

International Journal of Clinical and Health Psychology

International Journal of Clinical and Health Psychology
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
jcsierra@ugr.es
ISSN: 1697-2600
ESPAÑA

2004

Miquel Tortella-Feliu / Mateu Servera / María Balle / Miquel Angel Fullana
VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SELECTIVA DE LOS
PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA APLICADO EN LA ESCUELA
International Journal of Clinical and Health Psychology, mayo, año/vol. 4, número 002
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Granada, España
pp. 371-387



Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela¹

Miquel Tortella-Feliu² (*Universitat de les Illes Balears e Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut, IUNICS, España*), Mateu Servera (*Universitat de les Illes Balears e Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut, IUNICS, España*), María Balle (*Universitat de les Illes Balears, España*) y Miquel Angel Fullana (*Universitat Autònoma de Barcelona, España*)

(Recibido 16 julio 2003 / Received July 16, 2003)

(Aceptado 23 octubre 2003 / Accepted October 23, 2003)

RESUMEN. Los programas de prevención de los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia son todavía muy escasos. El objetivo del presente estudio fue el de analizar mediante un experimento complejo (diseño 2x3 de un factor entre grupo con dos niveles y un factor intra –tiempo- con tres niveles), la viabilidad de un programa breve de prevención selectiva de los problemas de ansiedad aplicado en la escuela en una muestra de niños y niñas de Educación Secundaria Obligatoria. Trece niños/-as con elevada sensibilidad a la ansiedad recibieron un programa para la prevención de la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad en la infancia y adolescencia se considera como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad. Un grupo de sujetos procedentes de la misma muestra y con puntuaciones normales en todas las variables estudiadas sirvió de grupo control. Al final de la intervención, el grupo al que se aplicó el programa preventivo mostró reducciones estadísticamente significativas respecto al grupo control en dos de las tres variables de

¹ Queremos agradecer a la Dra. Cristina Botella sus comentarios y recomendaciones a la primera versión del artículo.

² Correspondencia: Departament de Psicologia. Universitat de les Illes Balears. Edifici Guillem Cifre de Colonya. Carretera de Valldemossa km.7,5. 07122 Palma de Mallorca (España). E-Mail: miquel.tortella@uib.es

resultado analizadas: sensibilidad a la ansiedad, ansiedad rasgo pero no en sintomatología depresiva. Los resultados se mantenían en el seguimiento a tres meses.

PALABRAS CLAVE. Prevención. Ansiedad. Infancia. Experimento.

ABSTRACT. Prevention programs for psychopathological disorders in children or adolescents are still scarce. The aim of this study was to analyse, in a complex experiment (2x3 design with the between factor Group with two levels and the within factor Time with three levels), the feasibility of a brief school-based selected prevention program for anxiety disorders in a sample of secondary education children with high scores in anxiety sensitivity. Anxiety sensitivity in children and adolescents is one of the most recognized early risk factors for the development several anxiety disorders. Thirteen children with high anxiety sensitivity scores received a program for the prevention of anxiety. A group of subjects from the initial normal sample and with normal scores on all the variables studied served as a control group. At post-intervention the prevention program group showed a significant reduction in two of the three outcome variables: anxiety sensitivity, trait anxiety but not in depressive symptomatology. Results were maintained in a 3-month follow-up.

KEYWORDS. Prevention. Anxiety. Children. Experiment.

RESUMO. Os programas de prevenção das perturbações psicopatológicas na infância e na adolescência são ainda escassos. O objectivo do presente estudo foi analisar, através de um plano experimental complexo (plano 2x3 de um factor entre grupos com dois níveis e um factor intra-tempo - com três níveis), a viabilidade de um programa breve de prevenção selectiva dos problemas de ansiedade aplicado numa amostra de rapazes e raparigas do Ensino Secundário Obrigatório com elevada sensibilidade à ansiedade. A sensibilidade à ansiedade na infância e adolescência é considerada um dos principais factores de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade. Treze crianças com elevada sensibilidade para a ansiedade receberam um programa para a prevenção da ansiedade. Um grupo de sujeitos procedentes da mesma amostra e com pontuações normais em todas as variáveis estudadas serviu de grupo de controlo. No final da intervenção o grupo ao qual se aplicou o programa preventivo mostrou reduções estatisticamente significativas por comparação com o grupo de controlo em duas das três variáveis analisadas: sensibilidade à ansiedade, ansiedade de traço mas não na sintomatologia depressiva. Os resultados mantiveram-se no período de seguimento de três meses.

PALAVRAS CHAVE. Prevenção. Ansiedade. Crianças. Experiência.

Introducción

Los ámbitos de intervención preventiva y de promoción de la salud son, potencialmente, tan extensos como puedan serlo el conjunto de comportamientos o factores ambientales y sociales implicados en el mantenimiento, promoción o deterioro de la

salud y el bienestar. Los programas diseñados en tales ámbitos han tenido como principal foco de atención la prevención o promoción, según el caso, de conductas y condiciones ambientales que afectan la salud orgánica (prevención del SIDA, consumo de drogas, prevención de la accidentabilidad, promoción de la actividad física regular, etc.) (Arco y Fernández Castillo, 2002). Sin embargo, hasta la fecha se ha prestado muy poca atención al diseño, análisis y aplicación de programas de prevención para los trastornos psicopatológicos. Sin duda, ésta sigue siendo la cuestión más olvidada – prácticamente inédita – de la investigación y la práctica preventiva, aunque todo parece indicar que en los próximos años no sólo va a experimentar un notable crecimiento, sino que se convertirá en uno de los polos de desarrollo más importantes de la Psicología clínica conductual (véase, por ejemplo, Norton, Asmundson, Cox y Norton, 2000 y Roth y Dadds 1999 en el caso de los trastornos de ansiedad). De hecho, en algunos países anglosajones las políticas de promoción de las intervenciones preventivas en los trastornos psicopatológicos han recibido un impulso muy importante, abriendo un nuevo campo en el ámbito de la investigación y la práctica preventiva (Coie *et al.*, 1993; Mrazek y Haggerty, 1994; National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, 1998).

