



Original

Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar

Julia García-Escalera^a, Rosa M. Valiente^{a,*}, Bonifacio Sandín^a, Jill Ehrenreich-May^b, y Paloma Chorot^a

^a Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

^b Departamento de Psicología, University of Miami, Coral Gables (Florida), Estados Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de enero de 2020

Aceptado el 11 de mayo de 2020

On-line el 9 de junio de 2020

Palabras clave:

Prevención universal
Transdiagnóstico
Variables educativas
Variables de bienestar
Ansiedad
Depresión

R E S U M E N

La ansiedad y la depresión son trastornos que presentan altas tasas de prevalencia y comorbilidad en la adolescencia. A pesar de que los centros escolares constituyen un recurso clave para fomentar la salud mental, escasean los programas de prevención de los trastornos mentales en este contexto. El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la eficacia de un programa basado en la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica para prevenir de forma conjunta la ansiedad y la depresión. En concreto, se estudia la eficacia de dicho programa en relación con las siguientes variables educativas y de bienestar: ajuste escolar, indisciplina en el aula, problemas con los iguales, satisfacción con la vida, calidad de vida y autoestima. Un total de 151 adolescentes fueron aleatorizados al grupo experimental o al grupo control y cumplieron varios cuestionarios autoinformados en tres momentos temporales (incluyendo un seguimiento a los tres meses). La intervención está compuesta por nueve sesiones semanales impartidas en horario escolar por dos psicólogas. Los resultados muestran una reducción de las expectativas académicas en el grupo control, mientras que estas se mantienen constantes en el grupo experimental. Se discuten las implicaciones de los resultados del trabajo teniendo en cuenta la literatura previa y las limitaciones del estudio.

© 2020 Universidad de País Vasco. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Educational and wellbeing outcomes of an anxiety and depression prevention program for adolescents

A B S T R A C T

Anxiety and depression are disorders associated with both high prevalence rates and comorbidity in adolescence. Despite the fact that schools are a key resource for mental health promotion, programs for the prevention of mental disorders are scarce in this context. The present work aims to study the efficacy of a program based on transdiagnostic cognitive-behavioral therapy to jointly prevent anxiety and depression. Specifically, the efficacy of this program is studied in relation to variables related to the school context and wellbeing: school adjustment, indiscipline in the classroom, problems with peers, satisfaction with life, quality of life and self-esteem. A total of 151 adolescents were randomized to the experimental group or the control group and completed a range of self-report questionnaires at three intervals (including a three-month follow-up). The intervention consisted of nine weekly sessions administered during school hours by two psychologists. The results show a reduction in the academic expectations in the control group, while these remain constant in the experimental group. The implications of the results of this study are discussed in relation to previous literature and the limitations of this trial.

© 2020 Universidad de País Vasco. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Universal prevention
Transdiagnostic
Educational variables
Wellbeing variables
Anxiety
Depression

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmvalien@psi.uned.es (R.M. Valiente).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia» (OMS, 1998). El sistema educativo desempeña un papel clave a la hora de contribuir a que la población infantojuvenil goce de plena salud y, por ello, no debe prestar atención exclusivamente a las variables educativas relacionadas con el desempeño académico sino también a las variables socioemocionales (Suldo, Gormley, DuPaul, y Anderson-Butcher, 2014).

Los instrumentos que miden variables educativas se focalizan en distintos aspectos: (a) el desempeño académico directo del estudiante (p. ej., calificaciones escolares); (b) las habilidades académicas y conductuales (p. ej., comprensión lectora, comportamiento en el aula); (c) la asistencia al centro escolar; (d) la calidad del entorno de aprendizaje (en el colegio y en casa) y (e) la autoeficacia académica (p. ej., las habilidades académicas autopercebidas) (Becker, Brandt, Stephan, y Chorpita, 2014). Por su parte, los cambios en la salud socioemocional se miden a través de dos tipos de indicadores (Suldo et al., 2014): (a) conductuales (p. ej., habilidades sociales, acoso escolar) y (b) psicológicos. Estos últimos incluyen los problemas interiorizados (p. ej., ansiedad y depresión), los exteriorizados (problemas de conducta) y las variables de bienestar (p. ej., la calidad de vida, la autoestima).

Diversos estudios correlacionales y de intervención señalan la existencia de importantes vínculos entre las variables educativas y socioemocionales, ya que los cambios favorables en una de estas áreas repercuten positivamente en la otra (Suldo et al., 2014). Por ejemplo, distintas revisiones concluyen que los programas de salud mental parecen tener un impacto positivo en las variables educativas, aunque todavía son pocos los estudios de este tipo que evalúan variables educativas y no solo socioemocionales (Becker et al., 2014; Suldo et al., 2014).

