

**DETECCIÓ I INTERVENCIÓ EN
FACTORS DE RISC PSICOLÒGICS I
PSICOFISIOLÒGICS ASSOCIATS AL
DESENVOLUPAMENT DE PROBLEMES
D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS**

Tesi Doctoral per a l'obtenció del grau de Doctor en Psicologia presentada
per Maria Balle Cabot sota la direcció del Dr. Miquel R. Tortella-Feliu



DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

El Director

L'autora

Dr. Miquel R. Tortella-Feliu

Maria Balle Cabot

Abril de 2010

*Als adolescents
que passen desapercebuts*

AGRAÏMENTS

Vull aprofitar aquestes línies per expressar la meva gratitud a totes aquelles persones que han format part d'aquest projecte o m'han acompanyat al llarg del seu procés.

Gràcies al Doctor Miquel Tortella, director d'aquesta tesi, a qui mai podré correspondre com es mereix per la seva dedicació, guia, paciència i suport. Gràcies, també, per la realització d'algunes tasques que s'allunyaven de les merament pròpies d'una direcció de tesi. Li agraeix sincerament no només la seva contribució en el desenvolupament d'aquest treball, sinó també que m'hagi format com a investigadora. Gràcies per ser el meu mestre.

Agraeix al Doctor Xavier Bornas la seva contribució en el tercer estudi d'aquesta tesi, així com la quantitat d'hores que hi ha dedicat, les idees aportades i tots els suggeriments de millora. Però, especialment, li don les gràcies per haver-me facilitat unes *noves ulleres* amb les quals veure el món que ens envolta.

A la Doctora Gloria García de la Banda, li don les gràcies per la seva col·laboració en el segon estudi de la investigació, per mostrar-se disponible de forma immediata sempre que li he demanat, però, sobretot, per haver-me permès desofegar-me quan el camí es feia costa per amunt. Gràcies també per apropar-me a grans professionals del món de la recerca amb qui podré continuar el meu procés de formació.

Gràcies al Doctor Albert Sesé, per la seva aportació amb les anàlisis metodològiques del primer estudi d'aquest treball, i per mostrar sempre un somriure i una paraula agradable a l'hora de treballar.

Vull agrair al Doctor Mateu Servera que em facilità els mitjans necessaris per a la il·lustració del manual del programa de prevenció, així com ho faria temps després el Doctor Jordi Llabrés, per a que es poguessin dur a terme les anàlisis de les primeres mostres de cortisol. Gràcies també al Doctor Llabrés per encarregar-se de la composició de la tasca de laboratori, essencial per a la realització d'aquest treball.

Vull donar les gràcies a la Doctora M^a Ángeles Martínez-Abascal per haver cregut sempre en jo i haver-me mostrat el seu suport incondicional durant tant de temps.

A en Toni, n'Antonella, en Tolo, en Jaume, na M^a Antonia, en Bernat, na Clara, na Cecília, na Sílvia, na Teresa, na Sabina, na Lorna i na Caterina, gràcies per la seva inestimable col·laboració en les tasques d'avaluació i registre en el laboratori, i pel suport personal mostrat al llarg de tot el procés. Gràcies especialment a en Toni, na Sílvia i na Teresa per aportar-me, a més de l'ajut pròpiament tècnic, una nova amistat; de la mateixa manera que n'Inma, “psicòloga forçosa” en alguns moments. Gràcies Inma, també, per les innombrables revisions del *heart rate*.

Vull agrair la seva col·laboració a les alumnes, potser ara ja psicopedagogues, que participaren en la primera avaluació autoinformada dels adolescents.

Gràcies als equips directius dels centres escolars que han participat en l'estudi per la seva col·laboració en el projecte i, principalment, gràcies als adolescents i les seves famílies que han format part de la investigació.

Els més sincers agraïments a *sa meva* Carme per estirar-me cap a la llum i recordar-me sovint que “*si el present és de lluita, el futur és nostre*”; a n'Elena per compartir tant els moments bons com els més difícils durant l'avanç pel mateix camí; i a en Dani pel seu suport i grans consells. Gràcies als tres per fer-me desaferrar el lòbul de tant en tant.

Gràcies a na Berta, per acompanyar-me sempre de tan aprop, tot i la distància.

A en Joan Miquel, gràcies per compartir experiències, inquietuts, interessos, i coneixements. Gràcies per la seva confiança.

Vull agrair a en Jaume i na Cristina, i a la resta de membres del *grup d'aficionats a les ranxeres*, que m'hagin fet partícip de tantes estones agradables i divertides en moments en què l'estrès em superava.

Gràcies també als companys psicobiòlegs, Ana, Mer, Xisca, Miguel, Ignasi, Noe i Carol, pel seu suport i ànims, i per fer menys solitaris tants d'horabaixes al despatx del IUNICS.