En el ámbito de la prevención de las alteraciones psicopatológicas en la infancia y la adolescencia, los trastornos externalizantes (conductas disruptivas, comportamiento antisocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante) son los que han recibido una mayor atención (Greenberg, Domitrovich y Bumbarger, 2001; Peters y McMahon, 1996), mientras que han sido mucho menores los esfuerzos preventivos dirigidos a los trastornos internalizados, entre los cuales los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo ocupan un lugar muy destacado. Probablemente la preocupación actual por encontrar modelos específicos de intervención cognitivo-conductual en el ámbito infantil, junto con el continuo desarrollo y adaptación de medidas válidas y fiables de esos trastornos en niños/-as y adolescentes (Olivares, García-López, Hidalgo, La Greca, Turner y Beidel, 2002), potenciará esta posibilidad (Stallard, 2002).

Centrándonos en los trastornos de ansiedad, existen múltiples razones por las cuales su prevención en la infancia y la adolescencia debería ocupar un lugar destacado en la práctica clínico-educativa. Además de los motivos generales que hacen deseable cualquier acción preventiva y de promoción de la salud, podemos enumerar una serie de razones específicas para promover intervenciones preventivas del desarrollo de estas alteraciones (Donovan y Spence, 2000; Greenberg *et al.*, 2001; Spence, 2001). Los trastornos de ansiedad son el grupo de alteraciones comportamentales más prevalentes en la infancia y en el conjunto de la población y, además, se relacionan con un amplio abanico de consecuencias negativas que van mucho más allá del simple malestar subjetivo: dificultades para establecer relaciones estrechas con los demás, interferencia en el rendimiento académico, etc. La presencia de sintomatología ansiosa en la infancia predice, en un elevado porcentaje de casos, el posterior desarrollo de un trastorno de ansiedad (Dadds, Spence, Holland, Barrett y Laurens, 1997). De hecho, un porcentaje destacado de los trastornos de ansiedad en adultos tiene su inicio en la infancia o adolescencia. En caso de que en esta época ya se detecte la presencia de un trastorno

de ansiedad, la tendencia es que persista en años posteriores. Por ejemplo, Dadds, Holland, Laurens, Mullins, Barrett y Spence (1999) informan que el 50% de los niños y niñas de entre 8 y 12 años diagnosticados de un trastorno de ansiedad seguía reuniendo los criterios de la alteración dos años después. Por otra parte, existen evidencias de que la ansiedad en la infancia juega un papel determinante en la génesis de problemas depresivos durante la adolescencia y en la primera edad adulta (Cole, Peeke, Martin, Truglio y Seroczynski, 1998). Por último, hay que indicar que, a pesar de su elevada prevalencia, relativa cronicidad y de actuar como factor predisponente para el desarrollo de otras alteraciones, muchos de los sujetos con esta problemática no reciben, por motivos diversos, asistencia especializada alguna (Donovan y Spence, 2000). Todas estas parecen razones más que suficientes para que los trastornos de ansiedad reciban atención prioritaria en las intervenciones preventivas que se lleven a cabo en la infancia y la adolescencia.

A pesar de que a principios de la década de los años ochenta encontramos los primeros trabajos pioneros en este campo (Pelechano, 1981), hasta el momento se dispone, únicamente, de dos programas de intervención preventiva de la ansiedad para niños y adolescentes que hayan mostrado su eficacia en estudios controlados aleatorizados: el programa de prevención indicada FRIENDS desarrollado por el grupo de investigación australiano de las Universidades de Queensland y Griffith (Barrett, Moore y Sonderegger, 2000; Barrett, Moore, Sonderegger y Sonderegger, 2001; Dadds *et al.*, 1997) y el programa de prevención selectiva de LaFreniere y Capuano (1997); este último, a diferencia del primero, está centrado solamente en la modificación del comportamiento de las madres y no en las conductas de los propios niños. Más recientemente, Rapee y Jacobs (2002) han profundizado en la línea de LaFreniere y Capuano (1997) y han presentado los primeros datos de un programa para modificar el temperamento inhibido de niños pequeños con vistas a reducir la posible aparición de problemas de ansiedad en el futuro.

El FRIENDS es un programa multicomponente de intervención grupal dirigido a chicos y chicas entre 7 y 16 años. Se estructura en 12 sesiones de 45-60 minutos de duración, dos de ellas son sesiones de repaso que se realizan al mes y a los tres meses de finalización del bloque principal. Además, se contemplan tres sesiones de intervención, también grupal, con los progenitores. El programa recurre a los procedimientos cognitivo-conductuales que tradicionalmente se utilizan en la intervención para los problemas de ansiedad (educación sobre la ansiedad, entrenamiento en técnicas de control de la activación, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, autorreforzamiento abierto y encubierto, entrenamiento en solución de problemas y exposición gradual). El FRIENDS, como programa de prevención indicada, demostró ser más eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad que un grupo control sin intervención en seguimientos a seis meses y dos años, aunque no en las medidas postratamiento (Dadds *et al.*, 1997; Dadds *et al.*, 1999). Uno de los problemas de este trabajo es que se incluyeron sujetos con diagnóstico actual de trastorno de ansiedad, con lo que la consideración de esta intervención como estrictamente preventiva es, como mínimo, discutible. Más recientemente, el mismo equipo de investigación ha utilizado el mismo programa FRIENDS en la prevención – según los autores universal,

aunque por las características de la población bien pudiera considerarse selectiva – de problemas de ansiedad y depresión en chicos y chicas procedentes de los países balcánicos refugiados en Australia, con resultados satisfactorios (Barrett *et al.*, 2000; Barrett *et al.*, 2001). Una revisión más detallada de las intervenciones preventivas en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes pueden encontrarse en Tortella-Feliu (2002).