Los trastornos de ansiedad y depresión son trastornos mentales muy prevalentes en la adolescencia, etapa en la que aumentan (especialmente la depresión) y en la que se asocian con peores calificaciones escolares y menor probabilidad de finalizar los estudios (Riglin, Petrides, Frederickson, y Rice, 2014). Sin duda, los centros escolares constituyen un recurso clave para identificar a aquellos estudiantes que sufren problemas de salud mental, así como para prevenir estos trastornos y fomentar el bienestar y el desarrollo personal del alumnado (Zenner, Herrleben-Kurz, y Walach, 2014).

En este sentido, los programas de prevención universal, es decir, aquellos que se dirigen a grupos de personas (p. ej., todos los estudiantes de una clase) sin tomar en consideración sus síntomas o factores de riesgo, presentan diversas ventajas, como la no estigmatización de estudiantes concretos, las bajas tasas de abandono o la buena acogida que suelen tener en la comunidad educativa (Horowitz y Garber, 2006). En términos generales, la prevención universal de la ansiedad y de la depresión se ha abordado mayoritariamente por separado, con los programas *FRIENDS for life* (Barrett, 2005) y *Penn Resiliency Program* (Gillham, Brunwasser, y Freres, 2008) como los más evaluados (Ahlen, Lenhard, y Ghaderi, 2015).

Sin embargo, diversos autores defienden la pertinencia de prevenir la ansiedad y la depresión al mismo tiempo, argumentando que presentan una alta comorbilidad y que comparten factores de riesgo y mantenimiento (p. ej., neuroticismo y pobre regulación emocional) (Essau y Ollendick, 2013; Ehrenreich-May et al., 2018). La terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (TCC-T) constituye un enfoque novedoso dentro de la psicopatología y se caracteriza por abordar los trastornos de ansiedad y depresión utilizando protocolos de tratamiento unificados. Los protocolos unificados intervienen sobre los procesos etiológicos y de mantenimiento compartidos entre grupos de trastornos, por lo que constituyen una herramienta potencialmente eficaz y eficiente para

prevenir la ansiedad y la depresión de forma conjunta (Sandín, Chorot, y Valiente, 2012). Sin embargo, en el ámbito preventivo solo existen dos protocolos de prevención de la ansiedad y la depresión basados en la TCC-T: (a) *Super Skills for Life* (Essau y Ollendick, 2013; Fernández-Martínez, Espada, y Orgilés, 2019) y (b) *EMOTION: «Coping Kids» Managing Anxiety and Depression* (Kendall, Stark, Martinsen, O'Neil, y Arora, 2013). Sin embargo, ambos programas son de prevención indicada y están dirigidos a niños, no a adolescentes.

El objetivo principal de este estudio es analizar los efectos que un programa de prevención universal de la ansiedad y la depresión basado en la TCC-T tiene en diversas variables educativas y socioemocionales. A continuación, se describen dichas variables junto con la operativización efectuada en el presente estudio: (1) *ajuste escolar*: problemas de integración escolar, percepción del propio rendimiento escolar y expectativas académicas futuras (Moral de la Rubia, Sánchez-Sosa, y Villarreal-González, 2010); (2) *indisciplina en el aula*: indisciplina instruccional y social derivada de los comportamientos disruptivos del estudiante en el aula (Badia-Martín, Cladellas-Pros, Gotzens-Busquets, y Clariana-Muntada, 2012); (3) *problemas con los iguales*: dificultades socioemocionales relacionadas con la percepción de no tener amigos o de no sentirse cómodo o apreciado por sus iguales (Goodman, 2001); (4) *satisfacción con la vida*: evaluación global o juicio cognitivo subjetivo que hace la persona sobre su propia vida (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985); (5) *calidad de vida*: valoración personal sobre el propio bienestar físico, psicológico, apoyo social, entorno escolar y tiempo libre (KIDSCREEN group, 2006) y (6) *autoestima*: actitud globalmente positiva o negativa de alguien hacia su propia valía como persona (Rosenberg, 1965).

El objetivo secundario del presente estudio es analizar si los resultados están influidos por el sexo biológico y/o por los niveles basales de ansiedad y depresión. La literatura previa ha mostrado resultados contradictorios respecto al papel del sexo en la eficacia de los programas de prevención de los trastornos emocionales (Ahlen et al., 2015). Por otro lado, diversos estudios han encontrado que dichos programas tienen efectos más intensos en los menores que presentan mayor sintomatología previa (Horowitz y Garber, 2006; Gillham et al., 2012).

Método

Participantes

La muestra, elegida por conveniencia, está formada por un total de 151 adolescentes, 90 en el grupo experimental (GE) y 61 en el grupo control (GC). Los participantes cursan 3.º curso ($n = 90$, 61.2%) y 4.º curso ($n = 57$, 38.8%) de la etapa educativa Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en un instituto de educación secundaria pública de la ciudad de Madrid (España). La edad media del conjunto de la muestra, compuesta por 82 chicas (54.3%), es de 15.05 años ($DT = 1.14$). La mayoría de los participantes ha nacido fuera de España ($n = 90$; 61.2%), sobre todo en países de Centroamérica y Suramérica. El estatus socioeconómico evaluado a través de la *Family Affluence Scale* (Currie et al., 2008) presenta los siguientes resultados: bajo ($n = 46$; 31.5%), medio ($n = 63$; 43.2%) y alto ($n = 37$; 25.3%).