Als amics de fa anys, Esther i Joan, i als de sempre, Sílvia, Aina, Maria, i Cata, gràcies per ser allà, encara que jo no hi fos.

Agraïments especials a ma mare i als meus germans per ensenyar-me amb l'exemple: ma mare per mostrar una infinita força de voluntat i un afany constant de superació; en Joan per estar contínuament obert a nous coneixements; i en Biel per marcar-se grans metes i lluitar fins a aconseguir-les.

Finalment, i no per això menys important, gràcies a en Pedro per saber entendre la prioritat que he atorgat a aquest projecte i la completa dedicació que m'ha suposat. Gràcies per la seva comprensió, suport i tolerància, i per la seva *flexibilitat*, adaptada sempre a les meves necessitats. Moltes gràcies.

Maria Balle Cabot
Universitat de les Illes Balears
Abril de 2010

ÍNDEX

Marc general i antecedents del treball	xv
--	----

BLOC I: INTRODUCCIÓ TEÒRICA

1. Factors de vulnerabilitat a l'ansietat: l'afectivitat negativa i la regulació emocional desadaptativa	3
1.1. L'afectivitat negativa	5
1.1.1. L'afecte negatiu	6
1.1.2. El sistema d'inhibició conductal i la sensibilitat al càstig	7
1.2. La regulació emocional	8
1.3. Relacions entre afectivitat negativa i regulació emocional	11
2. Concomitants fisiològics de l'afectivitat negativa i la regulació emocional	15
2.1. Resposta endocrina: el cortisol.	16
2.2. Activitat electrodermica: la conductància de la pell.	18
2.3. Resposta cardíaca.	20
2.3.1. Aspectes principals de la Teoria Polivagal de Porges	20
2.3.2. La mesura del to vagal i altres mesures cardíques	21
2.3.3. El Model Integrador de Beauchaine	22
2.3.4. El Model d'Integració Neurovisceral de Thayer i Lane	24
2.3.5. La regularitat de la freqüència cardíaca	26
3. La prevenció	29
3.1. Tipus de prevenció	30
3.2. El <i>Griffith Early Intervention Program</i>	32
3.3. La prevenció selectiva de l'ansietat en població infantojuvenil	33
3.4. Programes de prevenció d'ansietat aplicats en l'escola	35
3.5. Relació cost-eficàcia en les intervencions preventives	36
3.6. Efectes a nivell psicofisiològic del tractament i la prevenció d'ansietat en joves	38

BLOC II: ESTUDIS D'INVESTIGACIÓ

4. Objectius generals del treball	45
5. Mètode	47
5.1. Participants i procediment de selecció en els diferents estudis	47
5.2. Mesures psicològiques emprades en els diferents estudis	50
5.3. Mesures fisiològiques emprades en els estudis 2, 3 i 4	54
5.3.1. Cortisol salivar	54
5.3.2. Resposta cardíaca i activitat electrodermica	55
5.4. Procediment	57
5.5. Descripció del programa de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat	63
6. Estudi 1: Relacions entre afectivitat negativa, regulació emocional i simptomatologia ansiosa i depressiva en adolescents.	67
6.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis	67
6.2. Anàlisis estadístiques	69
6.3. Resultats	70
6.4. Discussió	76
7. Estudi 2. Relacions entre la sensibilitat autoinformada del SIC i el cortisol en saliva en joves.	81
7.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis	81
7.2. Anàlisis estadístiques	82
7.3. Resultats	83
7.4. Discussió	87
8. Estudi 3: Distinció de joves en risc per a trastorns d'ansietat a partir de la sensibilitat autoinformada del SIC i els seus correlats psicofisiològics. Avaluació de la resposta cardíaca i l'activitat electrodermica.	91
8.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis	91
8.2. Anàlisis estadístiques	93
8.3. Resultats	95
8.4. Discussió	101

9. Estudi 4. Aplicació d'un programa de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat en joves sensibles al càstig: efectes psicològics i psicofisiològics.	107
9.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis	107
9.2. Anàlisis estadístiques	110
9.3. Resultats	111
9.3.1. Variables psicològiques	111
9.3.2. Variables fisiològiques	119
9.4. Discussió	126

BLOC III: DISCUSSIÓ GENERAL I CONCLUSIONS

10. Discussió general	137
11. Conclusions i perspectives de futur	143

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	151
------------------------------------	-----

