

Programa Gestion@: programa psicoeducativo en línea para adolescentes con elevada ansiedad

Montserrat Martínez

Eix. Atenció i prevenció y Universidad Oberta de Catalunya, España

Resumen

El presente artículo pretende exponer un programa piloto preventivo online para adolescentes con elevada ansiedad y comprobar su eficacia en tres casos que presentaban ansiedad subclínica. Para la participación en el programa se seleccionó de una escuela de Barcelona los adolescentes con elevada ansiedad, evaluada mediante el test SCAS (Spence Children's Anxiety Scale), ausencia de comorbilidad con otros trastornos evaluados con YSR (Youth Self-Report) y que no habían recibido ningún tipo de tratamiento psicológico ni psiquiátrico. El programa psicoeducativo Gestion@ propone a través de una intervención online una psicoeducación de la ansiedad abarcando los diferentes componentes principales de la ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual). El adolescente realiza la intervención mediante cinco módulos que ha de ir completando cada uno en una semana. Completar cada módulo le lleva unos 20 minutos. Cada módulo está compuesto con información sobre la ansiedad y con actividades para comprobar su comprensión. Una vez finalizado cada módulo se le permite el acceso al siguiente, asegurando así el seguimiento. El adolescente tiene posibilidad de contacto online con un profesional en todo momento. Una vez terminado el programa se evalúa la ansiedad 6 y 12 meses después, evaluando también la satisfacción de cada módulo y del programa. En los tres casos que han participado en el estudio se han obtenido unos buenos resultados. El siguiente objetivo es aplicarlo a una muestra más amplia, comprobar su eficacia e ir adaptándolo en función de los resultados.

Palabras clave: prevención, ansiedad, adolescentes, intervenciones en línea.

Abstract

Gestion@ Program: online psychoeducational program for adolescents with high anxiety. This article aims to present an online preventive pilot program for adolescents with high anxiety and to verify their efficacy in three cases with subclinical anxiety. To participate in the program, adolescents with high anxiety were recruited from a school in Barcelona, using the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). The participants were absent of comorbidity with other disorders assessed with YSR (Youth Self-Report) and who did not receive any kind of psychological or psychiatric treatment. The psychoeducational program Gestion@ functions, through an online intervention, as a psychoeducation of anxiety covering the main different components of anxiety (physiological, cognitive and behavioral). The adolescent performs the intervention through five modules that must be completed each week. Completing each module takes about 20 minutes. Each module is composed of information about anxiety and activities to test their understanding. Once completed, each module is allowed access to the next phase, thus ensuring follow-up. The adolescent has the possibility of online contact with a professional at all times. Once the program is completed, anxiety is assessed 6 and 12 months following the study and it also evaluates the satisfaction of each module and the program. The three cases that have participated in the study have obtained positive results. Our goal is to apply this study to a larger sample, to check its effectiveness, and to make adaptations according to the results.

Keywords: prevent, anxiety, adolescents, online interventions.

Los trastornos de ansiedad son uno de los problemas psicológicos más frecuentes en niños y adolescentes (Merry et al., 2011; Neil & Christensen, 2009), con una prevalencia en torno al 15-20% y que se inician sobre los 11 años (Kessler et al., 2005), pudiendo ser la antesala de otros trastornos mentales (Mohr & Schneider, 2013) y continuar a

posteriori en la edad adulta (Copeland, Angold, Shanahan, & Costello, 2014). Por eso es necesario el desarrollo de programas destinados a los adolescentes y que actúen cuando su comportamiento es más adaptable y susceptible al cambio, de forma previa a la aparición de patrones de respuesta más rígidos y resistentes al tratamiento (Fisak, Richard,

Correspondencia:

Montserrat Martínez.

Eix. Atenció i prevenció.

C/Balmes 92, 1-1B, 08008, Barcelona - España.

E.mail: montse.mgarcia@gmail.com

& Mann, 2011). Además, los programas focalizados en la prevención permiten fortalecer al adolescente, obteniendo una mejor respuesta ante la ansiedad, aprovechando que en edades tempranas son más receptivos a los cambios (Gladstone, Beardslee, & O'Connor, 2011).

Entre los programas de prevención para la ansiedad encontramos diferentes tipos: los centrados en la prevención universal, los selectivos destinados a sujetos que presentan riesgo para el desarrollo de trastornos y los programas indicados, dirigidos a población con afecciones leves o tempranas. Se ha observado que los programas preventivos selectivos y los indicados obtienen mejores resultados. Las intervenciones dirigidas principalmente a la ansiedad producen mayores beneficios en comparación a aquellos que tratan de prevenir la ansiedad como un propósito secundario (Bennet et al., 2015; Teubert & Pinquart, 2011).