Los criterios de inclusión para formar parte de la investigación han sido: (1) que tanto el adolescente como al menos un progenitor o tutor firmen el consentimiento informado y (2) que el adolescente tenga un buen dominio del español (según el criterio del profesor tutor). No se dio ningún incentivo a los adolescentes ni al instituto por participar en la investigación.

Instrumentos

Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30) (Sandín, Chorot, Valiente, y Chorpita, 2010). La escala RCADS-30 consta de seis subescalas (con cinco ítems cada una) que miden los síntomas de los siguientes trastornos: trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. En la presente muestra, la consistencia interna de la escala total (en el T1) ha sido excelente (α de Cronbach = .92; ρ de Bentler = .93).

Escala Breve de Ajuste escolar (EBAE-10) (Moral de la Rubia et al., 2010). Las diez preguntas de este cuestionario se refieren a tres dimensiones: *problemas de integración escolar* (cinco ítems; p. ej., «tengo problemas con los profesores del colegio»), *rendimiento escolar autopercibido* (tres ítems; «creo que soy buen estudiante», «disfruto realizando mis tareas escolares» y «tengo buenas calificaciones») y *expectativas académicas futuras* (dos ítems; «planeo acabar el bachillerato» y «estoy interesado en asistir a la universidad»). Para adaptar la escala al contexto español se sustituye el término «preparatoria» por el de «bachillerato» y la palabra «escuela» por «colegio». Se utiliza una escala tipo Likert de seis puntos con un rango entre 1 (totalmente de acuerdo) y 6 (completamente en desacuerdo). A lo largo de los distintos momentos de evaluación, la fiabilidad de la escala total ha sido aceptable (α = .72-.76, ρ = .84-.87), al igual que la fiabilidad de las dimensiones: *problemas de integración escolar* (α = .66-.79; coeficiente omega [ω] de McDonald = .69-.80), *rendimiento escolar autopercibido* (α = .76-.77; ω = .78-.81) y *expectativas académicas* (α = .84-.93; ω = .86-.93).

Escala de Indisciplina General (IG), adaptada del cuestionario de Badía-Martín et al. (2012). En su versión original, este cuestionario pide a los estudiantes que sitúen 11 comportamientos disruptivos (p. ej., hablar con los compañeros durante la clase) en una diana según su frecuencia. En la presente adaptación, dicha frecuencia se indica a través de una escala tipo Likert (0 = nunca, 1 = solo algunas veces, 2 = bastantes veces y 3 = muchas veces). El cuestionario ha mostrado buena fiabilidad: T1 (α = .75, ω = .75), T2 (α = .80, ω = .82) y T3 (α = .78, ω = .80).

Cuestionario de fortalezas y dificultades (Goodman, 2001) (*Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ*). La versión en español se extrae de la página web de SDQ (recuperado de <https://www.sdqinfo.org/>). Se analizan los resultados de la subescala de cinco ítems denominada *problemas con los iguales* (p. ej., «otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí»). El SDQ incluye 3 opciones de respuesta (0 = no es verdad, 1 = es verdad a medias, 2 = verdaderamente sí). La fiabilidad de la subescala en este estudio fue pobre: T1 (α = .52, ω = .53), T2 (α = .57, ω = .56) y T3 (α = .56, ω = .58).

Escala de Satisfacción con la Vida SWLS para Niños y Adolescentes (SWLSN) (Sandín, Chorot, y Valiente, 2015; versión para niños y adolescentes de la SWLS de Diener et al., 1985). Los participantes indican en qué grado cada uno de los cinco ítems (p. ej., «mi vida es como a mí me gustaría en casi todo») se asemeja a su vida a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos desde 1 (no, en absoluto) hasta 4 (mucho o totalmente). La fiabilidad del cuestionario en la presente muestra ha sido buena: T1 (α = .81, ω = .82), T2 (α = .88, ω = .89) y T3 (α = .86, ω = .86).

Kidscreen-10 (KIDSCREEN Group, 2006). Este cuestionario de 10 ítems evalúa un amplio conjunto de aspectos relacionados con la calidad de vida, la calidad del tiempo libre («¿has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?») y la experiencia de emociones desagradables (p. ej., «¿te has sentido solo?»). Se responde a través de una escala tipo Likert que varía desde 1 (nada) hasta 5 (muchísimo). En este estudio, el cuestionario ha mostrado buena

fiabilidad: T1 (α = .82, ω = .83), T2 (α = .85, ω = .85) y T3 (α = .82, ω = .82).