ANNEXOS

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Continguts bàsics de les sessions del programa de prevenció.	64
Taula 2. Índexos d'ajustament per als models d'equacions estructurals alternatius (no mediacional / mediacional).	71
Taula 3. Estadístics descriptius dels símptomes d'ansietat i depressió i comparacions entre grups que puntuen en els quartils major i menor en afecte negatiu, sensibilitat al càstig i regulació emocional negativa.	75
Taula 4. Comparacions entre grups en les variables demogràfiques i psicològiques, i nivells de cortisol (transformats logarítmicament).	83
Taula 5. Correlacions de Pearson entre variables psicològiques i cortisol salivar ($N = 40$).	84
Taula 6. Resum de l'anàlisi de regressió jeràrquica per a les variables predictores del nivell de cortisol pretasca, postasca (transformats logarítmicament) i la diferència de cortisol.	86
Taula 7. Comparacions entre grups en les variables demogràfiques i psicològiques.	95
Taula 8. Correlacions de Pearson entre les variables psicològiques ($N = 40$).	95
Taula 9. Comparacions entre condicions i grups (MANOVA) en les respostes inespecífiques de la CP (nombre de fluctuacions per minut) i en la seva intensitat (μS).	97
Taula 10. Comparacions entre condicions i grups (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en FC, VFC (RMSSD –transformat a \ln -) i entropia mostral.	99
Taula 11. Comparacions entre condicions i grups (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en les potències d'alta i baixa freqüència.	100
Taula 12. Comparacions entre grups i moments d'avaluació (MANOVA), en les mesures psicològiques.	113

Taula 13. Millora clínica significativa al posttractament i al seguiment als 12 mesos per a la sensibilitat al càstig, la regulació emocional negativa i la simptomatologia ansiosa.	116
Taula 14. Percentatges de reducció simptomàtica en sensibilitat al càstig, afecte negatiu, regulació emocional negativa i simptomatologia ansiosa del pre al posttractament i del pretractament al seguiment.	117
Taula 15. Diagnòstic de trastorns d'ansietat segons l'entrevista K-SADS amb els adolescents i els pares.	118
Taula 16. Comparacions entre grups i moments d'avaluació durant les línees base 1 i 2 (MANOVA), en el nombre de fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica i la seva intensitat (μ S).	120
Taula 17. Comparacions entre grups i moments d'avaluació durant les respiracions pautaades 1 i 2 (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en els components espectrals d'alta i baixa freqüència de la resposta cardíaca (transformats logarítmicament).	123
Taula 18. Efectes principals de les comparacions entre grups, moments d'avaluació i condicions (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en la freqüència cardíaca i l'entropia mostral cardíaca.	126

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. Model integrador de Beauchaine (2001). Les relacions entre Sistema Nerviós Autònom i conducta.	23
Figura 2. Continu de la intervenció: Prevenció i tractament dels trastorns d'ansietat.	31
Figura 3. Diagrama de flux dels subjectes participants i procediment d'assignació als grups per als quatre estudis	49
Figura 4. Models teòrics que relacionen Afectivitat Negativa, Regulació Emocional i simptomatologia ansiosa i depressiva.	68
Figura 5. Trajectòries del model no mediacional amb els coeficients estandaritzats de les trajectòries.	73
Figura 6. Trajectòries del model mediacional amb els coeficients estandaritzats de les trajectòries.	74
Figura 7. Puntuacions mitjanes en freqüència cardíaca dels diferents grups davant les condicions experimentals, abans, després i passats 12 mesos des de la intervenció.	124
Figura 8. Puntuacions mitjanes en entropia dels diferents grups davant les condicions experimentals, abans, després i passats 12 mesos des de la intervenció.	125

MARC GENERAL I ANTECEDENTS DEL TREBALL

No tots els nadons són iguals. Tota una obvietat, però, per què? Què fa que just acabar de néixer hi hagi menuts que només dormen i mengen, i en canvi n'hi hagi d'altres que sovint ploren, es mouen o remuguen? A mesura que passen els mesos, aquells nadons que només dormien i menjaven, ara somriuen i van a parar als braços d'alguna persona desconeguda sense canviar d'actitud. En canvi, els altres més irritables continuen els plors davant persones que no han vist mai o en situacions novetoses, somriuen menys, i quan comencen a caminar es mostren més porucs i reservats que els primers. Anys més tard, ja en edat escolar, els infants amb aquest patró més inhibit, solen mostrar-se callats i cautelosos. "És molt bon nin -diuen els pares i mestres-, mai hem tingut cap problema amb ell.". I és cert. Ells no tenen cap problema, però no s'han plantejat que potser l'infant o el jove sí en tengui, o pugui tenir-ne en el futur.

Però reprenguem la pregunta que es plantejava més amunt. Què provoca aquestes diferències primigènies que poden influir tan marcadament en el desenvolupament d'un infant o, a mesura que es va fent gran, d'un adolescent? A grans trets, podríem dir que el temperament.