En relación a los programas preventivos desarrollados en el aula, la mayoría se han centrado en la prevención de la ansiedad no específica (Neil & Christensen, 2009), obteniendo mejores beneficios que los dirigidos a resolver un trastorno de ansiedad concreto (Calear, Batterhama, Poyser, et al., 2016). Sobre su efectividad, encontramos distintos estudios que muestran la reducción de sintomatología ansiosa en adolescentes que han participado en programas preventivos y que presentan ansiedad subclínica (Corrieri et al., 2014; Fisak et al., 2011). No obstante, no hay evidencia de los efectos de estos programas a largo plazo. En este sentido un meta-análisis realizado por Ahlen, Lenhard y Ghaderiy (2015) mostró que después de las intervenciones disminuían los síntomas de ansiedad, pero no se reducían los síntomas de ansiedad a largo plazo.

Si analizamos los estudios que versan sobre los programas preventivos en su modalidad *online*, encontramos que la mayoría de las intervenciones en línea se han centrado en el tratamiento en lugar de la prevención de los trastornos de ansiedad (Christensen, Batterham, & Calear, 2014). No obstante, los estudios que han analizado este tipo de programas preventivos para adolescentes han confirmado la reducción de los síntomas de ansiedad (Calear, Batterhama, Poyser, et al., 2016; Calear, Christensen, Brewer, et al., 2016; Clarke, Kuosmanen, & Barry, 2015).

Estos programas, tanto en sus modalidades presenciales como *online*, se basan mayoritariamente en la terapia cognitivo-conductual. Al ser una terapia estructurada que permite su implementación sistemática es fácil trasladarla a un formato *online* (Selmi, Klein, Griest, Sorrell, & Erdman, 1990). Los elementos básicos en la terapia cognitiva conductual según Ballespí (2014) serían: la psicoeducación sobre la ansiedad al niño y también a los padres, las escenificaciones emotivas y lúdicas, la reestructuración cognitiva y autoinstrucciones de competencia, y la relajación. Estas técnicas son comunes tanto en la prevención como en el tratamiento. No obstante, se desconoce la contribución de cada técnica en el ámbito de los programas preventivos (Orgilés, Espada, & Méndez, 2016), aunque el papel primordial de la psicoeducación en los tratamientos para la ansiedad y su eficacia contrastada para aumentar la salud mental y potenciar la búsqueda de ayuda (Taylor-Rodgers & Batterhamb, 2014), nos hace plantear la necesidad de evaluar y concretar su verdadera eficacia en torno a su aplicación sobre una muestra selectiva que presente ansiedad subclínica.

En consecuencia, debido a las escasas publicaciones sobre los tratamientos preventivos *online* de la ansiedad en los adolescentes en nuestro país, se hace necesario el estudio y desarrollo de programas que aprovechen los diferentes recursos que ofrecen las nuevas tecnologías y, a su vez, resulten atractivos y cómodos para los adolescentes. A su vez, el hecho de que la mayoría de los jóvenes sean activos en línea y el uso que hacen de la red para buscar información sobre su

salud (Burns, Davenport, & Durkin, 2010; Guillamón, Hernández, Martínez, & Alarcón, 2014) es una gran oportunidad para poder acceder a esta población y ofrecerles contenidos de calidad que incidan en la prevención de la ansiedad.

Método

Participantes

Los tres adolescentes que participan en este estudio preliminar fueron seleccionados en una escuela concertada de la ciudad de Barcelona (España). cursaban primero de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), siendo dos chicas y un chico: Paula de 13 años, Adriana de 12 años y Pau de 12 años (los nombres son figurados). Los criterios de inclusión del estudio fueron: (a) presentar un nivel de ansiedad subclínica, (b) ausencia de comorbilidad con otros trastornos asociados, y (c) no estar recibiendo ni haber recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico.

Instrumentos

The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1997)

Se seleccionó el test SCAS por sus buenas propiedades psicométricas con una alta consistencia interna (α de Cronbach = .89), una validez convergente adecuada con otra medida de ansiedad ($r = .41$) (Orgilés, Spence, Marzo, Méndez, & Espada, 2013) y por su capacidad para examinar un ancho espectro de síntomas de ansiedad en niños y niñas de 8 a 15 años (Spence, 1998). Se administró la prueba antes de participar en el programa, al finalizar el programa (5 semanas después), y seis y doce meses después de la participación.