En cualquier caso, y como conclusión, podemos considerar que los estudios de tratamiento publicados hasta la fecha se han dirigido a sujetos con presencia de niveles elevados de sintomatología ansiosa y, en menor medida, a la introversión. Hasta ahora no han sido objeto de intervención, en cambio, otras variables que parecen estar claramente implicadas en el desarrollo de trastornos de ansiedad, como la inhibición conductual (excepción hecha de la intervención pionera de Rapee y Jacobs, 2002, todavía en curso), la presencia de trastornos de ansiedad en los padres, los patrones de crianza inadecuados, la ansiedad rasgo o la sensibilidad a la ansiedad (Chorpita, 2001; Dadds y Roth, 2001; Donovan y Spence, 2000; Eley, 2001; Greenberg *et al.*, 2001; Lonigan y Phillips, 2001; Reiss, Silverman y Weems, 2001; Sandín, 1997; Spence, 2001; Thompson, 2001).

En esta línea cabe destacar que, según Silverman y Weems (1999), la sensibilidad a la ansiedad sería el constructo psicológico más potente en la predicción de trastornos de ansiedad -al menos en adultos- y todo parece indicar que también lo es en población infantil. La sensibilidad a la ansiedad (Reiss *et al.*, 2001; Silverman y Weems, 1999) se refiere al miedo a los síntomas de ansiedad asociado a las creencias de que estas manifestaciones pueden tener consecuencias negativas para uno mismo (Reiss, 1991). La sensibilidad a la ansiedad es significativamente más elevada en sujetos con trastornos de ansiedad que en controles normales. En niños/-as y jóvenes se relaciona positivamente con la presencia de miedos (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 2002) y en la edad adulta con trastorno de pánico, preocupación excesiva y depresión (véanse Silverman y Weems (1999) y Reiss, Silverman y Weems (2001) para una revisión). Por tanto, la detección de sujetos con elevada sensibilidad a la ansiedad podría ser una estrategia adecuada para seleccionar los chicos y chicas susceptibles de intervención preventiva. Adicionalmente, la reducción de la sensibilidad a la ansiedad podría contribuir a disminuir la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad y/u otros trastornos psicopatológicos. En relación con este punto, Silverman y Weems (1999) observaron una reducción en sensibilidad a la ansiedad en los sujetos que mejoraban después de recibir un adecuado tratamiento para la fobia social y trastorno de ansiedad generalizada, mientras que se mantenía igual en los niños que no habían mejorado al final de la intervención.

En otro orden de cosas, una de las novedades más destacadas del último decenio en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos ha sido el de la extensión de programas de intervención breve, incluida la consultoría conductual (Bond y Dryden, 2002). Este tipo de intervenciones presentan índices de eficacia iguales -e incluso superiores- a tratamientos más largos, tienen la ventaja potencial de minimizar el número de abandonos, costes más reducidos y pueden ser más recomendables en el abordaje de dificultades leves o moderadas, circunscritas y sin excesiva interferencia en el funcionamiento personal, social o laboral de las personas. Los programas de prevención

aplicados en niños/-as y adolescentes se caracterizan por su relativamente larga duración y la implicación de otras personas en la intervención. Nos planteamos, por tanto, la posibilidad de que intervenciones preventivas más breves que las utilizadas hasta la fecha puedan conseguir resultados similares a las aplicadas en el tratamiento de trastornos psicopatológicos. Esto sería especialmente importante para implicar a los centros educativos, con una más que notable carga laboral, en su aplicación.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la viabilidad de un programa breve de prevención selectiva de los trastornos de ansiedad, mediante un experimento complejo con un diseño 2x3 de un factor *entre* –grupo– con dos niveles y un factor *intra* –tiempo– con tres niveles (véase sección de Método) (Montero y León, 2002). De acuerdo con la clasificación propuesta por el *Committee on Prevention of Mental Disorders del Institute of Medicine* de Estados Unidos (Mrazek y Haggerty, 1994), la prevención selectiva es aquella que se dirige a subgrupos de la población que presentan un riesgo potencial significativamente mayor que el resto de las personas de desarrollar un trastorno psicopatológico.

Nuestra hipótesis fue que un programa preventivo cognitivo-conductual breve conseguiría reducir los niveles de sensibilidad a la ansiedad en los sujetos objeto de atención, en comparación a un grupo control sin tratamiento. Adicionalmente, se esperaba que la disminución en sensibilidad a la ansiedad se acompañaría de reducciones en otros factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad y otras alteraciones psicopatológicas.

La estructura de este trabajo se ajusta a las normas propuestas por Bobenrieth (2002).

