



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2021-2022

Trabajo Fin de Máster

**Intervención preventiva transdiagnóstica
mediante teleterapia en una adolescente con
síntomatología ansioso-depresiva**

Autor/a: Cristina Zaplana Cánovas

Tutor/a: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.JAPRYMRR.CZC.21113

Convocatoria: Febrero

Resumen

La adolescencia es una etapa en la que es muy frecuente que se inicien un gran número de trastornos mentales. La pandemia ha afectado a la salud mental infanto-juvenil incrementando la vulnerabilidad de sufrir problemas psicológicos en niños y adolescentes. Por este motivo, se ha señalado como necesario implementar estrategias de prevención y tratamiento que eviten la proliferación de los trastornos mentales o su cronificación. El objetivo del presente trabajo es evaluar los efectos de una intervención preventiva grupal basada en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Problemas Emocionales en Adolescentes (UP-A) para reducir la sintomatología ansioso-depresiva, aumentar la resiliencia y mejorar la calidad de vida en una adolescente de 13 años en riesgo de sufrir problemas emocionales. La evaluación se realizó mediante una entrevista y un cuestionario online que aglutinaba distintos instrumentos. La intervención, que se extendió a lo largo de 8 sesiones, se basó principalmente en la aplicación de psicoeducación emocional, técnicas cognitivo-conductuales y técnicas de conciencia plena y se realizó mediante videoconferencia grupal. Como resultado principal, se logró reducir la sintomatología ansioso-depresiva, incrementar la resiliencia y mejorar ligeramente la calidad de vida de la adolescente, disminuyendo el riesgo de sufrir problemas emocionales tanto a corto como a medio plazo. El presente trabajo demuestra la utilidad de una intervención grupal mediante teleterapia para prevenir el riesgo de desarrollar problemas emocionales en la adolescencia.

Palabras clave: terapia online, transdiagnóstico, prevención selectiva, protocolo unificado adolescentes, ansiedad, depresión, estudio de caso.

Abstract

Adolescence is the stage in which a large number of mental disorders often has their onset. The pandemic has affected child and adolescent mental health, increasing the vulnerability of children and adolescents to psychological problems. For this reason, it is necessary to implement prevention and treatment strategies that avoid the development of mental disorders or their chronic course. The aim of this study is to evaluate the effects of a preventive group intervention based on the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Problems in Adolescents (UP-A) to reduce anxious-depressive symptomatology, increase resilience and improve quality of life in a 13-year-old girl at risk of suffering emotional problems. The evaluation was carried out by means of interviews and an online questionnaire composed of different instruments. The intervention, which extended over 8 sessions, was mainly based on the application of emotional psychoeducation, cognitive-behavioural techniques and mindfulness techniques and was carried out via group videoconferencing. The main result was a reduction in anxious-depressive symptoms, an increase in resilience and a slight improvement in the adolescent's quality of life, reducing the risk of suffering emotional problems in both the short and medium term. This paper demonstrates the usefulness of a group intervention using teletherapy to prevent the risk of developing emotional problems in adolescence.

Keywords: online therapy, transdiagnostic, selective prevention, unified protocol, adolescents, anxiety, depression, case study

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la adolescencia es la etapa vital que transcurre entre los 10 y los 19 años. Como periodo de transición entre la niñez y la adultez, se trata de una fase en la que se producen diversos cambios a nivel físico, social y emocional. Así, esta etapa que comienza con la pubertad culmina alrededor de la veintena de edad una vez completados el desarrollo físico, el crecimiento corporal y la madurez psicosocial (Güemes-Hidalgo et al., 2017). A pesar de ser uno de los ciclos más saludables desde el punto de vista orgánico, el periodo adolescente entraña un alto riesgo psicosocial, siendo el momento en el que muchas formas de psicopatología se manifiestan por primera vez o aumentan notablemente su prevalencia (Rapee et al., 2019). De hecho, un estudio meta-analítico reciente con más de setecientos mil pacientes establece que la mayoría de trastornos mentales tuvo su inicio antes de los 14 años en un tercio de los participantes, a los 18 en casi la mitad de estos y antes de los 25 años en más de la mitad (Solmi et al., 2021).

En relación a lo anterior, atendiendo al informe realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), encontramos que en Europa nueve millones de jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años padecen trastornos mentales, siendo ansiedad y depresión los más comunes (54.8%) seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (19.5%), trastornos de conducta (18.1%), otros trastornos mentales (12.2%) y trastorno bipolar (4%). En cuanto a género, encontramos que tanto chicas como chicos sufren en mayor medida trastornos depresivos y ansiosos (70.1%) y (39.6%), respectivamente. Sin embargo, estos últimos también muestran una elevada prevalencia de trastornos conductuales (23.1%) y TDAH (28.6%). Respecto a otros cuadros clínicos, hallamos una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en un 5% de las jóvenes y de trastornos del espectro autista en el 6.1% de los varones.

En cuanto a España, se sitúa a la cabeza de Europa en trastornos emocionales juveniles, hallándose una prevalencia del 20.8% que supera tanto la media europea como la mundial (UNICEF, 2021). Además, según apunta dicho informe, el suicidio es la segunda causa de muerte más común en adolescentes europeos de entre 15 y 19 años, lo que supone la pérdida de alrededor de tres vidas diarias y 1.200 al año.

Si bien ya resultaban alarmantes, estas cifras se han agravado tras la irrupción del coronavirus en marzo de 2020. El confinamiento y el impacto de la pandemia han producido alteraciones en el desarrollo de la población infanto-juvenil que se ha enfrentado a numerosos acontecimientos vitales estresantes como la restricción de la movilidad, el contagio propio o de familiares, la defunción y el duelo familiar, la suspensión de la rutina escolar y de las relaciones sociales, el abuso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y situaciones de violencia intrafamiliar (Pedreira-Massa, 2020).

Diversos estudios a lo largo del mundo han tratado de cuantificar el impacto del coronavirus en la salud mental juvenil. Zhou et al., (2020) encontraron una prevalencia del 43.7% en sintomatología depresiva, del 37.4% en sintomatología ansiosa y del 31.3% en sintomatología mixta en adolescentes chinos tras la irrupción del COVID-19. Concretamente, éstos manifestaban un mayor desinterés por realizar actividades, fuerte preocupación, cansancio, pérdida o aumento del apetito, irritabilidad y nerviosismo. Estos datos son similares a los de Alemania, donde los adolescentes advirtieron un aumento de la ansiedad generalizada y de la sintomatología depresiva, mostrando problemas de concentración, desinterés por la realización de actividades y tristeza (Ravens-Sieberer et al., 2021).

En España, Pizarro-Ruiz y Ordóñez-Cambor (2021) hallaron dificultades para el control de la ira, rebeldía y problemas de regulación emocional en niños y adolescentes durante el

confinamiento. Además, dichos autores encontraron niveles mayores de ansiedad y depresión, así como una pérdida de habilidades sociales. Por su parte, Orgilés et al., (2020) advirtieron problemas de concentración (76.6%), soledad (31.3%), malestar (30.4%) y alta preocupación (30.1%) como repercusiones psicológicas derivadas del confinamiento en población infanto-juvenil española e italiana.

Dados los anteriores resultados, parece evidente que, en general, la pandemia ha empeorado la salud mental infanto-juvenil incrementando la vulnerabilidad de sufrir problemas emocionales. Por este motivo, como señala UNICEF (2020), se hace aún más necesario implementar estrategias que permitan una detección temprana del riesgo de problemas emocionales en niños y adolescentes con el fin de realizar actuaciones preventivas y de tratamiento que disminuyan la probabilidad de patologización y cronificación de éstos.

Para abordar dichas problemáticas, en los últimos años se ha desarrollado una nueva forma de tratamiento apoyada en el transdiagnóstico, que defiende la existencia de procesos psicológicos comunes en la etiología y el mantenimiento de distintos trastornos emocionales como el perfeccionismo, la evitación, el afecto positivo y negativo o el neuroticismo, entre otros (Sandín et al., 2012).