La escala consta de 44 ítems, 38 referidos a síntomas específicos de los trastornos de ansiedad, concretamente: trastorno obsesivo-compulsivo (6 ítems), fobia social (6 ítems), ataque de pánico y agorafobia (9 ítems), ansiedad de separación (6 ítems), temores de lesiones físicas (5 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems). Incluye, además, 6 ítems positivos para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores y cuya puntuación no se califica. Se califica cada ítem con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem en cada escala obtenemos las seis escalas y de la suma de estas se obtiene la puntuación total del test. En el presente estudio se seleccionan aquellos adolescentes que obtuvieran una puntuación total situada entre 60 y 70, que es indicativo de ansiedad subclínica o niveles elevados de ansiedad pero no de ansiedad clínica (Spence, 1997).

Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001). El Youth Self-Report es un autoinforme para obtener información sistematizada directamente de niños y adolescentes (entre 11 y 18 años) sobre diversas competencias y problemas de conducta. Se seleccionó por su consistencia interna (α de Cronbach = .80), y por su gran discriminación para patologías (Lacalle, Ezpeleta, Doménech, & Granero, 2014). El YSR consta de dos partes: la primera evalúa habilidades o competencias deportivas, sociales y académicas. La segunda parte incluye 112 ítems, de los cuales 16 exploran la frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, y los restantes evalúan una amplia gama de conductas problema. Nos proporciona los siguientes perfiles de síndromes empíricos: aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva. Todos los ítems de la segunda parte deben ser contestados por el adolescente de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su

contenido no es verdad o no viene al caso, 1 cuando es algo verdad o le sucede a veces, y 2 cuando es muy cierto y le sucede frecuentemente. En el presente estudio se administró la segunda parte para evaluar los perfiles de síndromes.

Evaluación de la satisfacción de los módulos del programa

Al finalizar cada módulo se administró un cuestionario de cinco preguntas de elaboración propia sobre la satisfacción del módulo. Las preguntas valoraban la comprensión del contenido, el aspecto visual, si lo consideraban interesante y si recomendarían el módulo a un amigo. Cada ítem era contestado con una escala Likert de 0 a 5.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Roberts, Attkisson, & Mendias, 1984)

Se administró para valorar la Satisfacción del programa una vez finalizado. Este test fue diseñado para evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios de salud general y los servicios de salud mental. Se ha comprobado su consistencia interna (alpha de Cronbach = .83) y su validez con otras medidas de satisfacción general (alpha de Cronbach = .60) (Roberts & Zwich, 1982). Es un cuestionario autoadministrado de 8 ítems evaluados según una escala tipo Likert de 4 puntos. Está compuesto por las siguientes categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. La puntuación total se obtiene de la suma de los ítems y toma valores entre 8 y 32 puntos.