Método

Muestra

Para seleccionar a los participantes se evaluaron 126 niños y niñas que cursaban estudios de Enseñanza Secundaria Obligatoria en una escuela concertada de Inca, una ciudad de unos 30.000 habitantes de la comarca del Raiguer en Mallorca, con edades comprendidas entre los 11 y los 15 años ($M = 13,28$ años; desviación estándar = 1,20). El 61,9% eran chicos y el 38,1% chicas y todos ellos eran lingüísticamente competentes en catalán y español. Tras el cribado inicial, 13 sujetos (8 chicas y 5 chicos) cumplieron los criterios establecidos para ser objeto de la intervención preventiva, básicamente presentar niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad. Cinco sujetos que también reunían ese criterio fueron descartados al detectarse, mediante una entrevista individualizada, la presencia de algún trastorno de ansiedad y/o afectivos según los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (véanse los apartados de instrumentos y procedimiento). A continuación se seleccionó aleatoriamente un grupo control, formado también por 13 sujetos (8 chicas y 5 chicos), de entre los restantes que participaron en la evaluación inicial, controlando las variables sexo y curso.

El grupo de intervención presentó una media de edad de 13,07 años (desviación estándar = 1,33) con un rango de 11,26 a 15,78 años; mientras el grupo control presentó

una media de 12,81 (desviación estándar = 1,17) con un rango de 11,18 a 14,79 años. No se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos en esta variable ($t(24)=0,60$ n.s.). Ninguno de los participantes en el estudio había recibido, en momento alguno, tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico, no había sido remitido al servicio de orientación psicopedagógica del centro por problema comportamental alguno, ni reunía criterios para el diagnóstico actual de trastornos de ansiedad y/o afectivos (véanse los apartados de instrumentos y procedimiento). Los valores iniciales en las diferentes variables dependientes aparecen en la sección de resultados.

Instrumentos

- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños/-as (*Childhood Anxiety Sensitivity Index, CASI*) (Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991). Se utilizó la versión catalana del CASI (Fullana-Rivas, Servera, Weems, Tortella-Feliu y Caseras, 2003). Este instrumento, diseñado para su utilización en niños y niñas entre 6 y 17 años de edad, consta de 18 ítem que hacen referencia al constructo de sensibilidad a la ansiedad. El sujeto debe valorar el miedo que le producen diferentes síntomas de ansiedad en una escala de 1 (Nada) a 3 (Mucho). La puntuación total resulta del sumatorio de las valoraciones en cada uno de los ítem (rango 18-54), donde las puntuaciones más elevadas indican mayor sensibilidad a la ansiedad. La versión catalana presenta un índice de consistencia interna de 0,77 y una fiabilidad test-retest a los tres meses de 0,66 y de 0,52 al año.
- Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños, Autoevaluación Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, A-Trait form, STAIC-T*; (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1973). Se trata de un instrumento de autoinforme de 20 ítem para la medida de la ansiedad rasgo, un patrón relativamente estable de conductas ansiosas relacionadas con el ámbito cognitivo (“Me preocupa cometer errores”), afectivo-motor (“Siento ganas de llorar”) y, en menor grado, fisiológico (“Tengo sensaciones extrañas en el estómago”). El sujeto evaluado debe indicar, en una escala de 1 (Casi nunca) a 3 (A menudo), la frecuencia en que experimenta, por lo general, las manifestaciones que se describen en los enunciados de cada uno de los ítem. La puntuación total oscila entre 20 y 60 puntos. Como se señala en el manual de la adaptación española, “la escala A-R (ansiedad rasgo) puede ser útil en diseños experimentales para seleccionar niños que varíen en predisposición a la ansiedad, o como un instrumento de discriminación experimental para detectar tendencias comportamentales neuróticas en niños escolarizados. Puede resultar igualmente valiosa como medida de la efectividad de tratamientos clínicos diseñados para reducir la ansiedad neurótica en niños” (Spielberger, 1990, p. 5-6).
- Inventario de Depresión en Niños/-as (*Children’s Depression Inventory, CDI*) (Kovacs, 1992). Es un autoinforme de 27 ítem utilizado para la evaluación de sintomatología depresiva en niños/-as y jóvenes entre los 7 y los 17 años. Cada uno de los ítem presenta un formato de respuesta de triple elección (tres afirmaciones de las que el sujeto evaluado debe elegir la que más se acerca a su

estado actual), a los que se otorgan valores de 0 (normalidad), 1 (síntoma depresivo leve-moderado) o 2 (presencia inequívoca de síntoma depresivo). La puntuación total de la escala resulta del sumatorio de los valores otorgados a cada respuesta. Las puntuaciones totales cubren un rango de 0 a 54 puntos, donde las puntuaciones más elevadas indican mayor intensidad de sintomatología depresiva. Se establece un punto de corte en los 19 o 20 puntos para la detección de posibles casos de depresión en las evaluaciones colectivas. La versión catalana que hemos utilizado en este estudio presenta una consistencia interna de 0,76 y una fiabilidad test-retest a los 3 meses de 0,55 (Servera y Tortella-Feliu, 1999). El CDI ha sido el instrumento más utilizado en los programas de prevención tanto selectiva como indicada para la depresión, tanto para la selección inicial de sujetos como para la valoración de las intervenciones (Cardemil, Reivich y Seligman, 2002; Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman, 1995; Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994; Yu y Seligman, 2002).

- Entrevista individual estructurada. Con el objeto de descartar la presencia de trastornos de ansiedad y/o afectivos en los sujetos participantes en el estudio se utilizó una adaptación de la Entrevista para los Trastornos de Ansiedad para el DSM-IV – Versión infantil (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DMS-IV - Children / Children Version, ADIS-IV-C*) (Albano y Silverman, 1996).