Como señalan Fonseca et al., (2021) desde la perspectiva transdiagnóstica se han elaborado distintos protocolos para el tratamiento de trastornos emocionales en niños y adolescentes que constan de gran evidencia empírica, entre los que destacan: 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. Del mismo modo, intervenciones como la Terapia de Activación Conductual Grupal, el programa Super Skills for Life y el Protocolo Unificado Aplicado en Niños y Adolescentes cuentan con apoyo empírico.

De todos ellos, en el presente trabajo centraremos la atención en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Problemas Emocionales en Adolescentes (UP-A, Ehrenreich-May et al., 2018).

Dicho protocolo, aborda mecanismos comunes a distintos trastornos emocionales mediante técnicas cognitivo-conductuales con el fin de potenciar la flexibilidad cognitiva, identificar y prevenir conductas emocionales desadaptativas, aumentar la conciencia centrada en el presente y la aceptación de sensaciones físicas desagradables, incrementar comportamientos positivos y fomentar la exposición a desencadenantes situacionales o físicos. Se aplica a jóvenes que presentan trastornos emocionales comórbidos y/o sintomatología mixta o subclínica de varios trastornos emocionales (Sandín et al., 2019)

El UP-A ha demostrado ser eficaz en población clínica juvenil, varios estudios han hallado una reducción de sintomatología ansioso-depresiva tras su aplicación (Ehrenreich et al., 2017; Queen et al., 2014; Sherman y Ehrenreich, 2020). En la misma línea, Shaw et al., (2020) encontraron una disminución de síntomas obsesivo-compulsivos. En España, Sandín et al., (2019) obtuvieron resultados positivos en la modalidad de aplicación computerizada. Además, este protocolo también ha demostrado ser útil como método preventivo universal (García-Escalera et al., 2020). Sin embargo, su eficacia no ha sido demostrada en prevención selectiva ni mediante la modalidad de teleterapia grupal.

Por todo ello, una vez expuesto lo anterior, el fin del presente trabajo es evaluar los efectos de una intervención preventiva transdiagnóstica, basada en la adaptación de los módulos principales del UP-A y enmarcada dentro de la iniciativa PROCARE, en una adolescente con riesgo de desarrollar problemas emocionales. Como objetivos principales, se espera disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, aumentar la resiliencia y mejorar la calidad de vida de la

adolescente. Como novedad, cabe mencionar que el tratamiento se llevará a cabo siguiendo la modalidad de teleterapia debido a la situación de pandemia. En la actualidad, no existen datos que avalen la eficacia del UP-A en esta modalidad y en formato grupal, con lo cual los resultados del presente trabajo servirán como una primera aproximación que permita examinar los beneficios de esta intervención.

Método

Participantes

Marta (nombre figurado) es una adolescente de 13 años que cursa primero de Educación Secundaria Obligatoria. Es la mayor de dos hermanas y vive con sus padres en el seno de una familia estructurada de nivel socioeconómico medio-alto donde ambos participan por igual en su educación.

La adolescente manifiesta interés en participar en los talleres con el objetivo de aprender a gestionar sus emociones y enfrentar situaciones negativas y/o estresantes. En relación con este interés, relata estar viviendo una situación de bullying por parte de unas compañeras de clase desde hace aproximadamente tres meses, llegando incluso a recibir amenazas físicas y a través del móvil. Dicha situación, le está generando nerviosismo, falta de apetito, problemas de atención en clase, así como una mayor sensibilidad e irritabilidad con su entorno.

Por otro lado, Marta afirma sentir miedo a realizar actividades en público puesto que se considera demasiado perfeccionista y le preocupa equivocarse ante los demás. Además, advierte insatisfacción con su imagen corporal, principalmente cuando viste ropa ajustada a pesar de ser consciente de su delgadez. En cuanto a tratamientos previos, cuenta haber asistido a algunas sesiones con la psicóloga escolar cuando cursaba primaria debido a ansiedad y pensamientos intrusivos del tipo “y si”.

Variables e instrumentos

La evaluación del caso se realizó en tres momentos temporales, antes de la intervención, al finalizarla y cinco meses después (seguimiento) mediante una encuesta online conformada por los siguientes instrumentos:

Escala Breve Revisada de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30; Sandín et al., 2010). Se trata de una versión española reducida de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita et al., 2000) que mide sintomatología clínica de ansiedad y depresión. Consta de 6 subescalas formadas por 5 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos que se corresponden con distintos trastornos psicológicos: Trastorno de Pánico, Fobia Social, Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno Depresivo Mayor. Piqueras et al., (2017) hallaron en un meta-análisis conformado por 146 estudios un coeficiente alfa de Cronbach promedio de .93 para la puntuación total de la prueba. Respecto a las subescalas, los valores de consistencia medios oscilaron entre .74 y .85.

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003). En este caso, se utilizó la variante reducida de Campbell-Sills y Stein (2007) que mide la resiliencia de manera global y consta de 10 ítems tipo Likert de 0 a 4 puntos referidos a la percepción personal sobre la capacidad de tolerar experiencias de cambio, problemas personales, enfermedad, presión, fracaso y sentimientos dolorosos. El rango de puntuaciones se sitúa entre 0 y 40, indicando puntuaciones más altas una mayor resiliencia. La prueba presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .85$). La versión española, por su lado, también ha mostrado un alfa de Cronbach igual a .85 en población adulta joven (Notario-Pacheco et al., 2011).

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ; Goodman, 1997). Se trata de una prueba de cribado de problemas de salud mental en niños y adolescentes de entre 4 y 16 años. Consta de 25 ítems divididos en 5 subescalas de 5 ítems cada una. Cuatro escalas miden conductas problemáticas: problemas emocionales, problemas conductuales, problemas de hiperactividad/déficit de atención y problemas con compañeros. La quinta escala mide conductas positivas: conducta prosocial. Del total de ítems, 20 puntúan como 0 (absolutamente cierto), 1 (un tanto cierto) o 2 (no es cierto) mientras que en los 5 restantes se invierten las puntuaciones al indicar características positivas. Así, en las subescalas se obtienen puntuaciones comprendidas entre 0 y 10 puntos mientras que en el cuestionario total las puntuaciones se sitúan entre 0 y 40 puntos. La versión española presenta una consistencia interna global satisfactoria ($\alpha = .84$), mientras que la de las subescalas oscila entre .71 y .75 (Ortuño-Sierra et al., 2016).

KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al., 2010). Se trata de una prueba diseñada para medir de forma global la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de entre 8 y 18 años. Está compuesta por 10 ítems derivados del cuestionario KIDSCREEN-27 y su tiempo de aplicación es de 5 minutos. En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .82$), así como una buena estabilidad test-retest ($r = .73$)

Inventario de Disposición y Acción para Niños y Adolescentes (WAM-C/A; Larson, 2008). Esta prueba, evalúa la disposición a aceptar y tomar contacto con eventos privados desagradables. Está compuesta por 14 ítems con una escala Likert de 5 puntos y consta de dos subescalas: una de acción y otra de aceptación. Su consistencia interna es satisfactoria ($\alpha = .76$).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Se trata de un instrumento diseñado para evaluar distintos aspectos relativos a la desregulación

emocional a través de 36 ítems tipo Likert de 5 puntos. Concretamente, mide seis factores: no aceptación, metas, impulsividad, estrategias, consciencia y claridad. La fiabilidad test-retest es buena ($r = .88$) y muestra una alta consistencia interna ($\alpha = .93$). En la versión española, todos los factores mostraron una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = .71-.88$), excepto consciencia ($\alpha = .62$) (Gómez-Simón et al., 2014).

Cyberbullying. Screening de Acoso entre Iguales (Garaigordobil, 2013). Este instrumento mide los niveles de victimización, agresión, observación y victimización agresiva ante bullying presencial (físico, verbal, social y psicológico) y cyberbullying en adolescentes de entre 12 y 18 años. La prueba contiene 12 ítems relativos a bullying como víctima, agresor u observador y 45 relativos a cyberbullying como cibervíctima, ciberagresor o ciberobservador cuya escala de respuesta oscila de 0 a 3 puntos. Dicho instrumento, proporciona distintos puntos de corte que indican ausencia de problemas, riesgo o problemas en alguno de los cuatro roles. Respecto a las propiedades psicométricas, presenta una buena consistencia interna tanto en bullying ($\alpha = .81$) como en cyberbullying ($\alpha = .91$) (Garaigordobil, 2014).

Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020). Se trata de una escala compuesta por 7 ítems tipo Likert de 5 puntos que evalúan el miedo al COVID-19 en población general. El rango de puntuaciones oscila entre 7 y 35 puntos, indicando una mayor puntuación mayor miedo hacia el coronavirus. La versión original muestra una buena consistencia interna ($\alpha = .82$) y una correcta fiabilidad test-retest ($ICC = .72$). Por su parte, la versión española presentó unas propiedades psicométricas excelentes en una muestra amplia de participantes españoles y dominicanos que incluyó adolescentes entre los 12 y los 18 años, reportando una estructura factorial unidimensional e invariante en función de la edad, sexo, estatus ocupacional y país y evidencias de fiabilidad ($\alpha = .86$) (Piqueras et al., 2021).

Del mismo modo, con el objetivo de completar y recoger información cualitativa, previamente a la intervención se realizó una entrevista semiestructurada con la adolescente. Así, se recabaron datos acerca del estado emocional de la menor, la experiencia vivida durante la pandemia, relaciones sociales, organización y clima familiar, desarrollo evolutivo, nivel socioeconómico, alimentación, sueño y rendimiento académico, entre otros. Al finalizar las sesiones, se realizó de nuevo una entrevista para registrar los cambios ocurridos.

Procedimiento

Como criterios de inclusión para participar en la intervención preventiva, se determinó necesario alcanzar puntuaciones de riesgo en alguna de las tres primeras escalas. Así pues, el método de clasificación fue el siguiente: población selectiva, si se superaba el punto de corte en una de las tres subescalas; población indicada, si se superaba el punto de corte en dos de las tres subescalas; población clínica, si se superaba el punto de corte en todas las subescalas; y población sana si no se superaba el punto de corte en ninguna. En este caso, la adolescente superó el punto de corte en RCADS-30 y CD-RISC. No obstante, tras realizar la entrevista ADIS-5 fue clasificada como población selectiva e incluida en los talleres.

Los objetivos de la intervención con Marta fueron disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, incrementar la resiliencia y mejorar la calidad de vida. Para ello, el abordaje se basó en la realización de sesiones grupales online basadas en la adaptación de los principales módulos del UP-A (Ehrenreich-May et al., 2018) y enmarcadas dentro de la iniciativa PROCARE, una investigación financiada por el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación del Ministerio de Ciencia e Innovación cuyo equipo estuvo formado por investigadores de la Universidad de Jaén, la Universidad Miguel Hernández de Elche y la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

La intervención, se realizó a lo largo de 8 sesiones semanales online, mediante Google Meet, con un grupo de adolescentes pertenecientes a distintas zonas de España a través de 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. Además, semanalmente se proporcionó a la familia información sobre las habilidades trabajadas junto con pautas para aplicarlas en casa. El contenido de los talleres fue el siguiente:

Sesión 0. Presentación talleres PROCARE (15 minutos)

En esta sesión se inició la primera toma de contacto a nivel individual con la adolescente y su familia, siendo los principales objetivos proporcionar información general sobre el contenido, la estructura y las normas de comportamiento de los talleres, generar un buen rapport, así como explicar y establecer junto con la menor las metas SMART.

Sesión 1. Comprender tus emociones y comportamientos (90 minutos)

Para generar un buen clima se comenzó con la presentación de todos los miembros del grupo y seguidamente se hizo un repaso de las normas y las metas SMART. Mediante una lista de emociones se evaluó el conocimiento existente sobre éstas y sus componentes (pensamientos, sensaciones físicas y conductas) y, a continuación, se explicó el concepto de emoción, su función e influencia en nuestro comportamiento, distinguiendo entre aquellas agradables y desagradables. Utilizando ejemplos, se les animó a identificar distintas emociones y comportamientos emocionales. Finalmente, se explicó el ciclo de la evitación como estrategia de afrontamiento desadaptativa insistiendo en sus consecuencias a corto y largo plazo. Como tarea, se propuso cumplimentar un autorregistro de emociones intensas.

Sesión 2. Introducción a los experimentos conductuales centrados en las emociones (60 minutos)

Se trabajaron los conceptos de acción opuesta (activación conductual) y experimento conductual mediante ejemplos. Para ello, se presentaron distintas emociones con sus

comportamientos emocionales asociados y se les animó a adivinar cuáles serían sus acciones opuestas. Posteriormente, se realizó un experimento conductual a través de canciones. Por último, con el fin de ayudarlos a identificar actividades placenteras, se visualizó un listado de las mismas, instándoles a compartir con cuáles se identificaban o solían realizar. Como tarea para casa, se sugirió que al menos dos veces durante la semana intentasen cambiar su estado anímico realizando dichas actividades.

Sesión 3. Tomar conciencia de las sensaciones físicas (60 minutos)

Se comenzó recordando las tres partes de la experiencia emocional, poniendo atención a las sensaciones físicas. Para ello, se explicó la respuesta fisiológica del miedo y, mediante una pizarra interactiva (Google Jamboard) se les propuso clasificar las sensaciones corporales pertenecientes a las cinco emociones básicas. Posteriormente, con un dibujo del cuerpo humano, se les animó a identificar aquellas partes en las que experimentaban sensaciones desagradables de miedo o ansiedad. Para finalizar, se realizó grupalmente una serie de exposiciones a sensaciones físicas a través de ejercicios como girar en una silla 1 minuto o aguantar la respiración 30 segundos, registrando las sensaciones experimentadas y su intensidad. Como tarea, se propuso practicar alguna exposición a sensaciones físicas.

Sesión 4. Ser más flexible en tu forma de pensar (60 minutos)

Se introdujo el concepto de pensamiento automático utilizando ilusiones ópticas, explicando cómo nuestras emociones influyen en la interpretación que realizamos del mundo dificultando la flexibilidad cognitiva. Posteriormente, se trabajaron las distorsiones cognitivas más comunes, animándolos a ejemplificar aquellas que hubieran experimentado. Una vez comprendidas, se trabajaron habilidades de reestructuración cognitiva instándolos a “pensar como un detective” y buscar pruebas acerca de si sus pensamientos eran o no realistas.

Finalmente, se explicaron los pasos necesarios para llevar a cabo la resolución de problemas. Se propuso aplicar la resolución de problemas como tarea para casa.

Sesión 5. Tomar conciencia de las experiencias emocionales (60 minutos)

Se proporcionó psicoeducación acerca de conciencia centrada en el presente y sus partes: observar, describir y experimentar. Como práctica se les animó a centrar la atención en cada uno de los cinco sentidos durante un minuto y compartir en grupo todo aquello que no habían percibido antes. A continuación, se explicó la conciencia sin juzgar, instándoles a reconocer y aceptar sus experiencias emocionales sin juzgarse o criticarse. Para ello, se ejemplificaron una serie de situaciones en las que debían hablarse como lo harían a un amigo y se realizó un ejercicio de mindfulness. La tarea para casa consistió en registrar alguna practica de conciencia plena durante la semana.

Sesión 6. Exposición a las situaciones emocionales (60 minutos)

En esta sesión se repasaron las habilidades aprendidas durante los talleres y se les animó a compartir cuáles les habían resultado más útiles. A continuación, se abordó de nuevo la respuesta de evitación y se proporcionó información sobre distintos comportamientos emocionales desadaptativos (evitación, escape, aislamiento, etc.) con el objetivo de que identificasen situaciones en las que los realizaban. Se trabajó el concepto de exposición y habituación mediante ejemplos y se repasó la conciencia plena y sin juzgar con el fin de que pudieran emplearla en sus exposiciones. Por último, se propuso pensar un objetivo de exposición individual y se les enseñó cómo dividirlo en pequeños pasos graduales de menor a mayor intensidad. La tarea para casa fue practicar dicha exposición.