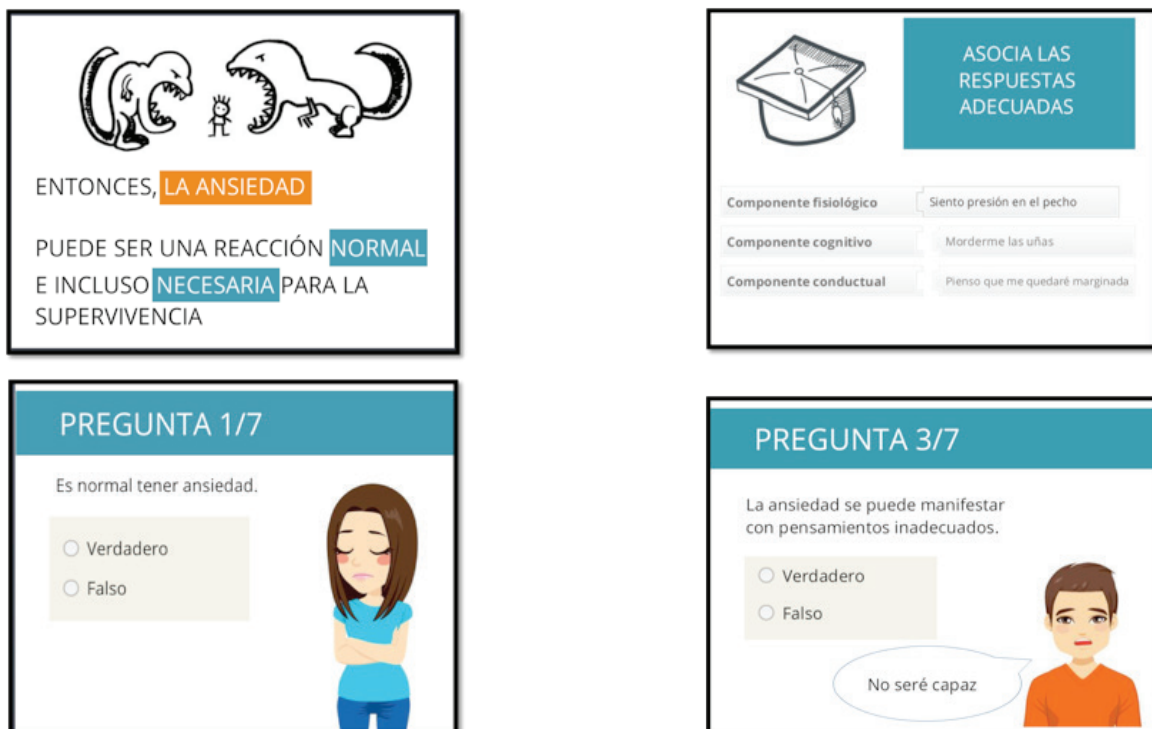
Procedimiento

Se llevó a cabo la selección de los participantes en una escuela concertada de Barcelona donde a una muestra de adolescentes (N = 59) se administraron los tests indicados (SCAS y YSR). De los resultados obtenidos se seleccionaron los casos que habían obtenido en el SCAS una puntuación total (PT) entre 60-70, descartando adolescentes con puntuaciones elevadas en el YSR y que presentaban tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Se contactó con los padres para

Tabla 1. Componentes del programa por módulo.

Módulo 1. Introducción
Presentación del programa ¿Qué es la ansiedad? Las tres partes de la ansiedad Breve resumen de lo que se encontrará en los siguientes módulos Preguntas de comprobación sobre el entendimiento de la unidad Encuesta de satisfacción de la unidad
Módulo 2. Componentes fisiológicos
Psicoeducación sobre los componentes fisiológicos de la ansiedad ¿Cómo afecta la ansiedad en nuestro cuerpo? Técnicas de relajación Técnicas de respiración Preguntas de comprobación sobre el entendimiento de la unidad Encuesta de satisfacción de la unidad
Módulo 3. Componentes cognitivos
Psicoeducación sobre los componentes cognitivos de la ansiedad ¿Cómo afecta la ansiedad a nuestros pensamientos? Detección de pensamientos negativos/reestructuración cognitiva Preguntas de comprobación sobre el entendimiento de la unidad Encuesta de satisfacción de la unidad
Módulo 4. Componentes conductuales
Psicoeducación sobre los componentes conductuales de la ansiedad ¿Cómo afecta la ansiedad en nuestra conducta? Estrategias de afrontamiento adecuadas Preguntas de comprobación sobre el entendimiento de la unidad Encuesta de satisfacción de la unidad
Módulo 5. Resumen de los contenidos
Breve resumen de los anteriores módulos ¿Cómo afecta la ansiedad en nuestro cuerpo? Técnicas fisiológicas: Respiración y relajación Técnicas cognitivas: Reestructuración cognitiva Técnicas conductuales: Afrontamiento positivo Encuesta de valoración de satisfacción del programa Administración de la escala de ansiedad

Figura 1. Ejemplos de pantallas del programa GESTION@.



informar sobre la posibilidad de participar en el estudio y obtener el consentimiento escrito. Se descartaron dos adolescentes que habían recibido ayuda psicológica, un caso en que los padres no estaban interesados en participar y otro en que el adolescente no quería participar. La participación fue voluntaria. Un total de cinco aceptaron iniciar participar en el programa y tres lo finalizaron.

Programa Gestion@

Al programa Gestion@ se accede mediante una plataforma virtual con clave de acceso personal. El programa está compuesto por cinco módulos (Tabla 1). En el módulo 1 se realiza una presentación del programa, explicando de manera general qué es la ansiedad y un breve resumen de lo que se encontraran en los siguientes módulos, así como unas preguntas de comprobación sobre la comprensión de la unidad y una encuesta de satisfacción de ese módulo. En los módulos 2, 3 y 4 se explican los distintos componentes de la ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual), se realizan ejercicios de comprobación sobre la comprensión de la unidad (Figura 1) y una breve encuesta de satisfacción del módulo. En el último módulo se realiza un breve resumen, la encuesta de satisfacción del programa (CSQ-8; Roberts et al., 1984) y se administra la escala de ansiedad (SCAS; Spence, 1998). Cada módulo se realiza en una semana y requiere para su realización un máximo de 20 minutos. Una vez se comprueba que ha completado el módulo, se envía un correo electrónico y se da acceso al siguiente módulo.

Análisis estadísticos

Dada la naturaleza y el tamaño de la muestra, se optó por realizar un análisis descriptivo de los resultados de la variable de ansiedad antes de la participación en el programa, después de la participación, seis y doce meses después.