Procedimiento

La evaluación inicial de todos los sujetos se realizó mediante la aplicación colectiva en el aula de los tres instrumentos señalados en el apartado anterior (CASI, STAIC-R y CDI), por parte del mismo evaluador experto asistido por los profesores tutores de cada grupo. Con anterioridad se había solicitado a los padres, mediante una carta firmada por la dirección del centro, la autorización para proceder a la evaluación de su hijo/a explicando los objetivos del estudio. Los/-as alumnos/-as que no contaron con dicha autorización no fueron evaluados. El criterio de selección fue el de obtener una puntuación centil igual o superior a 90 en el CASI (puntuación directa ≥ 34), lo que debería indicar, inequívocamente, la presencia de niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad. Las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme de ansiedad-rasgo y sintomatología depresiva no se utilizaron como criterio de cribado, sino como medidas adicionales para la valoración de la eficacia de la intervención. El grupo control se seleccionó entre aquellos sujetos que habían presentado puntuaciones dentro de la normalidad, controlando las variables de curso y sexo. Una vez seleccionados los sujetos según el criterio anteriormente expuesto, fueron entrevistados individualmente con el objeto de descartar la presencia de algún trastorno de ansiedad y/o afectivo. Se descartó la historia de antecedentes psicopatológicos mediante la consulta con el servicio de orientación psicopedagógica del centro. Los participantes en ambos grupos (grupo de intervención y grupo control normal) fueron evaluados con los mismos instrumentos de autoinforme que en la evaluación inicial al final de la intervención y transcurridos tres meses de su finalización, dentro del mismo curso escolar.

Condiciones experimentales

Al grupo de intervención se le aplicó el programa de prevención selectiva, previa autorización expresa de los progenitores. El grupo control no recibió intervención alguna. El programa de intervención constó de 6 sesiones grupales, con periodicidad semanal, de unos 45 minutos de duración. Los sujetos se dividieron en dos grupos, de 6 y 7 sujetos respectivamente. La intervención se desarrolló en el mismo centro en horario reservado para actividades extraescolares. La aplicación corrió a cargo de cuatro estudiantes (dos por cada grupo) de último curso de la licenciatura de Psicología, previamente entrenadas para ello y con la asistencia de un manual, elaborado por uno de los autores, en el que se detallaban los contenidos y actividades de cada una de las sesiones. El protocolo de intervención se basa, en gran medida, en el programa FRIENDS para la prevención e intervención temprana en los trastornos de ansiedad (Dadds *et al.*, 1997). El programa proporciona información sobre las respuestas de ansiedad y sus mecanismos y tiene también como objetivo el aprendizaje de algunas habilidades básicas, de naturaleza cognitivo-conductual, para controlar tales respuestas y afrontar situaciones difíciles. Los objetivos y contenidos básicos de cada una de las sesiones se resumen en la Tabla 1. Las sesiones incluían explicaciones – siempre con ejercicios para el aprendizaje a través de la experiencia –, actividades de lápiz y papel, adquisición y práctica de algunas habilidades y experimentos conductuales.

TABLA 1. Objetivos-contenidos básicos de las diferentes sesiones del programa de intervención preventiva.

SESIÓN	OBJETIVOS – CONTENIDOS BÁSICOS
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Reconocer las diferentes respuestas de ansiedad en sus tres canales (cognitivo, fisiológico y motor) b. Dar información sobre la variabilidad de las respuestas de ansiedad y explicación de la funcionalidad de estas respuestas c. Identificación de situaciones que generan ansiedad
2	<ul style="list-style-type: none"> a. Conocer la funcionalidad de las respuestas de ansiedad. Respuestas normales interpretadas como respuestas de ansiedad. La interpretación catastrófica de las respuestas de activación b. La interrelación entre las diferentes respuestas de ansiedad
3	<ul style="list-style-type: none"> a. El papel de la hipervigilancia y la distracción sobre las sensaciones corporales b. Conocer las relaciones entre ansiedad, preocupación, evitación motora y cognitiva
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Entrenamiento en relajación muscular y respiración controlada b. Introducción al concepto de pensamientos automáticos negativos. Generación de pensamientos alternativos (distractores y de autorrefuerzo)
5	<ul style="list-style-type: none"> a. Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la acción b. Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos
6	<ul style="list-style-type: none"> a. El papel de la exposición gradual para controlar situaciones difíciles b. Repaso de las sesiones anteriores

Estadísticos

Para el análisis de resultados se aplicó un análisis multivariante de la variancia en diseño 2x3 de un factor *entre* (grupo) con dos categorías o niveles (intervención y control) y un factor *intra* (tiempo) con tres niveles (evaluaciones preintervención, postintervención y seguimiento). Los niveles de significación se han situado en $\alpha = 5\%$. En todos los análisis se examinó la igualdad de variancias en el factor *entre* mediante la prueba de Levene y en el factor *intra* con la prueba de esfericidad de Mauchly. Si no se indica lo contrario, el supuesto de igualdad de variancias se cumplía. En los casos en que se ha precisado, hemos recurrido para corregir las violaciones de la asunción de esfericidad de los datos al valor de ajuste epsilon de Greenhouse-Geisser. Posteriormente, sin salir del modelo lineal general, se analizaron los resultados para cada grupo experimental por separado y se procedió a la comparación de medias *post-hoc* entre ambos grupos. En estos casos también se han calculado los tamaños del efecto para cada grupo entre los diferentes puntos de medida en las tres variables analizadas mediante el índice *eta* cuadrado (η^2). Por último, y para analizar la significación clínica de los cambios observados en ambos grupos, utilizamos el índice de significación clínica de Jacobson y Truax (1991). Para los tres autoinformes utilizados empleamos las fiabilidades test-retest y la desviaciones estándar observadas en población general en el cálculo de la fiabilidad del cambio terapéutico y del error estándar, respectivamente.

Resultados

En la Tabla 2 aparecen los resultados descriptivos del grupo de intervención y el grupo control en los tres instrumentos de autoinforme utilizados en cada uno de los puntos de evaluación.