Sesión 7. Revisar los logros y mirar hacia el futuro (60 minutos)

Se repasaron todas las técnicas aprendidas, poniendo atención en aquellas que les resultaron más útiles y en cómo las utilizarían en el futuro. Posteriormente se revisaron todos los logros conseguidos, profundizando en qué cosas les resultaban más fáciles y en cuáles seguían teniendo dificultad y se debatió acerca de las diferencias en su forma de reaccionar ante emociones intensas. Se abordó la probabilidad de experimentar emociones desagradables futuras mediante el símil de la montaña rusa, con el fin de normalizar dichas experiencias. Además, se les animó a seguir practicando lo aprendido fuera de los talleres y se trazó un plan de futuro ante emociones fuertes. Por último, se llevó a cabo la evaluación posttest.

Sesión 8. Seguimiento (45 minutos)

El seguimiento se realizó seis meses después de la séptima sesión. Primero, se hizo una puesta en común sobre cómo les había ido a lo largo de los meses. Seguidamente, se llevó a cabo un repaso de las técnicas vistas en los talleres invitándoles a compartir cómo las habían utilizado o cómo lo harían en el futuro. Además, se revisaron todos los logros conseguidos y aquellas áreas que podrían mejorar. Por último, se realizó un breve repaso de los módulos adicionales (rechazo y bullying, gestión del estrés por COVID-19 y promoción de la salud).

Para finalizar, cabe mencionar que, debido al riesgo detectado en la menor, Marta asistió a una sesión adicional de rechazo y bullying en la que se trabajaron contenidos relacionados con autoestima, bullying y ciberbullying, tipos de agresiones y estrategias ante situaciones de acoso. En la Tabla 1, se presenta un resumen de dichos contenidos:

Tabla 1*Resumen de los contenidos vistos en las sesiones*

Sesión	Objetivos	Actividades
0	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar información de los talleres -Generar un buen rapport -Explicar metas Smart 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación de contenidos, horario y normas -Escucha activa y resolución de dudas -Identificación de dificultades y objetivos
1	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar emociones -Definir qué son las emociones, función e influencia -Introducir los tres componentes de la experiencia emocional -Señalar el refuerzo de conductas desadaptativas -Identificar desencadenante, respuesta y consecuencia de las emociones 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación del conocimiento sobre emociones y sus componentes -Definición de emociones agradables y desagradables -Identificación de emociones y conductas impulsadas por éstas -Introducción del concepto desencadenante y explicación del tornado emocional. -Ciclo de la evitación y consecuencias -Autorregistro
2	<ul style="list-style-type: none"> -Exponer los conceptos de acción opuesta y experimento conductual -Identificar actividades agradables 	<ul style="list-style-type: none"> -Introducción del concepto e identificación de acciones opuestas -Experimentos conductuales a través de canciones -Listado actividades placenteras
3	<ul style="list-style-type: none"> -Describir sensaciones físicas -Identificar sensaciones físicas -Practicar exposición a sensaciones físicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Clasificación sensaciones corporales -Identificación corporal de sensaciones de miedo o ansiedad -Experimentos conductuales
4	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar flexibilidad cognitiva y pensamiento automático -Enseñar trampas de pensamiento -Pensar como un detective -Resolver problemas 	<ul style="list-style-type: none"> -Ilusiones ópticas -Psicoeducación distorsiones cognitivas -Discusión de pensamientos -Pasos para resolver problemas

Sesión	Objetivos	Actividades
5	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar conciencia centrada en el presente -Explicar conciencia sin juzgar -Exposición a emociones 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducación y práctica de concentración en los cinco sentidos -Ejemplificación de actitud crítica y ejercicio de mindfulness
6	<ul style="list-style-type: none"> -Repasar lo aprendido -Afrontar situaciones desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de técnicas tratadas en los talleres -Psicoeducación sobre la exposición y la habituación. Repaso trampas de pensamiento y conciencia plena -Exposición gradual en 5 pasos
7	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar técnicas útiles -Reflexionar sobre los progresos -Prevenir recaídas -Evaluación postest 	<ul style="list-style-type: none"> -Repaso de habilidades aprendidas -Revisión de cambios -Plan post-tratamiento -Cumplimentación encuesta online
8	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el estado actual de los participantes -Repasar técnicas -Revisar logros -Repasar módulos adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> -Puesta en común grupal -Repaso de técnicas aprendidas -Revisión de logros y áreas de mejora -Repaso módulos bullying, gestión de estrés por covid y promoción de la salud

Tipo de diseño

El trabajo que nos ocupa es un diseño de caso único (N=1) con medidas pretest, postest y de seguimiento a los cinco meses.

Resultados

Tras la intervención se produjo un notable descenso de la sintomatología ansiosa y depresiva medida con la escala RCADS-30 (PD [pretest] = 56; PD [postest] = 21; PD [seguimiento] = 17) (véase Figura 1.).

Como puede observarse en la Figura 2, las subescalas TAS y Depresión mayor son las que mayor cambio mostraron, indicando una reducción en sus puntuaciones de 11 puntos (pretest) a 0 (postest y seguimiento) y de 11 puntos (pretest) a 3 (postest) y 0 (seguimiento), respectivamente. Por su parte, la subescala Pánico también mostró cambios positivos, pasando de puntos 8 (pretest) a 1 (postest) y 0 (seguimiento). En cuanto a Fobia social, se encontró un descenso de las puntuaciones de 14 puntos (pretest) a 5 (postest), sin embargo, se produjo un incremento a 8 en el seguimiento. Por último, mientras que la subescala TOC disminuyó sus puntuaciones de 8 (pretest) a 5 (postest) y 4 (seguimiento), la de TAG las incrementó de 4 (pretest) a 7 (postest) y 5 (seguimiento).

Figura 1

Puntuación directa pretest, postest y seguimiento RCADS-30 total.

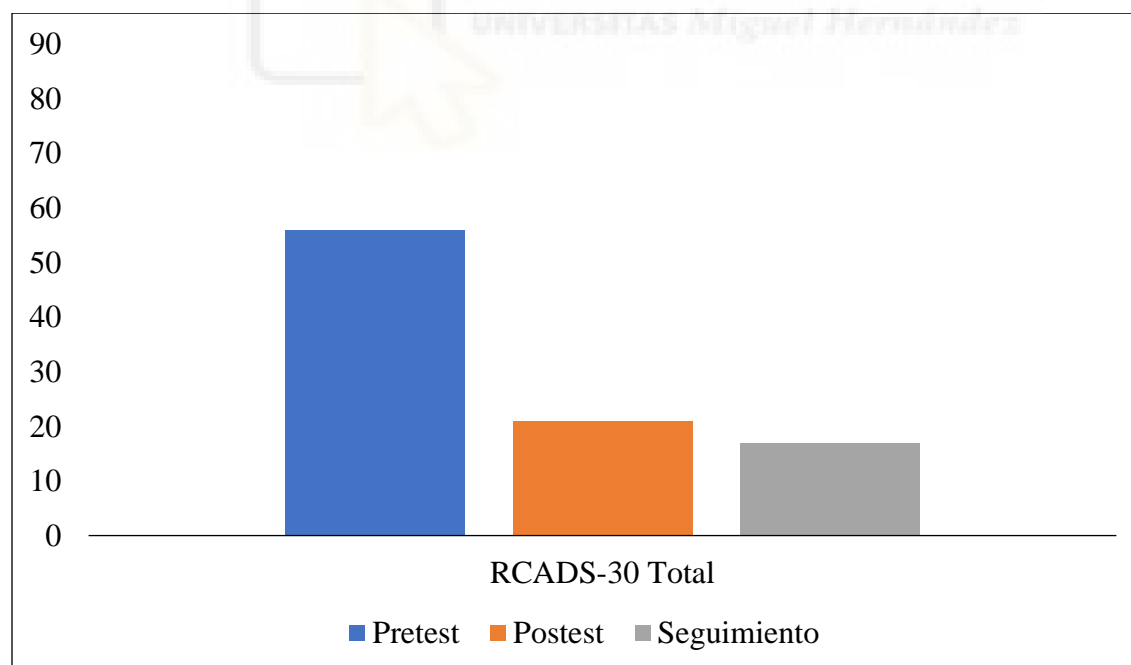
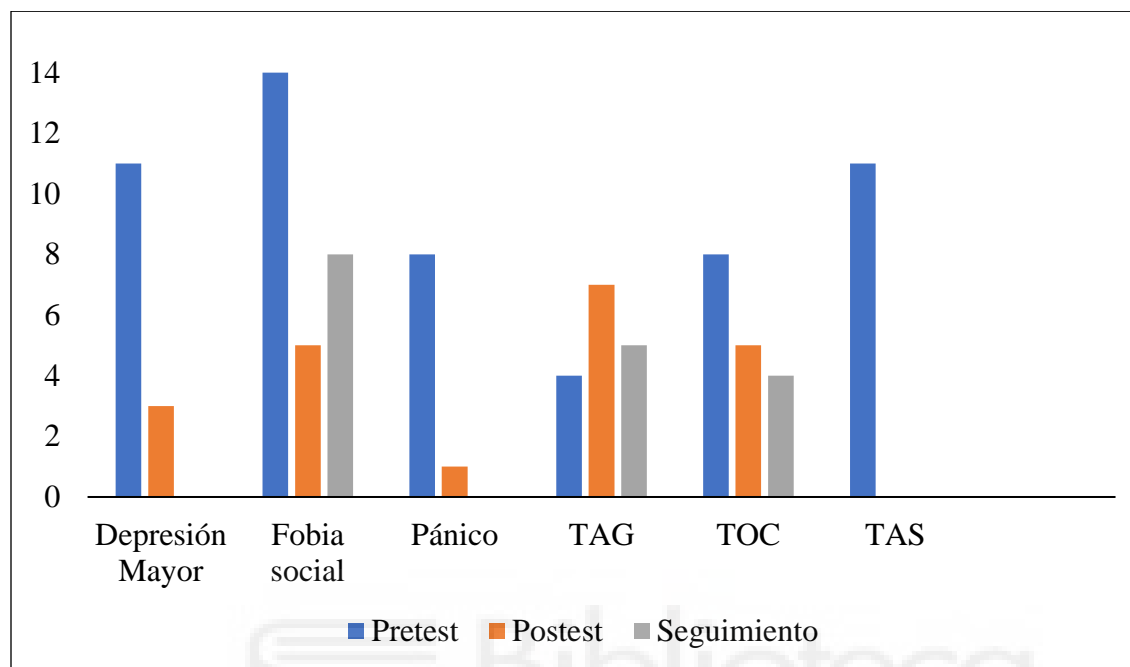