Les característiques temperamentals ens predisposen a reaccionar d'una forma determinada davant una gran varietat d'esdeveniments. Com diu Del Barrio (2005) el temperament suposa un *a priori* de resposta amb el qual l'individu afronta l'ambient que l'envolta. Una possible definició, d'entre les múltiples existents, és la que s'hi refereix com a aquelles diferències individuals determinades constitucionalment en la reactivitat i l'autoregulació, i observables en la resposta emocional, l'activitat motora i l'atenció (Rothbart, 1989; Rothbart & Derryberry, 1981). Alguns autors han defensat que aquest temperament ve determinat únicament per factors biològics i genètics (p. ex. Plomin, 1983), però la gran majoria està d'acord en què l'expressió del temperament ve influïda per la combinació de factors genètics o biològics i ambientals (Thomas & Chess, 1977). Nigg (2006) dóna una passa més i ens apropa a una perspectiva en què el temperament es troba inherent a una influència multinivell, a on convergeixen els nivells conductual, psicològic, neuronal, fisiològic i genètic; i a on la recerca de les

interaccions i mediacions entre aquests nivells és un objectiu bàsic per a la comprensió del desenvolupament d'alteracions psicopatològiques. I aquest serà el punt de partida del present treball: l'estudi de les relacions entre el temperament i el desenvolupament de psicopatologies, concretament els trastorns d'ansietat.

Però abans d'explicar en què consisteix el treball, tornem a aquells infants que hem començat etiquetant com a porucs, reservats o cautelosos. Tots ells tenen en comú un temperament "de retirada" (*withdrawal*, en anglès), tímid, inhibid o emocional (ha rebut diferents noms depenent dels autors, tot i fer referència al mateix). Aquest tipus de temperament ha estat el que més s'ha vist lligat amb posteriors trastorns d'ansietat o manifestacions de simptomatologia ansiosa.

Si volem ampliar el coneixement d'aquestes relacions entre el temperament i el desenvolupament dels trastorns d'ansietat, serà necessari, pel que acabam de veure, anar més enllà de l'estudi de la conducta externa i contemplar també la influència fisiològica. De fet, serà necessari aprofundir en aquests conceptes si també volem prevenir l'aparició de problemes d'ansietat venidors alhora que milloram la qualitat de vida dels nostres joves. Si som capaços d'incidir en els desajustaments de l'infant vulnerable, podrem prevenir l'aparició de futures alteracions.

Més que en l'infant vulnerable, nosaltres dirigirem la nostra atenció als adolescents. L'adolescència és un període crític del desenvolupament caracteritzat per canvis significatius en el desenvolupament cerebral, l'endocrinologia, les emocions, cognicions, comportaments i relacions interpersonals. És un període del desenvolupament marcat bàsicament per la transició, notablement modificable i plàstic des d'una perspectiva neurobiològica, conductual i psicosocial (Evans & Seligman, 2006). Si ens centram en la salut mental, l'adolescència és important donat que gran part dels trastorns mentals s'inicien durant aquesta etapa. I si aquests esdevenen crònics, marcaran el deteriorament de la salut mental en l'edat adulta. Alguns trastorns d'ansietat, com l'ansietat per separació o les fòbies específiques, són més comuns en infants petits que en adolescents, mentre que d'altres, com el trastorn de pànic, l'agorafòbia i la fòbia social, presenten un perfil de desenvolupament diferent, amb una major presència durant l'adolescència. Com indiquen Evans i Seligman (2006), aquests canvis evolutius, juntament amb l'augment de la prevalença de diagnòstics d'ansietat,

suggereixen que alguna cosa especialment important de la naturalesa i el curs dels trastorns ansiosos ocorre al llarg d'aquest període. La seva comprensió ens podrà proporcionar pistes sobre l'etiologia i la prevenció d'aquests trastorns.

Com indiquen gairebé tots els treballs relacionats amb el tema que ens ocupa, els trastorns d'ansietat són les psicopatologies més prevalents tant en infants i adolescents com en persones adultes, i interfereixen de forma notable en el dia a dia. La prevalença d'aquests trastorns en la població infantojuvenil oscil·la entre un 5% i un 10% al llarg d'aquestes etapes (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Essau, Conradt & Petermann, 2000, 2002), mentre que al llarg de la vida envolta el 29% (Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005). Aquests valors són prou rellevants, especialment si tenim en compte l'impacte negatiu d'aquests trastorns en el funcionament del pacient a nivell social, emocional i acadèmic (Donovan & Spence, 2000), i el probable curs crònic en els afectats (Orvaschel, Lewinson & Seeley, 1995). A més l'ansietat és un factor de risc per a altres psicopatologies com la depressió (p. ex. Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998).