Resultados

Valoración de la ansiedad. Escala total y subescalas

Los tres sujetos que participaron en el programa puntuaban antes del programa con una PT subclínica que se situaba entre 60 y 70, siendo las dos chicas las que puntuaban 60, y el chico una PT total de 63 (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones típicas en la escala total del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación en los tres participantes.

	Paula	Adriana	Pau
Pre	60	60	63
Post	52	47	56
6 meses	51	42	54
12 meses	52	48	58

Presentando los datos de evolución de manera individual para cada adolescente cabe destacar que en el caso de Paula (Figura 2) observamos cómo después de la participación la puntuación total es de 52, a los seis meses de 51 y al cabo de doce meses de 52. En referencia a las subescalas del SCAS (Figura 3) observamos que puntúa subclínicamente antes de la intervención en dos escalas: ansiedad de separación (PT = 60) y ansiedad generalizada (PT = 65). En la escala de ansiedad de separación después de la participación desciende a una puntuación de 55, a los seis meses 50 y a los doce meses 55. En lo que refiere a la subescala de ansiedad de separación desciende a 55, se mantiene a los seis meses y desciende a 50 a los doce meses.

Hay que destacar como la escala de miedos en un principio no puntuaba en el rango subclínico, pero al cabo de un año esta escala puntuó 60.

Figura 2. Caso Paula. Puntuaciones típicas en la escala total del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.

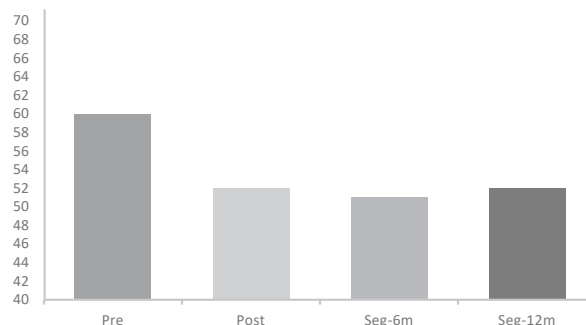
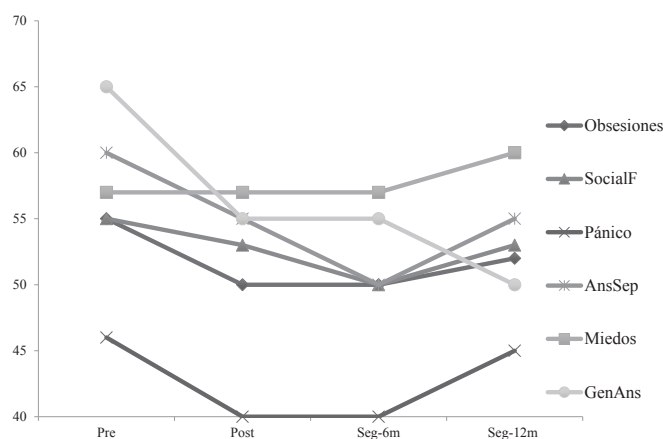


Figura 3. Caso Paula. Puntuaciones típicas en las subescalas del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.



En el caso de Adriana (Figura 4), después de la participación en el programa su puntuación es de 47, a los seis meses 42 y después de doce meses 48. En lo que refiere a las subescalas (Figura 5) observamos como puntúa subclínicamente en las mismas subescalas que Paula: ansiedad de separación y ansiedad generalizada. Después de la participación, la subescala de ansiedad generalizada desciende a 55, a los seis meses asciende a 58 y después de doce meses desciende a 55. En la subescala de ansiedad generalizada después del programa puntúa 55 y al cabo de seis y doce meses a 53.

Por último, en el caso de Pau (Figura 6), después de la participación su puntuación total es 56, a los seis meses 54 y a los doce meses 58. Observamos que antes de la participación del programa puntuaba subclínicamente en las subescalas de: obsesiones, fobia social, ansiedad de separación, temores de lesiones físicas y ansiedad generalizada (Figura 7). En la subescala de obsesiones, después del programa puntúa 53, al cabo de seis meses 55 y a los doce meses 58. En la subescala de fobia social después de la participación puntúa 55, a los seis meses 57 y al cabo de doce meses 60. Después de la participación la subescala de ansiedad generalizada desciende a 50, a los seis meses 45 y a los doce meses asciende a 55. En la subescala de ansiedad generalizada después de utilizar el programa puntúa a 60, al cabo de seis meses 50 y doce meses después 57.

Figura 4. Caso Adriana. Puntuaciones típicas en la escala total del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.