Escala de Autoestima (Self-Esteem Scale; SES) (Rosenberg, 1965). Se emplea la adaptación española de esta escala elaborada por Sandín, Valiente y Chorot (2008). En este cuestionario se pide a los participantes que señalen el nivel de acuerdo con cada uno de los diez ítems (p. ej., «me siento una persona tan valiosa como las otras») a partir de cuatro opciones de respuesta desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo). La fiabilidad del cuestionario en la presente muestra ha sido buena: T1 (α = .83, ω = .84), T2 (α = .91, ω = .81) y T3 (α = .87, ω = .87).

Procedimiento

El Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) aprueba el estudio y tanto los adolescentes como sus progenitores o tutores legales firman el consentimiento informado. Un profesor de la UNED no implicado en la investigación aleatoriza cada una de las clases participantes (tres grupos de 3.º de la ESO y dos grupos de 4.º de la ESO) al GE o al GC, utilizando un generador de números aleatorios y un diseño balanceado. Dos clases de 3.º y una de 4.º son aleatorizadas al GE mientras que una clase de 3.º y una de 4.º de la ESO lo fueron al GC.

En cuanto al diseño, nos encontramos ante un estudio controlado aleatorizado por clústers o grupos y de medidas repetidas 3×2 . Los participantes cumplimentan una batería de cuestionarios de autoinforme en tres momentos temporales del curso 2016-2017: una semana antes de que el GE comenzara la intervención (T1; n = 148), una semana después de que el GE finalizara la intervención (T2; n = 137) y tres meses después de que el GE finalizara la intervención (T3; n = 120). Se utiliza el horario asignado a la clase de tutoría para cumplimentar una amplia batería de cuestionarios (García-Escalera et al., 2017), incluyendo los cuestionarios cuyos resultados se analizan en el presente artículo.

Dada la inexistencia de protocolos basados en la TCC-T que se dirijan a la prevención universal de la ansiedad y la depresión en adolescentes, nuestro equipo traduce y adapta a un formato preventivo el *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents* (UP-A) (Ehrenreich-May et al., 2018). El UP-A, considerado como el protocolo de TCC-T más consolidado para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en adolescentes (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, y Sandín, 2016), consta de ocho módulos (M) básicos (Tabla 1) y de un módulo dirigido a los progenitores (cuya duración recomendada es de 1-3 sesiones).

La primera adaptación realizada en el UP-A, y que tiene el objetivo de acortar la duración del programa, consiste en seleccionar los contenidos y hojas de trabajo más importantes de cada módulo. Se aglutinan los contenidos en nueve sesiones, de forma que se dedica una sesión para cada módulo del UP-A, a excepción del M5, que se trabaja en dos sesiones (Tabla 1). Además, se decide prescindir del módulo dirigido a los progenitores. En segundo lugar, varias hojas de trabajo del UP-A se adaptan a un formato de prevención universal. Por ejemplo, en la hoja de trabajo «Plan de actividades de la semana» (M3) no solo se pide a los adolescentes que planificaran a diario las actividades agradables sino también el tiempo de estudio. También se realizan algunas adaptaciones para adecuar los contenidos del UP-A al contexto cultural español. Por ejemplo, ciertas actividades de la «lista de actividades que suelen disfrutar los chicos de tu edad» (M3) se sustituyen por otras más comunes en España (p. ej., se cambia «trabajar en el jardín» por «dar un paseo»).

Intervención

El programa preventivo es administrado por dos psicólogas de nuestro equipo de investigación. La orientadora del centro se implica en la investigación liderando el contacto con las familias

Tabla 1
 Contenido de cada sesión [S] del programa preventivo (incluyendo la técnica psicológica empleada) y módulo [M] del UP-A correspondiente

[S1] Introducción de las reglas de confidencialidad y de grupo; establecimiento de tres problemas principales con sus correspondientes puntuaciones de gravedad y metas asociadas. (Técnicas motivacionales)	[M1] Desarrollar y mantener la motivación
[S2]. Psicoeducación sobre las emociones y los comportamientos emocionales. (Psicoeducación)	[M2] Comprender tus emociones y comportamientos
[S3] Psicoeducación sobre actuar de forma opuesta a como nos piden las emociones. Reflexión sobre el uso del tiempo libre y elaboración de una lista de actividades agradables. (Activación conductual)	[M3] Introducción a los experimentos conductuales centrados en las emociones
[S4] Psicoeducación sobre las sensaciones físicas en relación con las emociones intensas. Realización de la técnica del escáner corporal y de exposiciones a las sensaciones físicas. (Exposición a las sensaciones físicas)	[M4] Tomar conciencia de las sensaciones físicas
[S5] Psicoeducación sobre las «trampas de pensamiento» y las habilidades para «pensar como un detective». Puntuar los problemas principales. (Reestructuración cognitiva)	[M5] Pensar de forma flexible
[S6] Repaso de los contenidos de la sesión 5. Práctica de la estrategia de solución de problemas. (Solución de problemas)	[M5] Pensar de forma flexible
[S7] Introducción a las habilidades de «conciencia centrada en el presente» y «conciencia sin juzgar». Práctica de la meditación en la respiración. (<i>Mindfulness</i>)	[M6] Tomar conciencia de las experiencias emocionales
[S8] Psicoeducación sobre el ciclo de la evitación y la exposición a situaciones que nos generan emociones desagradables. Complimentación de una jerarquía de exposición. (Exposición situacional)	[M7] Exposición a las situaciones emocionales
[S9] Revisión de las tareas de exposición y de lo aprendido en el programa. Puntuar los problemas principales. (Prevención de recaídas)	[M8] Revisar los logros y mirar hacia el futuro