Tot plegat ha provocat que al llarg dels darrers anys hagi augmentat l'interès en el seu control a edats més bé primerenques, tant per a una millor comprensió de la seva etiologia com en un intent de prevenir la seva aparició, disparant-se així els estudis relacionats amb l'ansietat en infants i joves (veure Muris & Broeren, 2009 per a una revisió dels darrers 25 anys).

Interessats en aquesta temàtica, nosaltres iniciàrem la recerca en prevenció d'ansietat en joves a l'any 2000. En aquell moment, duguérem a terme un estudi pilot a on s'avaluava la viabilitat d'un programa breu de prevenció selectiva de l'ansietat en adolescents en risc d'aquesta psicopatologia, aplicat en el centre escolar (Tortella-Feliu, Servera, Balle & Fullana, 2004). El programa consistia en sis sessions grupals dirigides exclusivament als joves, i es basava en procediments cognitivoconductuals i psicoeducatius utilitzats en intervencions prèvies per al control de l'ansietat en infants. Fou elaborat pels autors, basant-se principalment en els continguts del programa de prevenció d'ansietat FRIENDS (Barrett, Lowry-Webster & Holmes, 1999), el qual es detallarà en l'apartat 3.2. de la introducció teòrica. Amb aquest estudi s'esperava que el programa de prevenció que havíem elaborat reduís els nivells de sensibilitat a l'ansietat

(variable elegida com a factor de risc) en els subjectes tractats, en comparació a un grup control, amb puntuacions dins la Normalitat, que no rebien intervenció. Addicionalment, s'esperava que juntament a la sensibilitat a l'ansietat disminuïssin l'ansietat tret i la simptomatologia depressiva. Després de la intervenció, el grup que havia rebut tractament mostrà reduccions significatives en la sensibilitat a l'ansietat i en l'ansietat-tret, però no en la depressió, resultats que es mantingueren en un seguiment a tres mesos. El grup control no mostrà diferències entre els tres moments d'avaluació. S'analitzà la significació clínica dels canvis i es veié com al final de la intervenció els canvis observats en el grup exposat al programa preventiu assolien la significació clínica en un percentatge reduït de casos (al voltant d'un 30%) i, amb excepció de la simptomatologia depressiva, no existien diferències significatives entre el grup d'intervenció i el grup control. A partir dels resultats obtinguts, els autors concloueren, tot i les limitacions metodològiques de l'estudi, que l'aplicació del programa de prevenció breu contribuïa moderadament a disminuir la presència d'alguns dels factors de risc personals per al desenvolupament de trastorns d'ansietat, amb una tendència cap a la normalització de les variables estudiades. Els resultats d'aquest estudi es consideraren esperançadors donat que, a més del suport empíric que reforçava aquesta línia d'investigació, els autors observaren com el programa que havien elaborat, de poques sessions i centrades en els infants, provocaven canvis en els factors de risc per al desenvolupament de trastorns d'ansietat que s'havien avaluat. D'aquesta manera, el grup d'investigació es plantejà superar les limitacions de l'estudi: l'absència d'un grup control de subjectes amb puntuacions elevades en els factors de risc indicats, la manca d'avaluació de la simptomatologia ansiosa actual i l'absència de seguiments a mitjà i a llarg termini.

Per superar la segona limitació, es necessitava un instrument per a una avaluació acurada de la simptomatologia ansiosa infantil en el nostre idioma. Amb aquest objectiu s'elaborà una adaptació catalana de l'Escala d'Ansietat en Nins/es d'Spence (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*) (Spence, 1998), un dels instruments més utilitzats en l'avaluació de simptomatologia ansiosa en infants i joves. L'escala traduïda presentà una fiabilitat i consistència interna elevades, i una bona validesa convergent i discriminant. Una vegada realitzat l'anàlisi factorial de l'instrument, s'obtingueren sis

factors molt semblants als informats en els treballs del grup d'Spence (Tortella-Feliu, Balle, Servera & García de la Banda, 2005).

Amb la possibilitat d'avaluar els símptomes dels trastorns d'ansietat dels joves mitjançant un autoinforme traduït i validat, i amb l'intent, com ja dèiem, de superar les altres limitacions del treball de prevenció anterior, s'inicià una nova investigació. Aquesta va ser l'objecte de la meua Memòria d'Investigació per a l'obtenció del Diploma d'Estudis Avançats.