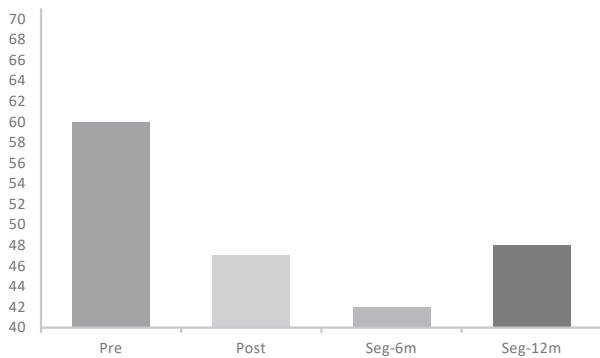


Figura 5. Caso Adriana. Puntuaciones típicas en las subescalas del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.

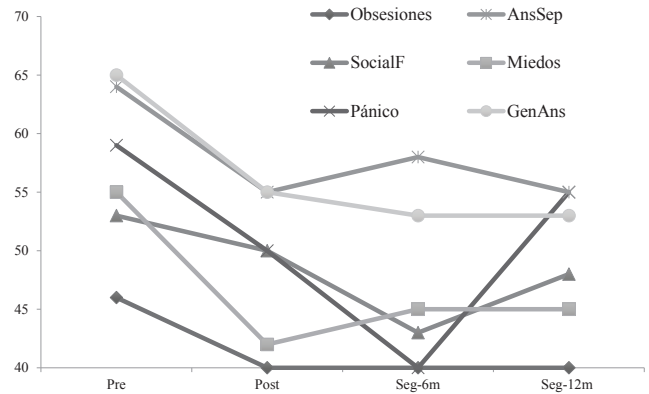


Figura 6. Caso Pau. Puntuaciones típicas en la escala total del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.

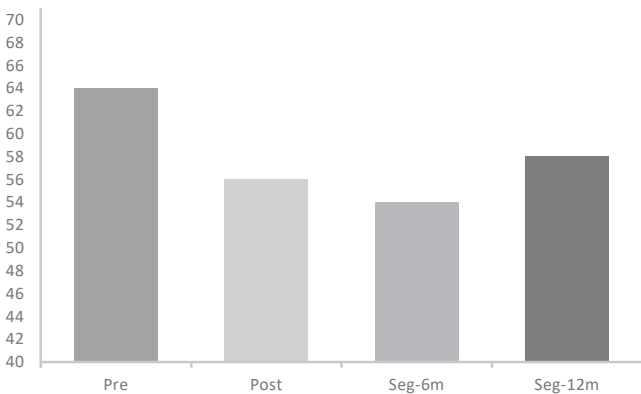


Figura 7. Caso Pau. Puntuaciones típicas en las subescalas del SCAS antes, después, seis y doce meses después de la participación.

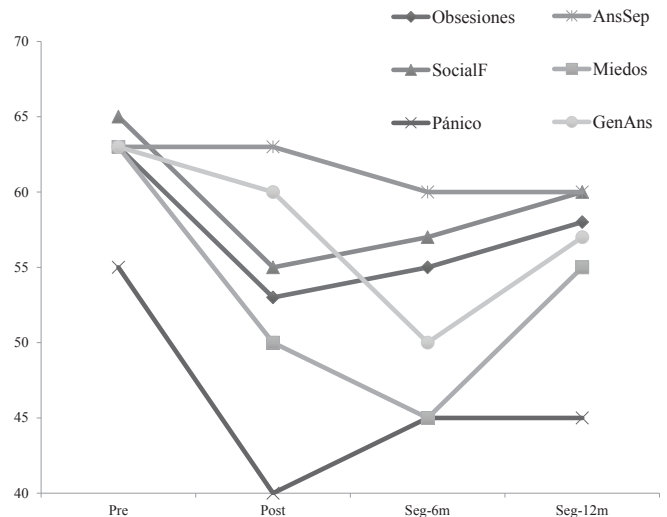
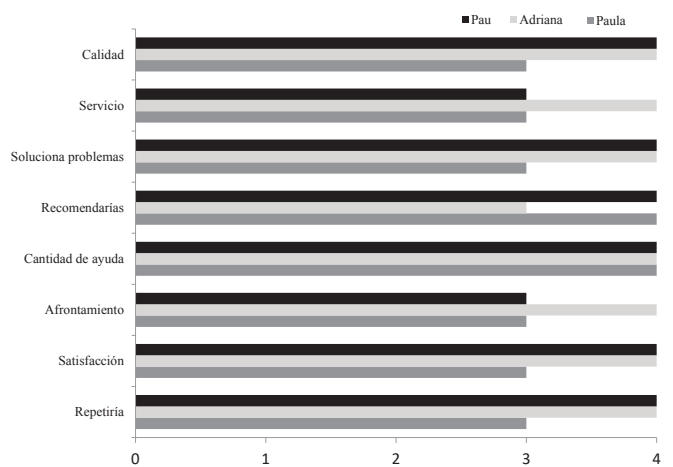


Tabla 3. Puntuaciones de valoración (de 0 a 5) de cada uno de los módulos.