TABLA 2. Resultados descriptivos de los grupos experimentales en las medidas de evaluación utilizadas.

	Preintervención		Preintervención		Preintervención	
	M	DE	M	DE	M	DE
Intervención						
CASI	36,38	2,75	30,92	4,89	31,46	6,57
CDI	17,85	6,73	12,77	8,38	12,54	8,53
STAIC-R	44,00	5,31	35,77	6,94	36,23	7,49
Control						
CASI	26,54	4,03	26,08	4,23	26,46	4,67
CDI	9,69	3,90	9,00	3,51	13,08	7,88
STAIC-R	33,69	5,33	32,62	5,19	33,69	5,45

CASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños/-as

CDI: Inventario de Depresión en Niños/-as

STAIC-R: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños, Autoevaluación Rasgo.

Antes de iniciarse la intervención, ambos grupos diferían significativamente en las tres variables autoinformadas: CASI ($t(24) = 7,27$; $p = 0,000$), STAIC-R ($t(24) = 3,78$; $p = 0,000$) y CDI ($t(24) = 3,78$; $p = 0,001$).

Por lo que respecta a los resultados de la intervención, las interacciones entre los factores grupo y tiempo son estadísticamente significativas para las tres variables tomadas en consideración: para el CASI ($F(2,48) = 5,19$; $p = 0,009$), para el STAIC-R, ($F(1,48; 35,50) = 7,21$; $p = 0,005$) y para el CDI ($F(1,61; 38,70) = 4,34$; $p = 0,019$). Esto permite atribuir parte de la variabilidad en los resultados de las tres evaluaciones al hecho de pertenecer a un grupo u otro. Los resultados reflejan efectos estadísticamente significativos en el factor tiempo (pre, postintervención y seguimiento) para el CASI ($F(2,48) = 6,52$; $p = 0,003$) y el STAIC-R ($F(1,48; 35,50) = 9,62$; $p = 0,000$) pero no para el CDI ($F(1,61; 38,70) = 1,98$; n.s.). Por tanto, en el conjunto de las tres evaluaciones, los resultados difieren para las medidas de la sensibilidad a la ansiedad (CASI) y la ansiedad rasgo (STAIC-R), pero no en la sintomatología depresiva (CDI). Los contrastes revelan una importante reducción entre preintervención y postintervención, tanto en el CASI ($F(1,24) = 12,83$; $p = 0,002$) como en el STAIC-R ($F(1,24) = 13,97$; $p = 0,000$), pero la diferencia entre este punto y la evaluación en el seguimiento no alcanza la significación, ni en el CASI ($F(1,24) = 0,36$; n.s.) ni en el STAIC-R ($F(1,24) = 1,10$; n.s.), lo que apunta hacia la estabilidad de las puntuaciones entre el final de la intervención y el seguimiento. Por último, en el factor grupo también se hallan efectos estadísticamente significativos en el CASI ($F(1,24) = 18,24$; $p = 0,000$) y en el STAIC-R ($F(1,24) = 7,39$; $p = 0,012$), pero no en el CDI, aunque se apunta una tendencia hacia ello ($F(1,24) = 3,41$; $p = 0,077$; n.s.); esto es, se aprecian diferencias en el conjunto de los datos por el hecho de pertenecer al grupo de intervención o al grupo control en las puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad y en las de ansiedad-rasgo.

A pesar de haberse detectado efecto de interacción entre los factores grupo y tiempo hemos procedido al análisis de cada uno de los grupos por separado y al examen de los tamaños de los efectos mediante el índice *eta* cuadrado parcial (η^2) (véase la Tabla 3). Se ha optado por esta solución al apreciarse –al menos visualmente– una clara tendencia a la disminución en las puntuaciones de las variables estudiadas entre las evaluaciones pre y postintervención en el grupo al que se aplicó el programa preventivo, mientras que en el grupo control dichas puntuaciones parecen mantener la estabilidad en las tres evaluaciones (véanse los valores medios en la Tabla 1). Como puede observarse en la Tabla 3, el grupo de intervención experimenta reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones en el CASI y en el STAIC-R, pero no en el CDI. Las disminuciones en los valores de las variables estudiadas se producen entre las evaluaciones pre-intervención y post-intervención, y éstas se mantienen en el seguimiento. Los tamaños del efecto alcanzados en el CASI y en el STAIC-R pueden considerarse como moderados ($>0,40$) (Cohen, 1992). En el grupo control, por el contrario, no se aprecia ningún efecto estadísticamente en ninguna de las tres variables estudiadas, es decir, se mantiene la estabilidad en las puntuaciones en el CASI, el STAIC-R y el CDI a lo largo de los diferentes momentos de evaluación y los tamaños del efecto globales son insignificantes.

TABLA 3. Tamaños de los efectos de las dos condiciones experimentales en las tres variables evaluadas.

		<i>F</i>	η^2
CASI			
Intervención	Global	(2,24) = 9,14 ***	0,432
	1-2	(1,12) = 22,67 ***	0,654
	2-3	(1,12) = 0,21 n.s.	0,017
Control	Global	(2,24) = 0,11 n.s.	0,009
	1-2	—	—
	2-3	—	—
STAIC-R			
Intervención	Global	(1,22;14,65) = 12,02 **	0,500
	1-2	(1,12) = 14,79 **	0,552
	2-3	(1,12) = 0,28 n.s.	0,023
Control	Global	(2,24) = 0,48 n.s.	0,023
	1-2	—	—
	2-3	—	—
CDI			
Intervención	Global	(1,21; 14,48) = 3,55 n.s.	0,228
	1-2	—	—
	2-3	—	—
Control	Global	(2,24) = 2,61	0,179
	1-2	—	—
	2-3	—	—

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

CASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños/as

CDI: Inventario de Depresión en Niños/as

STAIC-R: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños, Autoevaluación Rasgo.