Figura 2

Puntuación directa pretest, postest y seguimiento subescalas RCADS-30.

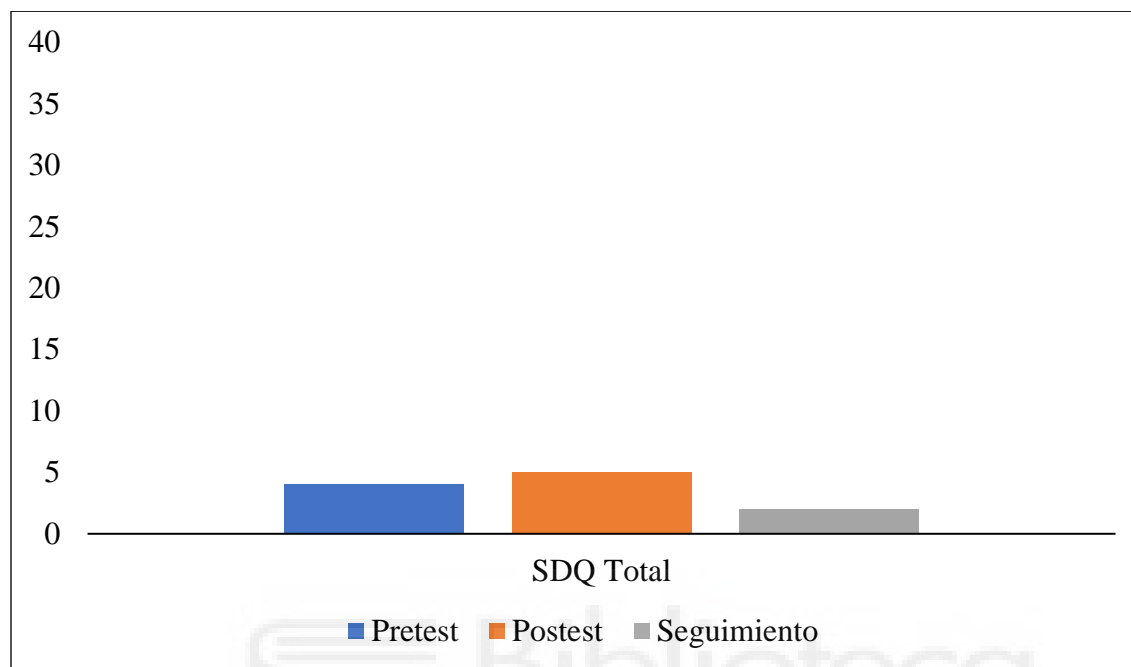


Nota. Pánico = Trastorno de Pánico; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo; TAS = Trastorno de Ansiedad por Separación

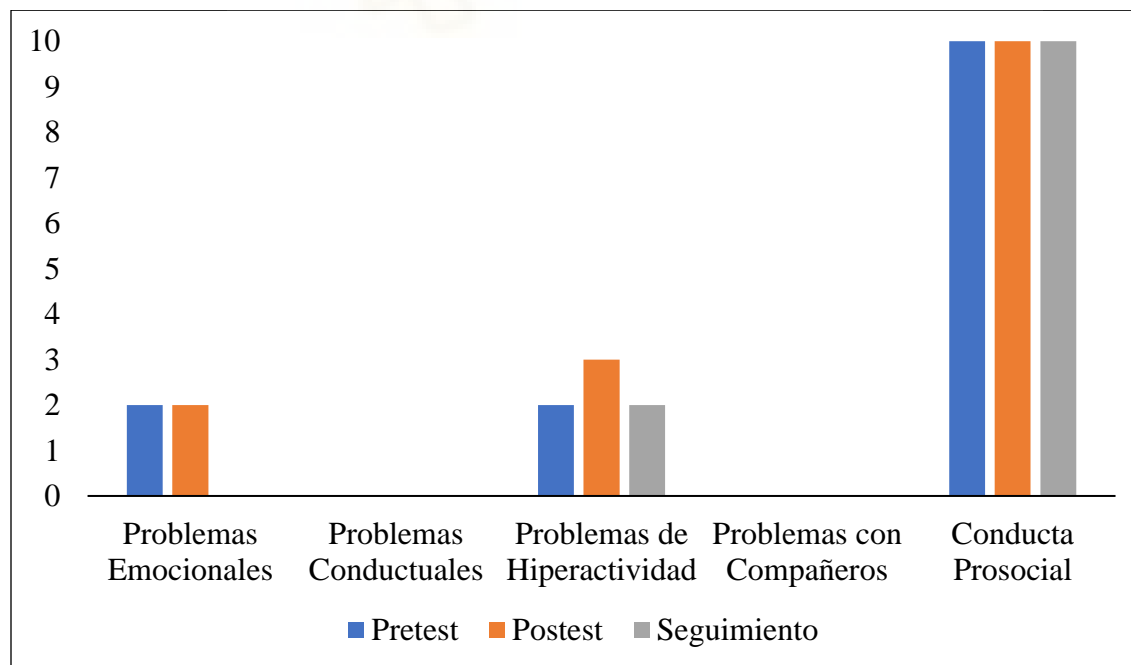
En relación con el SDQ, se halló un incremento en la puntuación total de dificultades o problemas. Dicho aumento consistió en el paso de 4 a 5 puntos en el postest y un ligero descenso hasta alcanzar los 2 puntos en el seguimiento. Únicamente en Problemas Emocionales se observó un decremento de las puntuaciones de 2 puntos tanto en el pretest como en postest a 0 en el seguimiento. La subescala Problemas de Hiperactividad mostró un ligero incremento de 2 a 3 puntos entre el pre y el postest para volver a descender a 2 puntos en el seguimiento. Por último, los factores Problemas Conductuales y Problemas con Compañeros, cuyas puntuaciones pretest fueron 0, no presentaron cambios.