(difusión del estudio, recogida de los consentimientos informados, etc.). La intervención se realiza en clases completas de unos 30 estudiantes en horario escolar (en concreto, durante la clase de tutoría) y a lo largo de nueve sesiones semanales de unos 55 minutos de duración cada una.

Los contenidos de cada sesión, su correspondencia con los módulos del UP-A y las técnicas psicológicas empleadas pueden consultarse en la [Tabla 1](#). A los docentes del GC se les pide que impartan sus clases de tutoría de la forma habitual y sin incluir formación sobre estrategias relacionadas con la regulación emocional.

Debido a que el número de estudiantes por grupo es elevado, se utiliza una metodología didáctica de tipo tradicional. Se imparten lecciones magistrales en las que se emplean presentaciones de Power Point y se asignan hojas de ejercicios individuales para hacer durante las sesiones y como tarea para casa.

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se llevan a cabo con el programa SPSS v.24, excepto los relacionados con las propiedades psicométricas de los cuestionarios, para los cuales se emplea el programa EQS 6.3. Se calculan los coeficientes de consistencia interna de Cronbach (coeficiente α) y de McDonald (coeficiente de consistencia compuesta ω). Para examinar el coeficiente de fiabilidad compuesta correspondiente a las escalas RCADS-30 y EBAAE-10, se calcula el coeficiente rho (ρ) de Bentler (2006). Teniendo en cuenta el carácter ordinal de las variables del estudio, estos coeficientes se calculan considerando las variables como variables categóricas y partiendo de correlaciones policóricas. Tras comprobar que todas las variables dependientes (VD) cumplen los supuestos de normalidad y homogeneidad, se utiliza el procedimiento de modelos lineales mixtos (MLM) para analizar si en T1 hay diferencias en las VD entre el GE y el GC. Posteriormente, se utiliza el procedimiento de MLM para ajustar para cada VD un modelo jerárquico de intercepción aleatoria a tres niveles (momento de evaluación, estudiante y clase). El tamaño del efecto se calcula empleando la siguiente fórmula (Hedges, 2007): $d = B / (SE \sqrt{n - 1})$. Los MLM tratan los valores perdidos basados en la estimación por máxima verosimilitud, lo que permite incluir en estos análisis el total de la muestra (151 adolescentes).

Por otro lado, se analiza si los síntomas basales de ansiedad y depresión (evaluados en T1 a través del cuestionario RCADS) y el sexo actuaban como predictores de la eficacia del tratamiento. Para cada uno de estos potenciales predictores se emplea MLM con

objeto de examinar la triple interacción siguiente: condición experimental (GE, GC) \times tiempo (T1, T2, T3) \times predictor. Se calcula un análisis distinto para cada VD incluyendo una muestra de 148 adolescentes, es decir, todos los participantes que en T1 cumplimentan el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario RCADS.

Resultados

Efectos de la intervención en las variables escolares y de bienestar

En el T1, los MLM no muestran diferencias significativas entre el GE y el GC en ninguna VD, excepto en la variable SWLSN [$B = -1.30$, $SE = .54$, $p = .018$], para la cual el GE tiene una puntuación significativamente más alta que el GC ($d = 0.20$). Los estadísticos descriptivos de las distintas VD se muestran en la [Tabla 2](#) junto con los coeficientes de correlación intraclúster (CCI), los cuales tuvieron valores entre 0.01 y 0.24.

Los resultados de los MLM muestran un efecto significativo del tiempo para las siguientes variables: SWLSN, $B = 0.43$ ($SE = 0.21$), $p = .047$, $d = 0.17$; SES, $B = 0.72$ ($SE = 0.34$), $p = .038$, $d = 0.17$; y EBAAE *rendimiento escolar autopercebido*, $B = -0.39$ ($SE = 0.18$), $p = .029$, $d = -0.18$. En concreto, las puntuaciones en *satisfacción con la vida* y *autoestima* aumentaron con el tiempo en el GE y el GC, mientras que las puntuaciones en *rendimiento escolar autopercebido* disminuyeron a lo largo del tiempo en el GE y en el GC.