Evaluaciones: 1 = pre-intervención, 2 = post-intervención y 3 = seguimiento.

Como ya se ha apuntado al principio de esta sección, las comparaciones de medias entre ambos grupos en la fase preintervención revelaban diferencias claramente significativas en la fase preintervención en todas las variables analizadas. En el caso del STAIC-R y del CDI estas diferencias desaparecen en las evaluaciones post-intervención y de seguimiento, lo que apunta hacia la normalización en dichas variables, mientras que en el CASI el grupo de intervención y el control siguen presentando diferencias significativas, tanto al final de la intervención ($t(24) = 2,70$; $p = 0,012$) como en el seguimiento ($t(24) = 2,24$; $p = 0,035$), a pesar de la notable reducción experimentada por el grupo de intervención.

Respecto al análisis de la significación clínica de los cambios en las diferentes variables al final de la intervención nos encontramos que en las puntuaciones en el CASI tres sujetos (23,07%) del grupo que recibió el programa preventivo entran en la categoría de recuperados y diez (76,93%) en la de no cambio. En el grupo control en doce sujetos (92,31%) no se observa ningún cambio clínicamente significativo y uno

empeora (7,69%) ($\chi^2(2) = 4,18; p < 0,124$ n.s.). En relación a los valores observados en el STAIC-R, tres sujetos del grupo de intervención se recuperan (23,07%), uno mejora (7,69%) y en nueve no se aprecia cambio clínicamente significativo (69,23%), mientras que en el grupo control un sujeto (7,69%) entra en la categoría de recuperados y en doce (92,31%) no se aprecia cambio. Las diferencias entre ambos grupos no son significativas ($\chi^2(2) = 2,43; n.s.$). En las puntuaciones en el CDI al final de la intervención, cuatro sujetos (30,77%) del grupo que recibió el programa alcanzan la categoría de recuperados y en los nueve restantes (69,33%) no se aprecia cambio. En el grupo control todos los sujetos se incluyen en la categoría de sin cambios ($\chi^2(1) = 4,73; p < 0,030; n.s.$).

Discusión

El objetivo básico de este trabajo era valorar la viabilidad de un programa preventivo breve para problemas de ansiedad en niños/as, seleccionando a los sujetos susceptibles de intervención a partir de la presencia de niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad, uno de los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad más investigados en los últimos años. De acuerdo con nuestras hipótesis iniciales, el programa de prevención selectiva ha conseguido reducir los niveles de sensibilidad a la ansiedad en los sujetos a los que se aplicó la intervención, aunque en las comparaciones *post-hoc* entre los grupos, estos últimos siguen mostrando puntuaciones medias superiores a los del grupo control. Esta reducción también se ha acompañado de disminuciones en las puntuaciones de ansiedad-rasgo, otro de los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad apuntados en la literatura, pero no se han apreciado reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva. Por tanto, la segunda de las hipótesis planteadas sólo se cumplió parcialmente.

Los descensos en los valores de las variables estudiadas han tenido lugar al final de la intervención y se han mantenido, sin variaciones significativas, en el seguimiento a tres meses. La magnitud del cambio puede considerarse como moderada a la luz de los tamaños de los efectos intragrupo para las variables sensibilidad a la ansiedad y ansiedad-rasgo. En el grupo control se ha observado una marcada estabilidad en las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación. Con todo, el análisis del cambio clínicamente significativo al final de la intervención nos muestra como los cambios observados en el grupo que recibió el programa preventivo alcanzan la significación clínica en un porcentaje reducido de casos (alrededor del 30%) y, con excepción de las puntuaciones en el CDI, no existen diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a la significación clínica de los cambios, a pesar de que en éstos la estabilidad sea mucho mayor. Por tanto, a partir de esos resultados podemos señalar, con todas las reservas asociadas a algunas de las limitaciones metodológicas de este estudio, que la aplicación del programa de prevención breve contribuye moderadamente a disminuir la presencia de algunos de los factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad, tendiendo hacia la normalización de las puntuaciones en los variables estudiadas. Mientras en la evaluación pretratamiento los sujetos del grupo de intervención exhibían puntuaciones significativamente

superiores a los del grupo control en sensibilidad a la ansiedad, ansiedad-rasgo y sintomatología depresiva, las diferencias desaparecen en las evaluaciones posteriores en las medidas de ansiedad-rasgo y sintomatología depresiva –si bien la reducción de ésta no puede considerarse, en su conjunto, como estadísticamente significativa– y se acortan, aunque sin poder considerarlas equiparables a las de la población normal, en las puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad. Tal vez hubiera sido necesario dedicar más espacio del programa preventivo a aspectos como la exposición interoceptiva o quizás hubiera sido más pertinente la aplicación de un programa más extenso, tanto en duración como en la implicación de personas cercanas relevantes (padres, maestros, etc.), como se hace en los programas más tradicionales. Estas observaciones no pueden ir más allá de la mera conjetura, ya que no se dispone de estudios previos con los que comparar nuestro trabajo, ni nuestro diseño, pues con voluntad de estudio preliminar, no incorporaba grupos control que nos permitan contrastar empíricamente dichos aspectos.