Figura 3

Puntuación directa pretest, postest y seguimiento SDQ total.

**Figura 4**

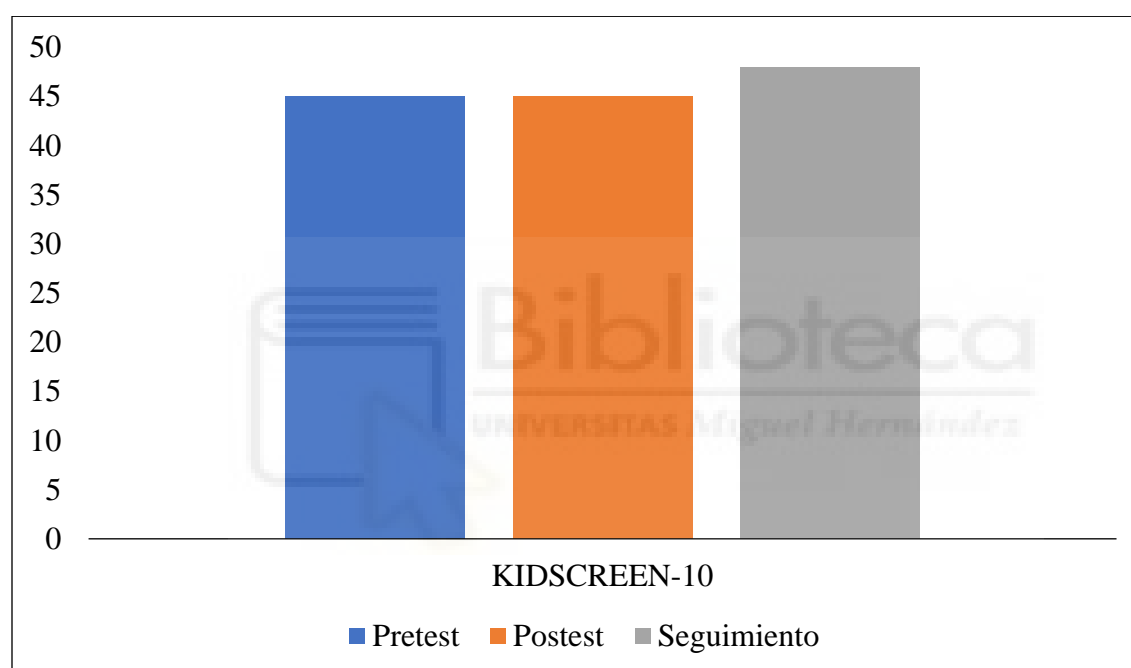
Puntuación directa pretest, postest y seguimiento subescalas SDQ.



En cuanto a la calidad de vida percibida medida con el cuestionario KIDSCREEN-10, la menor partía de una puntuación pretest igual a 45, indicativa de una buena salud y funcionamiento percibidos (véase Figura 5). En la medida posttest, la puntuación se mantuvo sin cambios para aumentar a 48 puntos en el seguimiento, lo cual denota una leve mejora.

Figura 5

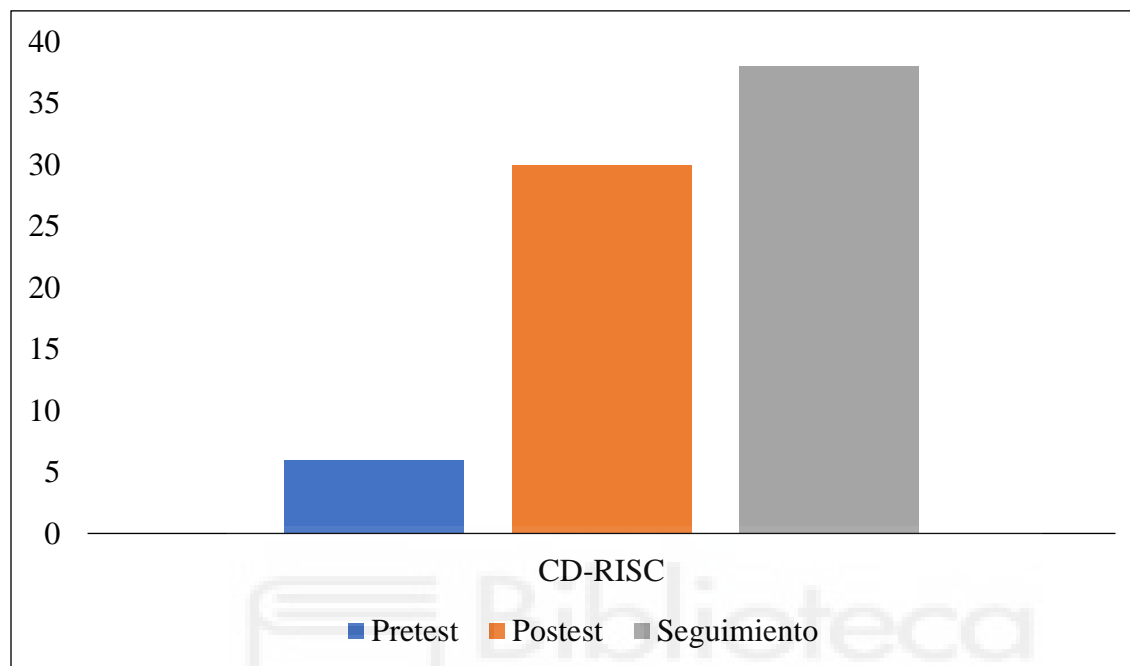
Puntuación directa pretest, postest y seguimiento KIDSCREEN-10



En relación con la escala CD-RISC, se halló una gran mejora de las puntuaciones de resiliencia tras el tratamiento (véase Figura 6). En este caso, la menor partía de una puntuación de 6 en el pretest (muy baja resiliencia) que aumentó hasta 30 después de la intervención (puntuación indicativa de fortaleza o alta resiliencia). Tras el seguimiento, incrementó a 38 puntos. Es decir, se alcanza un nivel de resiliencia elevado que se interpreta como protección contra los problemas emocionales.

Figura 6

Puntuación Directa Pretest, Postest y Seguimiento CD-RISC.



Por último, cabe mencionar los datos obtenidos en los índices de bullying y cyberbullying, interesantes en este caso. Respecto a bullying, la menor pasó de una puntuación directa igual a 4 en el pretest, indicativa de problemas, a una puntuación de 2 en el seguimiento, que implicaba la existencia de tan solo riesgo.

En cuanto a cyberbullying, Marta pasó de una puntuación de 4 en el pretest, que sugería problemas, a 0 en el seguimiento, lo cual indica la ausencia de éstos.

La tabla 2 muestra una comparación entre las medidas pre, postintervención y de seguimiento, así como el índice de cambio fiable (ICF, Jacobs y Truax, 1991) y el porcentaje de mejora en el RCADS-30. Así, podemos apreciar un cambio estadísticamente significativo entre el pretest y el postest y entre el pretest y el seguimiento en las dimensiones TAS, Pánico, TOC y Social con puntuaciones z muy inferiores a -1.96 y porcentajes de mejora por encima del 30%,

punto aceptable en la mayoría de estudios clínicos según Ostelo et al., (2008). Además, dicho cambio resulta igualmente relevante a nivel clínico en TAS y Pánico, puesto que las puntuaciones tras la intervención se sitúan por debajo de los puntos de corte establecidos. En cuanto a Depresión, los cambios evaluados en los tres momentos temporales (pre, post y seguimiento) resultaron clínica y estadísticamente significativos ($ICF \leq -1.96$), alcanzándose una mejora del 100% en el seguimiento.

Por el contrario, en TAG se observó un empeoramiento significativo de las puntuaciones tras la intervención ($ICF = 2.423$), que situó a la menor por encima del punto de corte, percibiéndose cierta mejoría en el seguimiento ($ICF = -1.615$).

En conclusión, el cambio en la puntuación total del RCADS-30 indicó una reducción significativa a nivel clínico y estadístico de la sintomatología ansioso-depresiva de la menor, tanto el pretest y el posttest como entre el pretest y el seguimiento, alcanzando porcentajes de mejora del 63% y el 70%, respectivamente.

