hora	Situación /Lugar	¿Qué pienso?	¿Qué siento? Físico y emocional.	Intensidad del malestar 0-10	¿Qué hago después?