Módulos	Paula	Adriana	Pau
1			
Recomendarías	5	5	5
Interesante	5	5	5
Aspecto visual	5	5	4
Entendible	5	5	5
Fácil	5	5	5
2			
Recomendarías	5	4	4
Interesante	5	4	4
Aspecto visual	4	4	4
Entendible	5	3	5
Fácil	4	4	3
3			
Recomendarías	5	5	5
Interesante	5	5	4
Aspecto visual	4	5	5
Entendible	5	5	5
Fácil	5	5	5
4			
Recomendarías	4	4	4
Interesante	5	4	4
Aspecto visual	4	4	3
Entendible	5	5	5
Fácil	5	4	4

Figura 8. Puntuaciones en las subescalas del CSQ-8 (de 1 a 4).



Satisfacción de los módulos

Los tres participantes valoraron el módulo 1 (breve introducción) y el módulo 3 (componentes cognitivos) con las mejores puntuaciones. Observamos que el segundo módulo (componente fisiológico) uno de los participantes relata que es menos comprensible, y otro no

lo encuentra fácil. En lo que refiere al módulo 4 (componente conductual) uno de los participantes lo valora peor en aspecto visual.

Satisfacción de programa (medida a través del CSQ-8)

Los tres participantes evaluaron la satisfacción del programa, Paula puntuó 26, Adriana 31 y Pau 30. Podemos observar (Figura 8) como las puntuaciones oscilan entre 3 y 4, destacando la máxima puntuación en la cantidad de ayuda recibida.

Discusión

El objetivo de este estudio es la evaluación de un programa psicoeducativo *online*, creado con la finalidad última de disminuir los síntomas de la ansiedad en adolescentes con ansiedad subclínica. Tras el programa se puede concluir que ha sido efectivo en los tres casos, al igual que nos relatan otros estudios (Calear, Christensen, Brewer, et al., 2016; Christensen et al., 2014; Clarke et al., 2015). En cambio, no se ha mantenido el resultado a largo plazo, confirmando las observaciones de otros programas preventivos de la ansiedad (Ahlen et al., 2015; Calear, Batterhama, Poyser, et al., 2016), en los cuales también se observan variaciones sucesivas de aumento de la ansiedad, sin llegar a los niveles iniciales, pero sin mantener los resultados positivos obtenidos tras la intervención *online*. Así pues, uno de los puntos de mejora e investigación abiertos sería determinar y evaluar estrategias que permitan la consecución y el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Otro de los objetivos del estudio era evaluar la satisfacción del formato *online* para ofrecer psicoeducación en los adolescentes con elevada ansiedad. Observamos que en términos generales se sentían satisfechos en este formato, del mismo modo que nos comentan otros estudios (Calear, Christensen, Brewer, et al., 2016).

El estudio se presenta con la limitación del reducido número de la muestra, siendo una prueba piloto con tres casos y con ausencia de grupo control. Cabe destacar, que dos de participantes abandonaron el programa antes de finalizarlo. Las tasas de abandono en los programas *online* son elevadas (Mohr & Schneider, 2013). Este autor indica que una desventaja de las intervenciones basadas en estrategias *online*, es que dependen de la iniciativa del usuario para acceder al programa. Por lo tanto, muchos desarrolladores incluyen características que “empujan” la información al usuario, tales como recordatorios automatizados por correo electrónico. Es importante investigar y desarrollar métodos de fidelización para los usuarios, adaptando los contenidos a sus preferencias (Guillamón et al., 2014). Otros autores también sugieren el hecho de poder adaptar los contenidos en función del género (Clarke et al., 2015).

La aplicación de un programa preventivo *online* y el interés que suscitan las TIC en los adolescentes, pueden suponer una ventaja respecto los tratamientos presenciales porque facilitan el acceso a un gran número de adolescentes. Muchos adolescentes no reciben un tratamiento de la ansiedad aunque puedan presentar síntomas o a futuro pudieran desarrollar un trastorno. De esta forma, avanzar de forma prematura y prevenir puede aportar soluciones a un colectivo muy amplio.