En cuanto al SDQ (véase tabla 3), no se halló ningún cambio significativo en las puntuaciones ni clínica ni estadísticamente, puesto que la adolescente no rebasó en ninguna de las dimensiones el punto de corte indicativo de riesgo. No obstante, a nivel emocional se observó una disminución del 100% de la sintomatología entre el pretest y seguimiento mientras que, en hiperactividad, hallamos un empeoramiento del 50% tras la intervención. Respecto a la puntuación total de problemas psicológicos, cabe mencionar el porcentaje de mejora del 60% entre posttest y seguimiento.

Tabla 2

Puntuaciones, puntos de corte, índice de cambio fiable y porcentajes de mejora del RCADS-30

RCADS-30							
	PD Pre	PD Post	PD Seg	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Depresión	11	3	0	5	T1-T2: -5.318	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 73%
					T2-T3: -1.994	Sí ($p<0.05$)	T2-T3: 100%
					T1-T3: -7.313	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 100%
Social	14	5	8	5	T1-T2: -4.621	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 64%
					T2-T3: 1.540	No	T2-T3: -60%
					T1-T3: -3.080	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 43%
Pánico	8	1	0	5	T1-T2: -4.816	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 88%
					T2-T3: -0.688	No	T2-T3: 100%
					T1-T3: -5.504	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 100%
TAG	4	7	5	7	T1-T2: 2.423	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: -75%
					T2-T3: -1.615	No	T2-T3: 29%
					T1-T3: 0.808	No	T1-T3: -25%
TOC	8	5	4	4	T1-T2: -2.127	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 38%
					T2-T3: -0.709	No	T2-T3: 20%
					T1-T3: -2.836	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 50%
TAS	11	0	0	8	T1-T2: -7.314	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 100%
					T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0%
					T1-T3: -7.314	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 100%
Total	56	21	17	29	T1-T2: -10.567	Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 63%
					T2-T3: -1.208	No	T2-T3: 19%
					T1-T3: -11.775	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 70%

Nota. PD Pre = puntuación directa pretest; PD Post = puntuación directa posttest; PD Seg =

puntuación directa seguimiento; PC = punto de corte; ICF = índice de cambio fiable; Sig =

significación; T1 = pretest; T2 = posttest; T3 = seguimiento

Tabla 3

Puntuaciones, punto de corte, índice de cambio fiable y porcentaje de mejora SDQ

SDQ							
	PD Pre	PD Post	PD Seg	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Emocional	2	2	0	0-5 normal	T1-T2: 0.000	No	T1-T2: 0%
				6 límite	T2-T3: -1.280	No	T2-T3: 100%
				7-10 alterado	T1-T3: -1.280	No	T1-T3: 100%
Conducta	0	0	0	0-3 normal	T1-T2: 0.000	No	T1-T2: 0%
				4 límite	T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0%
				5-10 alterado	T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 0%
TDAH	2	3	2	0-5 normal	T1-T2: 0.517	No	T1-T2: -50%
				6 límite	T2-T3: -0.517	No	T2-T3: 33%
				7-10 alterado	T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 0%
Relaciones	0	0	0	0-3 normal	T1-T2: 0.000	No	T1-T2: 0%
				4-5 límite	T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0%
				6-10 alterado	T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 0%
Prosocial	10	10	10	6-10 normal	T1-T2: 0.000	No	T1-T2: 0%
				5 límite	T2-T3: 0.000	No	T2-T3: 0%
				0-4 alterado	T1-T3: 0.000	No	T1-T3: 0%
Total	4	5	2	0-15 normal	T1-T2: 0.291	No	T1-T2: -25%
				16-19 límite	T2-T3: -0.874	No	T2-T3: 60%
				20-40 alterado	T1-T3: -0.582	No	T1-T3: 50%

Respecto al CD-RISC, cabe mencionar que existió un cambio estadísticamente significativo ($ICF \geq 1.96$) y clínicamente relevante entre las puntuaciones obtenidas por la adolescente entre el pretest y el postest y entre el pretest y el seguimiento, alcanzándose una mejora del 400% y el 533%, respectivamente (véase tabla 4).

En el caso del KIDSCREEN-10, a pesar de observarse una mejora de las puntuaciones, dicho cambio no tuvo relevancia estadística ni clínica puesto que se partía de una alta calidad de vida relacionada con la salud (véase tabla 4).

Tabla 4

Puntuaciones, punto de corte, índice de cambio fiable y porcentaje de mejora CD RISC y

KIDSCREEN-10

CD-RISC							
	PD Pre	PD Post	PD Seg.	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Total	6	30	38	≤ 35	T1-T2: 4.444 T2-T3: 1.481 T1-T3: 5.925	Sí ($p<0.05$) No Sí ($p<0.05$)	T1-T2: 400% T2-T3: 27% T1-T3: 533%
KIDSCREEN-10							
	PD Pre	PD Post	PD Seg.	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Total	45	45	48	40 ≥	T1-T2: 0.000 T2-T3: 0.833 T1-T3: 0.833	No No No	T1-T2: 0% T2-T3: 7% T1-T3: 7%

Tabla 5

Puntuaciones, punto de corte, índice de cambio fiable y porcentaje de mejora SCREENING

ACOSO ENTRE IGUALES

BULLYING							
	PD Pre	PD Post	PD Seg.	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Total	4	—	2	0-1 normal 2 riesgo 3 ≥ problema	T1-T3: -1,076	No	T1-T3: 50%
CYBERBULLYING							
	PD Pre	PD Post	PD Seg.	PC	ICF	Sig.	Porcentaje mejora
Total	4	—	0	0 normal 1-3 riesgo 4 ≥ problema	T1-T3: -3.416	Sí ($p<0.05$)	T1-T3: 100%

Respecto a bullying y cyberbullying (véase tabla 5), sólo la mejora en este último alcanzó la relevancia clínica y estadística ($ICF \geq 1.96$). En cuanto al primero, a pesar de producirse una mejora del 50%, no resultó significativa ya que la menor sigue puntuando en riesgo.

Discusión

El presente trabajo tuvo por objeto analizar la utilidad de un tratamiento preventivo transdiagnóstico basado en la adaptación de los módulos elementales del UP-A (Ehrenreich-May et al., 2018) aplicado grupalmente mediante teleterapia para prevenir el desarrollo de problemas emocionales. Atendiendo a los resultados obtenidos tras la intervención, cabe destacar que se alcanzaron los objetivos planteados. Así, se logró la reducción de los síntomas ansioso-depresivos, el incremento de la resiliencia y la mejora de la calidad de vida en Marta. En consecuencia, puede interpretarse que la adolescente disminuyó el riesgo de desarrollar problemas emocionales.

En relación con el primer objetivo centrado en la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva, la intervención resultó efectiva, ya que disminuyeron las puntuaciones hasta desaparecer el riesgo de experimentar problemas de ansiedad y depresión. Estos resultados, concuerdan con los hallados en otros estudios que defienden que las intervenciones transdiagnósticas son eficaces para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Así, Orgilés et al., (2019) encontraron una disminución significativa en depresión y en la mayoría de dimensiones de ansiedad evaluadas tras la aplicación del programa Super Skills For Life en niños de 8 a 12 años. Por su lado, Martinsen et al. (2019) hallaron un decremento significativo de los síntomas ansioso-depresivos aplicando el programa EMOTION en escolares. Respecto al UP-A, estudios diversos han reportado resultados similares (García-Escalera et al., 2020; Shaw et al., 2020; Sherman y Ehrenreich-May, 2020).

Concretamente, en el descenso de la sintomatología en Fobia Social, parece que ayudó el formato grupal de los talleres, así como las exposiciones trabajadas durante las semanas. Como mencionó la adolescente, el malestar al realizar actos en público disminuyó, aunque siguió teniendo dificultades. Además, la coincidencia de la medida posttest con el final de las clases y del seguimiento con el inicio del nuevo curso podría explicar que mantuviera una puntuación de riesgo en este último.