Precisamente una de las limitaciones metodológicas más importantes de este trabajo es la de no contar con un grupo control con puntuaciones elevadas en los factores de riesgo indicados. Sin este requerimiento resulta imposible establecer con propiedad la eficacia de la estrategia preventiva bajo análisis, aunque la carencia haya tratado de reducirse contando con un grupo control procedente de la población normal. También hubiera sido deseable contar con un grupo de intervención en que se aplicara el programa en extenso y/o con la implicación de padres y agentes educativos, con el objeto de contrastar la eficacia de la intervención breve frente a un programa preventivo de corte más tradicional. Otra limitación del estudio es la de no haber contemplado ninguna medida de la sintomatología ansiosa actual. Esta circunstancia no nos permite establecer si la reducción en los factores de riesgo personales se asocia –como sería de esperar– a una disminución en la sintomatología ansiosa y, menos aún, si se ha reducido la probabilidad de padecer algún trastorno de ansiedad, para lo que se precisarían, además, seguimientos a medio y largo plazo de los que por ahora no disponemos.

En resumen, el presente estudio parece indicar que intervenciones preventivas breves realizadas en el contexto escolar y centradas exclusivamente en el individuo podrían tener un efecto significativo, aunque moderado, para la modificación de variables que predicen la aparición futura de trastornos de ansiedad. Estas características del programa – brevedad y centrarse exclusivamente en el individuo –podrían facilitar la extensión de las intervenciones preventivas en las escuelas, especialmente en aquellas que muestran sus reservas ante programas de más larga duración y en los que deba implicarse muy directamente el entorno escolar y familiar. A pesar de las limitaciones metodológicas de este estudio preliminar, creemos que ésta es una línea de investigación que debe ser explorada en el futuro a través de estudios controlados.

Referencias

- Albano, A.M. y Silverman, W. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children – Children Version*. Albany: Graywind Publications Incorporated.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)*. Barcelona: Masson.

- Arco, J.L. y Fernández Castillo, A. (2002). Por qué los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 209-226.
- Barrett, P.M., Moore, A.F. y Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, 17, 124-133.
- Barrett, P.M., Moore, A.F., Sonderegger, R. y Sonderegger, N.L. (2001). Evaluation of an anxiety-Prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescent of non-english-speaking background. *Behaviour Change*, 18, 78-91.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bond, F.W. y Dryden, W. (Eds.) (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester: Wiley.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J. y Seligman, M. E. P. (2002). *The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. Prevention and Treatment*, 5, Artículo 0008. Recuperado el 13 de Febrero, 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050008a.html>.
- Chorpita, B. F. (2001). Control and the development of negative emotion. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 112-142). Nueva York: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R. y Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 451-460.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M. y Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at two-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dadds, M. R. y Roth, J. H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 325-351). Nueva York: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M. y Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Donovan, C. L. y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-331.
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). Nueva York: Oxford University Press.
- Fullana-Rivas, M. A., Servera, M., Weems, C. F., Tortella-Feliu, M. y Caseras, X. (2003). Psychometric properties of the childhood anxiety sensitivity index in a sample of catalan school children. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16, 99-107.
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L. y Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children: Two year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.

- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. y Bumbarger, B. (2001). *The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. Prevention and Treatment, 4*, Artículo 0001. Recuperado el 13 de Febrero, 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>.
- 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*, 12-19.
- Jaycox, L., Reivich, K., Gillham, J. y Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 801-816.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI). Manual*. Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- LaFreniere, P.J. y Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious withdrawn preschoolers case. *Development and Psychopathology, 9*, 551-564.
- Lonigan, C. J. y Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60-91). Nueva York: Oxford University Press.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 503-508.
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. (1998). *Priorities for prevention research at NIMH (publicación n° 98-4321). Bethesda, MD: National Institutes of Health*. Recuperado el 13 de Febrero, 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040017a.html>.
- Norton, P. J., Asmundson, G. J. P., Cox, B. J. y Norton, G. R. (2000). Future directions in anxiety disorders: Profiles and perspectives of leading contributors. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 69-95.
- Olivares, J., García-López, L.J., Hidalgo, M.D., La Greca, A.M., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 467-476.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar natural*. Valencia: Alfapplus.
- Peters, R. D. y McMahon, R. J. (Eds.) (1996). *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Rapee, R. M. y Jacobs, D. (2002). The reduction of temperamental risk for anxiety in withdrawn preschoolers: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 211-215.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*, 141-153.
- Reiss, S., Silverman, W. K. y Weems, C. F. (2001). Anxiety sensitivity. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 92-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Roth, J. H. y Dadds, M. R. (1999). Prevention and early intervention strategies for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 12*, 169-174.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M. y Santed, M.A. (2002). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, 10, 107-120.
- Servera, M. y Tortella-Feliu, M. (1999). *Versió catalana de l'inventari de depressió per a infants (Versión catalana del Inventario de Depresión en Niños)*. Manuscrito no publicado.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. y Peterson, R. (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
- Silverman, W. K. y Weems, C. F. (1999). Anxiety sensitivity in children. En S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity. Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* (pp. 239-268). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spence, S. H. (2001). Prevention strategies. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 325-351). Nueva York: Oxford University Press.
- Spielberger, C. D. (1990). *STAI-C. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stallard, P. (2002). Cognitive behaviour therapy with children and young people: A selective review of key issues. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 297-309.
- Thompson, R. A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 160-182). Nueva York: Oxford University Press.
- Tortella-Feliu, M. (2002). Prevención de trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia: programas de prevención específica de los trastornos de ansiedad y depresión. En M. Servera (Ed.), *La intervención en los trastornos de comportamiento infantil* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide.
- Yu, D. L. y Seligman, M. E. P. (2002). *Preventing depressive symptoms in chinese children. Prevention and Treatment*, 5. Article 0009. Recuperado el 13 de Febrero, 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050009a.html>.