Por otra parte, los adolescentes buscan información sobre salud y sus problemas en Internet (Beck et al., 2014; Dobransky & Hargittai, 2012). Por ello, es necesario que se investigue sobre el desarrollo y la implementación de programas preventivos, y asegurarnos que éstos potencien la confidencialidad, la privacidad y el rigor de los contenidos (Baños, 2017).

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado con medios propios.

Artículo recibido: 03/05/2017

Aceptado: 15/06/2017

Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ahlen, J., Lenhard, F., & 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, 387-403. doi: 10.1007/s10935-015-0405-4
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237. doi: 10.1016/0149-7189(82)90074-X
- Ballespí, S. (2014). Trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. En L. Ezpeleta, & J. Toro, *Psicopatología del desarrollo* (pp. 353-373). Madrid: Pirámide.
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Mira, A., Riva, G., Gaggioli, A., & Botella, C. (2017). Online Positive Interventions to Promote Well-being and Resilience in the Adolescent Population: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8(10). doi: 10.3389/fpsy.2017.00010
- Beck, F., Richard, J. B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I., & Renahy, E. (2014). Use of the Internet as a Health Information Resource Among French Young Adults: Results From a Nationally Representative Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e128. doi: 10.2196/jmir.2934
- Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., ... Wilansky, P. (2015). Preventing child and adolescent anxiety disorders: Overview of systematic reviews. *Depression and Anxiety*, 32(12), 909-918. doi: 10.1002/da.22400
- Burns, J. M., Davenport, T. A., Durkin, L. A., Luscombe, G. M., & Hickie, I. B. (2010). The internet as a setting for mental health service utilisation by young people. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S22-26.
- Calear, A. L., Batterhama, P. J., Poyser, C. T., Mackinnon, A. J., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2016). Cluster randomised controlled trial of the e-couch Anxiety and Worry program in schools. *Journal of Affective Disorders*, 196, 210-217. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.049
- Calear, A. L., Christensen, H., Brewer, J., Mackinnon, A., & Griffiths, K. M. (2016). A pilot randomized controlled trial of the e-couch anxiety and worry program in schools. *Internet Interventions*, 6, 1-5. doi: 10.1016/j.invent.2016.08.003
- Christensen, H., Batterham, P., & Calear, A. (2014). Online interventions for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 7-13. doi:10.1097/YCO.0000000000000019
- Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2015). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 90-113. doi:10.1007/s10964-014-0165-0

- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.017
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441. doi: 10.1093/heapro/dat001
- Dobransky, K., & Hargittai, E. (2012). Inquiring Minds Acquiring Wellness: Uses of Online and Offline Sources for Health Information. *Health Communication*, 27(4), 331-343. doi: 10.1080/10410236.2011.585451
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268. doi: 10.1007/s11121-011-0210-0
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 35-52. doi:10.1016/j.psc.2010.11.015
- Guillamón, N., Hernández, E., Martínez, M., & Alarcón, I. (2014). Promoción de la salud en adolescentes: evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental. En R. Quevedo-Blasco & V.J. Quevedo-Blasco (comp.). *Avances en Psicología Clínica 2013*. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica (pp.763-772). Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Lacalle, M., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., & Granero, R. (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, 26, 364-371. doi: 10.7334/psicothema2013.342
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Martínez, M. (2016, Noviembre). *Gestion@. Programa psicoeducativo en línea para niños con elevada sensibilidad a la ansiedad*. Comunicación presentada en el II International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents, Barcelona, España.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3
- Mohr, C., & Schneider, S. (2013). Anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22 (1), S17-S22. doi:10.1007/s00787-012-0356-8
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002
- Orgilés, M., Espada, J. P., & Méndez, F. X. (2016). Terapia de conducta en los trastornos de ansiedad infantil. En M. I. Comeche, & M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 141-186). Madrid: Dykinson.
- Orgilés, M., Spence, S.H., Marzo, J. C., Méndez, X., & Espada, J. P. (2013). Psychometric Properties and Factorial Structure of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Spanish Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 96, 95-102. doi:10.1080/00223891.2013.816716
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Mendias, R. M. (1984). Assessing the Client Satisfaction Questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(4), 385-395. doi:10.1177/07399863840064004
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., & Erdman, H. P. (1990). Computer-administered CBT for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 51-56. doi: 10.1176/ajp.147.1.51
- Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605-625. doi:10.1016/S0887-6185(02)00236-0
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. doi:10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
- Taylor-Rodgers, E., & Batterham, P. J. (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 65-71. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.047
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1046-1059. doi:10.1016/j.janxdis.2011.07.001