Además, hay varias interacciones significativas o marginalmente significativas tiempo \times grupo en las siguientes VD: EBAAE *problemas de integración escolar*, $B = -0.89$ ($SE = 0.37$), $p = .018$, $d = -0.20$; EBAAE *expectativas académicas*, $B = 0.40$ ($SE = 0.21$), $p = .057$, $d = 0.16$; y SWLSN, $B = -0.56$ ($SE = 0.28$), $p = .046$, $d = -0.16$. Al realizar comparaciones por parejas con ajuste Bonferroni, la variable EBAAE *problemas de integración escolar* no presentó resultados significativos, pero sí lo hicieron las variables EBAAE *expectativas académicas* y SWLSN. En concreto, las *expectativas académicas* del GC se reducen significativamente entre el T1 y T2 ($p = .001$) y entre el T1 y T3 ($p < .001$), mientras que se mantienen sin cambios significativos en el GE. Por último, las puntuaciones en *satisfacción con la vida* aumentan de forma marginalmente significativa en el GC entre el T2 y el T3 ($p = .076$), mientras que no hay cambios a lo largo del tiempo en el GE.

No hay interacciones significativas tiempo \times grupo en el resto de las VD: EBAAE-10, $B = -0.57$ ($SE = 0.52$), $p = .282$, $d = -0.09$; EBAAE *rendimiento escolar autopercebido*, $B = 0.02$ ($SE = 0.23$), $p = .944$, $d = 7.09$; IG, $B = 0.21$ ($SE = 0.27$), $p = .451$, $d = 0.06$; KIDSCREEN-10, $B = 0.21$

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de las variables educativas y de bienestar

		GE (n = 88) ^a		GC (n = 60) ^b		CCI
		Media	DT	Media	DT	
<i>Escala breve de ajuste escolar (EBAE)</i>	T1	45.23	8.18	45.82	6.78	0.11
	T2	43.59	8.19	44.05	6.75	0.11
	T3	42.93	8.44	44.83	7.08	0.05
<i>Problemas de integración escolar</i>	T1	25.38	4.41	25.10	4.45	0.08
	T2	25.00	3.96	25.33	3.94	0.04
	T3	24.61	4.56	26.02	3.99	0.05
<i>Rendimiento escolar autopercebido</i>	T1	10.82	3.46	10.98	2.64	0.06
	T2	10.08	3.55	10.04	3.40	0.04
	T3	9.96	3.50	10.21	3.40	0.04
<i>Expectativas académicas</i>	T1	9.03	3.43	9.73	2.70	0.24
	T2	8.51	3.82	8.68	3.29	0.21
	T3	8.36	3.99	8.60	3.42	0.19
<i>Escala de indisciplina general (IG)</i>	T1	6.10	3.93	5.82	3.22	0.06
	T2	6.96	5.15	5.98	2.93	0.07
	T3	6.85	4.66	5.83	3.19	0.09
<i>Escala de satisfacción con la vida-niños(SWLSN)</i>	T1	13.47	3.29	12.17	3.25	0.05
	T2	13.52	3.90	12.07	3.60	0.05
	T3	13.08	3.48	13.04	3.68	0.03
<i>KIDSCREEN-10</i>	T1	34.94	6.85	34.88	7.72	0.03
	T2	34.46	7.02	33.11	8.35	0.04
	T3	34.11	7.04	33.98	7.27	0.02
<i>Escala de autoestima (SES)</i>	T1	28.66	5.63	27.44	5.61	0.02
	T2	28.91	5.99	27.53	6.89	0.01
	T3	29.58	5.59	28.77	6.25	0.02
<i>SDQ problemas con iguales</i>	T1	2.05	1.79	2.43	1.93	0.03
	T2	2.11	1.97	2.63	1.75	0.06
	T3	2.21	1.85	2.54	1.89	0.04

CCI: coeficientes de correlación intraclúster, GC: grupo control, GE: grupo experimental, SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

^a n: T2 = 78; T3 = 72.

^b n: T2 = 57; T3 = 48.

($SE = 0.57$), $p = .713$, $d = 0.03$; SES, $B = -0.29$ ($SE = 0.44$), $p = .520$, $d = 0.05$ y *SDQ problemas con los iguales*, $B = 0.02$ ($SE = 0.12$), $p = .863$, $d = 0.01$.

Análisis de potenciales predictores de eficacia

Los modelos multinivel no muestran ninguna interacción significativa grupo (GE, GC) \times tiempo (T1, T2, T3) \times predictor (sexo; puntuación en RCADS en T1) en relación con ninguna de las VD del presente estudio ($n = 148$). Cabe mencionar que los análisis referentes al predictor RCADS en T1 se hicieron, en primer lugar, con toda la muestra y, en segundo lugar, dejando fuera a los 16 adolescentes (11 en el GE) que en T2 o T3 informaron de haber ido a terapia fuera del centro en los últimos tres meses.