Lo mismo ocurrió con el TOC, donde la menor siguió mostrando riesgo a pesar de haber disminuido significativamente las puntuaciones. Respecto a esto, Marta afirmaba que la frecuencia de sus pensamientos intrusivos había disminuido, pero no habían desaparecido por completo. Por el contrario, en TAG, se produjo un empeoramiento tras los talleres, que podría explicarse atendiendo al mayor contacto con emociones desagradables y a las exposiciones realizadas a lo largo de las sesiones.

Siguiendo con el segundo objetivo, se evidenció un aumento estadística y clínicamente significativo del grado de resiliencia. Este cambio cuantitativo concuerda con los datos cualitativos expresados por la menor. Así, la participante afirmó que los contenidos trabajados le ayudaron a afrontar y tolerar la situación de acoso escolar que estaba viviendo, pudiendo resolverla por sí misma e incrementado su autoconfianza. Estos resultados son similares a los hallados por Sánchez-Hernández y Canales (2020), que encontraron una mejora significativa de la resiliencia mediante la aplicación del programa Resiliencia y Bienestar “Quédate en casa” dirigido a mejorar el bienestar y prevenir problemas emocionales en adultos y familias durante el confinamiento y la desescalada.

En cuanto al tercer objetivo, aunque tras la intervención la calidad de vida no aumentó y sólo se mantuvo, en el seguimiento se advirtió una ligera mejoría, aunque no significativa. Estos

resultados coinciden, en cierto modo, con los hallados por García-Escalera et al., (2020) que, tras la aplicación del UP-A, encontraron mejoras significativas en la calidad de vida de un grupo de adolescentes. Diversos estudios han concluido lo mismo tras la aplicación grupal del Protocolo Unificado en adultos (Bullis et al., 2015; Ito et al., 2016; Osma et al., 2021; Tulbure et al., 2018). No obstante, ha de tenerse en cuenta que la menor partía de una puntuación elevada, indicadora de una buena calidad de vida percibida relacionada con la salud que dificultaba poder alcanzar una puntuación muy superior.

De hecho, esta puntuación inicial en calidad de vida puede resultar contradictoria con la situación de bullying informada en la entrevista y las repercusiones a nivel anímico, de apetito y de relaciones sociales. Una posible explicación es que el tiempo transcurrido y la gravedad de la situación de bullying no era muy intensa todavía y, aunque había generado sintomatología ansioso-depresiva reactiva, todavía no había repercutido de forma significativa en su nivel de funcionamiento diario. Probablemente esto fue así, porque se intervino en un momento temprano del desarrollo del problema de convivencia.

Por último, cabe mencionar que el cuestionario SDQ, como test de cribado de posibles dificultades psicológicas, no detectó riesgo en ninguna de las áreas evaluadas. Este hecho, contradice los resultados obtenidos en el RCADS-30, donde la menor presentó puntuaciones de riesgo en cinco de las seis áreas evaluadas. Este suceso podría explicarse atendiendo a la falta de especificidad de las preguntas del cuestionario SDQ, el cual sólo incluye 5 ítems para problemas emocionales en general en comparación con el RCADS-30, que incluye 5 ítems para cada subtipo de sintomatología de ansiedad y depresión.

El presente trabajo cuenta con una serie de limitaciones. Algunas de las más relevantes están relacionadas con que este trabajo forma parte de una investigación donde se pone a prueba

la eficacia de la versión abreviada en formato grupal y mediante teleterapia del protocolo original del UP-A. Este hecho imposibilitó profundizar en las problemáticas de la adolescente y atenderlas de forma personalizada. Por otro lado, al desarrollarse de manera online, en ocasiones la intervención se vio perjudicada por problemas de conexión o interrupciones derivadas de la falta de privacidad de los menores. Para finalizar, al tratarse de un diseño de caso único no es posible hablar de eficacia ni generalizar los resultados obtenidos a la población general.

Al margen de dichas limitaciones, se puede concluir que la aplicación grupal del UP-A mediante teleterapia ha resultado eficaz para la prevención de problemas psicológicos tanto a corto como a medio plazo en este caso. Respecto a implicaciones para futuros estudios, cabe mencionar la necesidad de evaluar los efectos del UP-A en variables secundarias como calidad de vida o resiliencia. Además, resulta importante continuar desarrollando intervenciones de carácter preventivo, puesto que han demostrado ser eficaces en la reducción de la morbilidad, la discapacidad, el estigma y el coste económico asociado a las enfermedades mentales, lo cual, se traduce en beneficios para la sociedad (Irarrázabal et al., 2016).

Referencias

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal Of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.

- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- 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)
- 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>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents. Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *The State of the World's Children. On My Mind: Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*.
<https://www.unicef.org/media/108281/file/SOWC-2021-Europe-regional-brief.pdf.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Salud Mental e Infancia en el Escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España*. https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2021/03/COVID19_UNICEF_Salud_Mental.pdf
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E., Muñiz, J., ... & 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>
- Garaigordobil, M. (2013). *Cyberbullying: Screening de acoso entre iguales*. Madrid: TEA.
- Garaigordobil, M. (2014). Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales: descripción y datos psicométricos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 311-318. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.617>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., & Chorot, P. (2020). Educational and wellbeing outcomes of an anxiety and depression prevention program for adolescents. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 25(2), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: An Initial Cluster Randomized Wait-List-Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & De La Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish

adolescents. *Psicothema*, 26(3), 401-408.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/10488>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J., & Hidalgo-Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244.

Irrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22(1), 37-50

Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., ... & Ono, Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior Therapy*, 47(3), 416-430.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.005>

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). *Stories: A revision of the willingness & action measure for children and adolescents (WAM-C/a)*. University of North Texas.

- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., . . . Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 212-219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, 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 and Quality of Life Outcomes, 9*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 16 de noviembre 2021, de <https://www.who.int/home/cms-decommissioning>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: Short-and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, & Coping, 32*(6), 694-710.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology, 11*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., & i Riba, S. S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo, 37*(1), 14-26.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional

- disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1–14. doi:10.1080/10503307.2021.1939190
- 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.0b013e31815e3a1>
- Pedreira-Massa, J. L. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-17.
- Piqueras, J. A., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B., & PSICORECUR-SOS COVID-19 study group (2021). Validation of the Spanish Version of *Fear of COVID-19 Scale*: its Association with Acute Stress and Coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00703-y>
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandin, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
- Pizarro-Ruiz, J. P., & Ordóñez-Camblor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Scientific Reports*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9>
- Queen, A. H., Barlow, D. H. y Ehrenreich-May, J. (2014). Las trayectorias de la ansiedad adolescente y los síntomas depresivos en el transcurso de un tratamiento transdiagnóstico. *Revista de Trastornos de Ansiedad*, 28(6), 511–521. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>

- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: a review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *123*, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., ... & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *19*(10), 1487-1500.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Sánchez-Hernández, O. y Canales, A. (2020). Eficacia y Satisfacción del Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en casa. La Psicología en tiempos de Cuarentena y Pandemia. *Revista de Psicoterapia*, *31*(117), 381-398. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.389>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Desarrollo de una versión de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*(3), 165-178.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (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>.

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A., & Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica, 24*(3), 197-215.
- Shaw, A. M., Halliday, E. R., & Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 26*, 100552. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100552>
- Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy, 51*(6), 869-881. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., ... & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 1-15*. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Tulbure, B. T., Rusu, A., Sava, F. A., Sălăgean, N., & Farchione, T. J. (2018). A Web-Based Transdiagnostic Intervention for Affective and Mood Disorders: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health, 5*(2). <https://doi.org/10.2196/mental.8901>
- 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*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>



Apéndice 1. Informe de evaluación de investigación responsable



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

Elche, a 30 de noviembre del 2021

Nombre del tutor/a	José Antonio Piqueras Rodríguez y María Rivera Riquelme
Nombre del alumno/a	Cristina Zaplana Cánovas
Tipo de actividad	Adherido a proyecto
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Intervención preventiva transdiagnóstica online en un adolescente con riesgo de sufrir problemas emocionales durante el COVID-19.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	211130102837
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.JAPRYMRR.CZC.211130
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: Intervención preventiva transdiagnóstica online en un adolescente con riesgo de sufrir problemas emocionales durante el COVID-19, 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

Página 1 de 2



prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición el Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