L'estudi (Balle & Tortella-Feliu, 2010) avaluava si el mateix programa minvaria la sensibilitat a l'ansietat, i la simptomatologia ansiosa i depressiva en joves d'11 a 17 anys en risc de problemes d'ansietat (elevada sensibilitat a l'ansietat). En aquest nou treball, el grup en risc es comparava amb un altre grup amb les mateixes característiques que es trobava en llista d'espera, i amb un grup control amb puntuacions dins la Normalitat. Després de la intervenció, s'observà una disminució significativa de les variables avaluades tant en el grup de prevenció com en el grup en llista d'espera. Fins als sis mesos no s'assoliren parcialment diferències significatives entre els dos grups experimentals; en aquest moment, el grup que havia rebut intervenció mostrà una menor sensibilitat a l'ansietat que el grup en llista d'espera i s'igualà al grup control normal. Els percentatges de reducció simptomàtica foren semblants als obtinguts per altres autors amb programes d'intervenció més llargs, complexos i costosos (p. ex. Barrett, Lock, & Farrell, 2005; Dadds et al., 1999; Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens, 1997), però malgrat això, la disminució del grup en llista d'espera va fer que sorgissin noves preguntes. La baixada dels símptomes amb el pas del temps era deguda a la remissió espontània? S'haguessin arribat a assolir diferències entre el grup de prevenció i el grup en llista d'espera en les altres variables en un seguiment a més llarg termini? Era suficient la informació verbal facilitada per als joves com a única font de dades per valorar els canvis? Havia estat la sensibilitat a l'ansietat un bon criteri per a la selecció dels subjectes en risc?

El nostre interès per als programes de prevenció de l'ansietat en infants i adolescents i totes les preguntes que ens anàvem plantejant ens van fer entrar en un estudi més detallat de totes les qüestions relacionades amb allò que avui s'anomena Psicopatologia Evolutiva o del Desenvolupament. Malgrat que en els darrers anys els

avenços en aquest camp han estat notables, se'ns va fer evident que les llacunes en el seu coneixement eren més grans que no pas les certeses relatives. Per això, considerarem que era inel·ludible endinsar-nos en aquest territori.

Mentre que la majoria de treballs s'havien dirigit fins fa pocs anys a l'estudi de factors de risc i/o de vulnerabilitat actuant per separat, altres començaven a investigar l'inici, el manteniment i la remissió dels trastorns d'ansietat a la infància tenint en compte un ampli rang de factors i les complexes interaccions entre ells. Entre aquests factors, es contemplaven els elements psicofisiològics. Una aproximació que considera aquest entramat d'influències relacionades entre elles és l'esmentada Psicopatologia Evolutiva. Aquesta perspectiva ha servit com a marc de referència per a l'estudi de molts trastorns psicològics a la infància (Cicchetti & Cohen, 1995, 2006), però, com defensen Vasey i Dadds (2001), necessita continuar aprofundint en la investigació dels trastorns d'ansietat.

Els grups de recerca en *Neurodinàmica i Psicologia Clínica*, i en *Desenvolupament i Psicopatologia* de la Universitat de les Illes Balears ja contemplaven aquests lligams entre psicopatologia i elements psicofisiològics. Per aquest motiu, iniciarem el present treball molt lligat a la feina d'aquests grups. Concretament, ens interessarem pels següents vessants:

- Importància de la variabilitat i la complexitat o entropia de la taxa cardíaca en els trastorns d'ansietat i el seu tractament (prevenció), objecte d'estudi del grup de recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica.
- Relació entre la regulació neuroendocrina i la psicopatologia, línia d'investigació del grup de recerca en Desenvolupament i Psicopatologia.

En l'estudi d'aquests aspectes, en el nostre cas aplicats a l'estudi de la vulnerabilitat a l'ansietat en adolescents, comptarem amb la contribució del Doctor Xavier Bornas i Agustí, membre del primer grup de recerca, i de la Doctora Gloria García de la Banda, membre del segon grup.

Per altra banda, l'estudi de les complexes interrelacions entre els factors de vulnerabilitat i la seva influència sobre la simptomatologia ansiosa i depressiva (primer objectiu general d'aquest treball, com tot seguit veurem) necessitava d'eines

metodològiques igualment complexes per a la seva anàlisi. Per a l'aplicació d'aquestes eines comptarem amb la col·laboració del Doctor Albert Sesé Abad.

Així les coses projectarem els treballs que havien de fer part d'aquesta tesi doctoral amb l'objectiu general de guanyar coneixement, des d'una perspectiva bioconductual, sobre el paper dels factors temperamentals en les manifestacions ansioses en l'adolescència i, continuant la feina en l'àmbit preventiu, avaluar d'una manera més àmplia i acurada el programa de prevenció breu que havíem desenvolupat anys enrera.

El projecte de tesi doctoral es proposà dur a terme quatre estudis en què ens plantejarem els següents objectius generals:

- Estudiar la relació entre l'afectivitat negativa i la regulació emocional negativa (vulnerabilitats bàsiques per al desenvolupament de l'ansietat i altres problemes emocionals) en la determinació de la simptomatologia ansiosa i depressiva en adolescents (**Estudi 1**).
- Avaluar els concomitants psicofisiològics de la sensibilitat del sistema d'inhibició conductual (base del temperament "de retirada") autoinformada: la resposta neuroendocrina, la conductància electrodermica i la resposta cardíaca (**Estudis 2 i 3**).
- Valorar els efectes d'un programa de prevenció selectiva de l'ansietat en joves en risc, tant a nivell auto i heteroinformat, com a nivell psicofisiològic (**Estudi 4**).