Discusión

El presente artículo tiene como objetivo principal examinar los efectos de un programa de prevención universal de la ansiedad y la depresión en un conjunto de variables educativas y de bienestar. Los resultados muestran que la *satisfacción con la vida* se equilibra con el paso del tiempo en el GE y el GC; en concreto, las puntuaciones en esta variable aumentan en el GC, que partía de niveles basales más bajos, mientras que permanecen constantes en el GE. Además, hay un aumento significativo en las puntuaciones de *autoestima* para toda la muestra, sin diferencias entre el GE y el GC. Este resultado es congruente con el hecho de que los síntomas de ansiedad y depresión también disminuyen significativamente para toda la muestra (García-Escalera et al., 2020), reducción que puede deberse al efecto test-retest (las puntuaciones tienden a disminuir entre dos momentos de evaluación), a que se filtrara información sobre las estrategias del programa al GC (p. ej., a través de las hojas de ejercicios) o a que hubiera habido en el centro escolar algún tipo

de formación socioemocional de la que los investigadores no tienen constancia.

En relación con el *ajuste escolar*, se produce una disminución en el *rendimiento escolar autopercebido* para toda la muestra. Al mismo tiempo, las *expectativas académicas* autoinformadas se reducen significativamente en el GC, mientras que se mantienen sin cambios en el GE. Por lo tanto, parece que la disminución en el *rendimiento escolar autopercebido* está acompañada de una reducción en las *expectativas académicas* en el GC, pero no en el GE, quizá porque en los participantes del GE hay un aprendizaje de técnicas psicológicas (p. ej., estrategias de reestructuración cognitiva) que contribuye a que la reducción en el *rendimiento escolar autopercebido* no resulte en una reducción en las *expectativas académicas*. Este resultado puede considerarse un efecto preventivo (impedir que aumenten con el tiempo variables indeseables), en lugar de un efecto de tratamiento (existencia de cambios positivos tras la intervención) (Horowitz y Garber, 2006).

Los autores de este estudio no tienen conocimiento de investigaciones similares que evalúen el efecto del *ajuste escolar*. De hecho, esta variable no se encuentra mencionada en la revisión de Becker et al. (2014) sobre variables educativas evaluadas en los programas de salud mental infantojuvenil. No obstante, estudios correlacionales sí han encontrado asociaciones significativas entre las estrategias de regulación emocional y el rendimiento académico autopercebido, aunque es la autoestima la variable que parece destacar como el principal predictor del rendimiento académico en la educación secundaria (Fernández-Lasarte, Ramos-Díaz, Goñi-Palacios, y Rodríguez-Fernández, 2019), por lo que sería apropiado que los programas escolares de salud mental trabajasen de forma directa esta variable.

Este estudio no detecta efectos de la intervención en el resto de las VD evaluadas. Esto puede deberse a que se suele considerar que lo que permite una mejora en las variables educativas es la mejora de las variables socioemocionales (Suldo et al., 2014), y en

esta investigación no se constata una reducción de los síntomas ansioso-depresivos (García-Escalera et al., 2020). Otras posibles explicaciones son que el corto período de seguimiento (tres meses) y la pérdida de poder estadístico pueden haber dificultado la detección de efectos preventivos. En concreto, los cálculos de poder estadístico realizados antes del estudio preveían que la pérdida de tamaño muestral en el T3 no superaría el 10% (García-Escalera et al., 2017) y, sin embargo, fue del 19.8%. La presencia de un alto porcentaje de alumnado inmigrante en el estudio (61.2%) puede contribuir a explicar esta pérdida muestral, ya que este alumnado suele presentar un mayor absentismo escolar y un peor rendimiento académico (Grau-Rubio y Fernández-Hawrylak, 2016); este último factor también podría contribuir a explicar las disminuciones de *rendimiento escolar autopercebido* en el conjunto muestral. Sería recomendable que futuros estudios con muestras más amplias examinaran el posible impacto diferencial del programa en el alumnado inmigrante.

En cuanto al objetivo secundario de la investigación, ni el sexo ni las puntuaciones basales de ansiedad y depresión muestran haber actuado como predictores de eficacia, aunque es importante tener presente la pérdida de poder estadístico del estudio. El resultado respecto al sexo es congruente con el metaanálisis de Ahlen et al. (2015), el cual no encuentra efectos moderadores de esta variable en los síntomas de ansiedad y depresión, aunque no evalúa variables educativas ni de bienestar. Respecto a los niveles basales de ansiedad y depresión, el resultado no es congruente con estudios similares (p. ej., Gillham et al., 2012), los cuales encuentran mayores reducciones en las VD para los participantes más sintomáticos, aunque, nuevamente, no tenemos constancia de ningún estudio que tenga en cuenta este aspecto en relación con variables educativas y de bienestar.

Los resultados del presente trabajo justifican que se sigan evaluando los efectos del protocolo UP-A adaptado como intervención de prevención universal. Las investigaciones futuras pueden contemplar que sean los propios docentes tutores los que administren el programa con el objetivo de disminuir los costes, aumentar el potencial de diseminación del programa y aumentar la exposición del alumnado a sus contenidos. Respecto al último punto, los docentes podrían, por ejemplo, dedicar todos los días unos minutos a la práctica de *mindfulness*, lo que podría potenciar los efectos de la atención plena, los cuales parecen estar especialmente relacionados, no con la sintomatología emocional, sino con dos variables importantes en el contexto educativo como son la capacidad cognitiva y la resiliencia al estrés (Zenner et al., 2014). Por último, se podría estudiar la implantación en los centros escolares de un enfoque paso a paso en el abordaje de la salud mental consistente en que los orientadores escolares apoyaran a aquellos adolescentes que no respondan adecuadamente a los programas de prevención universal. Para ello, podrían apoyarse de las nuevas tecnologías (p. ej., el programa AMTE de Sandín et al., 2019).

Además de las limitaciones asociadas a la pérdida de potencia estadística y al limitado período de seguimiento comentadas previamente, este estudio presenta otros puntos débiles: (a) se utilizan cuestionarios autoinformados en lugar de obtener información de múltiples fuentes (docentes, familiares etc.); (b) la muestra no es representativa del conjunto de adolescentes residentes en España, lo que dificulta la generalización de los resultados y (c) la fiabilidad de la subescala *problemas con los iguales* del cuestionario SDQ está por debajo de los valores considerados aceptables.

Financiación

Este trabajo ha recibido financiación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (PSI2013-4480-P) y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (FPU13/03315).

Referencias

- Ahlen, J., Lenhard, F., y Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*, 36(6), 387–403. <https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>
- Badia-Martín, M. B., Cladellas-Pros, R. C., Gotzens-Busquets, C. G., y Clariana-Muntada, M. C. (2012). La indisciplina social e instruccional en adolescentes y universitarios: la influencia del género. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 10(27), 693–712. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v10i27.1523>
- Barrett, P. (2005). *FRIENDS for life: Group leaders' manual for children*. Sydney, Australia: Barrett Research Resources Pty Ltd.
- Becker, K. D., Brandt, N. E., Stephan, S. H., y Chorpita, B. F. (2014). A review of educational outcomes in the children's mental health treatment literature. *Advances in School Mental Health Promotion*, 7(1), 5–23. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.851980>
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural equations program manual*. Encino, USA: Multivariate Software, Inc.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., y Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., y Barlow, D. H. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Nueva York, EE. UU.: Oxford University Press.
- Essau, C., y Ollendick, T. (2013). *The super skills for life programme*. Londres, Reino Unido: University of Roehampton.
- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2019). *Super skills for life*: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 24–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.3.3>
- Fernández-Lasarte, O., Ramos-Díaz, E., Goñi Palacios, E., y Rodríguez-Fernández, A. (2019). Estudio comparativo entre educación superior y educación secundaria: efecto del apoyo social percibido, el autoconcepto y la reparación emocional en el rendimiento académico. *Educación XXI*, 22(2), 165–185. <https://doi.org/10.5944/educXXI.22526>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., y Sandín, B. (2017). The Spanish version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 6(8), 1–18. <https://doi.org/org/10.2196/resprot.7934>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., y 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>
- Gillham, J., Brunwasser, S. M., y Freres, D. R. (2008). *Preventing depression in early adolescence*. Nueva York, EE. UU.: Guilford Press.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-MacDonald, V. M., y Seligman, M. E. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 41(5), 621–639. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.706517>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Grau-Rubio, C., y Fernández-Hawrylak, M. (2016). La educación el alumnado inmigrante en España. *Arxius de Ciències Socials*, 34, 141–146.
- Hedges, L. V. (2007). Effect sizes in cluster-randomized designs. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 32(4), 341–370. <https://doi.org/10.3102/1076998606298043>
- Horowitz, J. L., y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401–415. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.401>
- Kendall, P., Stark, K., Martinsen, K., O'Neil, K., y Arora, P. (2013). *EMOTION: «Coping kids» managing anxiety and depression; group leaders manual*. Ardmore, EE. UU.: Workbook Publishing.
- KIDSCREEN Group. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Langerich, Alemania: Pabst Science Publishers.
- Moral de la Rubia, J., Sánchez-Sosa, J., y Villarreal-González, M. (2010). *Desarrollo de una escala multidimensional breve de ajuste escolar*. *Rema*, 15(1), 1–11.
- OMS. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Riglin, L., Petrides, K. V., Frederickson, N., y Rice, F. (2014). The relationship between emotional problems and subsequent school attainment: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 37(4), 335–346. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.02.010>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, EE. UU.: Princeton University Press.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165–178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2015). *Escala de Satisfacción con la Vida para Niños y Adolescentes (SWLSN)*. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid [no publicado].
- Sandín, B., Chorot, P., y 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>
- Sandín, B., Valiente, R., y Chorot, P. (2008). Instrumentos para la evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. (pp. 267–346). Madrid, España: Klinik.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., y 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. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J., y Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*, 6(2), 84–98. <https://doi.org/10.1007/s12310-013-9116-2>
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., y Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>