Els tres primers estudis descrits en aquesta tesi, corresponents als capítols 6, 7 i 8 del Bloc II, s'han enviat i/o han estat acceptats per diferents revistes internacionals per a la seva publicació. Els títols dels treballs i les revistes es llisten a continuació.

Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (en premsa). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*.

Balle, M., Tortella-Feliu, M., & Garcia-Banda, G. (en premsa). Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

Balle, M., Tortella-Feliu, M., & Bornas, X. (2010). *Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants*. Manuscrit enviat per a la seva publicació.

Pel que fa als continguts de l'exposició d'aquest treball, aquests han estat distribuïts en tres blocs. En el bloc I, la introducció teòrica, es descriuen aquells conceptes més teòrics relacionats amb la vulnerabilitat a l'ansietat: l'afectivitat negativa i la regulació emocional negativa; i es repassen aquells estudis que han relacionat ambdós factors. A continuació, s'expliquen els concomitants fisiològics de les característiques temperamentals, fent especial èmfasi en les respostes neuroendocrina (la secreció de cortisol), electrodermica i cardíaca. En relació a la resposta cardíaca, es dóna una passa més enllà de l'anàlisi clàssica, per introduir-nos en una nova perspectiva d'estudi: la Teoria dels Sistemes Dinàmics. Per acabar amb la introducció, es destaca la importància de la prevenció en la recerca en Teràpia de Conducta a l'actualitat, especialment en gent jove, i es revisen molt breument alguns dels programes de prevenció d'ansietat que s'han mostrat eficaços. En el bloc II s'exposa el treball d'investigació realitzat. Es plantegen els objectius generals i el mètode emprat, i es continua amb l'exposició dels quatre estudis que han format el treball. En cadascun d'ells, veurem els objectius específics, les hipòtesis, els resultats obtinguts i la discussió. Finalment, en el bloc III, es procedeix a una discussió general a on s'argumenten les conclusions finals i les perspectives de futur.

BLOC I:
INTRODUCCIÓ TEÒRICA

1. FACTORS DE VULNERABILITAT A L'ANSIETAT: L'AFECTIVITAT NEGATIVA I LA REGULACIÓ EMOCIONAL DESADAPTATIVA

A dia d'avui gairebé tothom dóna per més que evident l'existència de persones vulnerables per al desenvolupament de trastorns d'ansietat o, més en general, trastorns emocionals. D'aquesta manera, els factors de vulnerabilitat i/o temperamentals han esdevingut un element clau dels models explicatius d'aquestes alteracions (p. ex. Barlow, 1991, 2000, 2002; Craske, 2003).

L'estudi d'aquests factors de vulnerabilitat personals persegueix diferents objectius. Entre ells, destaca facilitar la comprensió dels processos d'instauració i manteniment d'aquests trastorns i ajudar-nos a conèixer les possibles trajectòries simptomàtiques al llarg del desenvolupament (abans que s'instauri el trastorn). Però a més de tot això, i per ventura encara més important, els factors de vulnerabilitat tenen un paper clau en el disseny de programes preventius.

Malgrat els grans avenços en la literatura respecte als factors de vulnerabilitat per a l'ansietat, encara continua havent-hi mancances i és difícil, si no impossible, poder establir trajectòries inequívokes cap a l'aparició d'aquests trastorns. Al llarg de les dues darreres dècades, l'estudi d'aquests factors de vulnerabilitat per a l'ansietat s'ha disparat, principalment en adults. Per exemple Barlow (1991, 2000, 2002) proposa un model de "triple vulnerabilitat" que defensa l'existència de característiques comuns en l'etiologia dels trastorns d'ansietat i altres trastorns emocionals relacionats. Aquesta teoria abraça unes vulnerabilitats biològica i psicològica generals, així com una vulnerabilitat psicològica específica que sorgeix d'experiències primerenques. Per una banda, la vulnerabilitat biològica general implica influències genètiques inespecífiques per al desenvolupament d'ansietat i d'afecte negatiu. Així com indiquen Barlow, Allen i Choate (2004), gran part de la recerca en aquesta vulnerabilitat biològica general s'ha dirigit a aspectes temperamentals etiquetats com "ansietat", "neuroticisme", "afecte negatiu" o "inhibició conductual". Per altra banda, la vulnerabilitat psicològica general vendria influïda per les primeres experiències de la vida, sota unes condicions determinades (p. ex. pautes de criança de sobreprotecció).

Tot i que gran part de la literatura en vulnerabilitat a l'ansietat es dirigeixi a la població adulta, ja existeixen diverses teories, relativament sòlides i derivades de recerca sistemàtica, relacionades amb el risc per als trastorns emocionals en infants i adolescents (p. ex. Manassis & Bradley, 1994; Lonigan, Vasey, Phillips & Hazen, 2004; Rothbart, 2007, Weems, 2008).

En el desenvolupament de problemes d'ansietat, sembla no haver-hi cap dubte respecte a la influència de l'afectivitat negativa i altres constructes temperamentals (p. ex: Clark, Watson & Mineka, 1994; Craske, 2003; Derryberry & Rothbart, 1997; Lonigan et al., 2004), però continua sense estar del tot clar quins són els mecanismes mitjançant els quals operen aquests factors de vulnerabilitat, i com ho fan.

Així com s'avançava en el marc general d'aquesta tesi, fins a finals dels anys 90, tant teòrics com investigadors se centraven en factors predisponents per als trastorns d'ansietat en la infància actuant individualment (Vasey & Dadds, 2001), però el desenvolupament d'aquests trastorns requereix la consideració d'un gran ventall d'influències. A banda del model de la triple vulnerabilitat de Barlow, que hem vist més amunt, recentment han anat sorgint altres teories multicausals i integradores, en un intent de formular un model prou sòlid per a l'explicació de la predisposició a l'ansietat. Algunes d'elles (p. ex. Craske, 2003; Lonigan et al., 2004) defensen l'existència d'una vulnerabilitat inespecífica que comprèn factors afavoridors, però no necessaris, per a l'inici de l'ansietat clínica o d'altres alteracions emocionals.

Les teories de Craske i del grup de Lonigan distingeixen dos tipus de vulnerabilitats bàsiques: l'afectivitat negativa (AN) i la regulació emocional (RE) inadequada o regulació emocional basada en l'amenaça.

Craske (2003) entén l'AN com una propensió a l'activació dels estats motivacionals defensius i a les emocions negatives, i la regulació emocional com a la propensió a minvar la reactivitat emocional, o la reacció davant l'afectivitat negativa (més envant aprofundirem en aquests dos conceptes). L'autora proposa un model de vulnerabilitat amb dos grans components: (a) una base de factors de vulnerabilitat inespecífica (l'AN i la RE basada en l'amenaça) per a tots els trastorns d'ansietat i altres trastorns emocionals, i (b) els factors rellevants per al desenvolupament de trastorns d'ansietat específics (p. ex. la història d'aprenentatge). En un estadi intermig entre

ambdós, i modulats pels factors de vulnerabilitat, es troben els processos ansiosos (p. ex. estats de vigilància i/o atenció), generals per a tots els trastorns d'ansietat.

Per la seva banda, el grup de Lonigan (Lonigan & Vasey, 2009; Lonigan et al., 2004) postula que la relació entre l'afectivitat negativa i l'ansietat és moderada per aspectes autoreguladors del temperament (p. ex. la RE). Aquesta relació sembla estar mediatitzada pel control de l'atenció cap a l'estímul amenaçant. El model prediu que un nivell elevat d'afectivitat negativa, excepte en casos extrems, no és suficient per al desenvolupament de la psicopatologia ansiosa. Per això, un baix nivell de RE o una RE inadequada sembla ser un factor de risc addicional a l'elevada AN, formant ambdós la vulnerabilitat per a les formes patològiques de l'ansietat i altres trastorns internalitzants com la depressió.

Donat el paper fonamental dels dos constructes temperamentals exposats, l'AN i la RE, en el desenvolupament de problemes d'ansietat, aprofundirem un poc més en ambdós constructes i en la seva relació.

1.1. L'Afectivitat Negativa

L'AN ha estat el factor temperamental més freqüentment associat a l'ansietat i a altres trastorns emocionals (Lonigan & Phillips, 2001; Muris & Ollendick, 2005; Nigg, 2006). És considerada tant una característica comú subjacent a aquests trastorns, com un factor de risc per al seu desenvolupament. L'AN és un constructe integrador que inclou conceptes semblants i sobreposats des de diferents models motivacionals i de personalitat, especialment el neuroticisme (Eysenck, 1967), la sensibilitat al càstig (Gray, 1981, 1982, 1987), i l'afecte negatiu (Clark & Watson, 1991). Una definició àmplia d'aquest constructe seria “la tendència a experimentar un ventall d'estats emocionals negatius, i a activar els sistemes motivacionals defensius” (Craske, 2003, p. 49). Malgrat això, molts individus amb una AN elevada no mostren nivells elevats de simptomatologia ansiosa o no desenvolupen consegüentment trastorns d'ansietat. Això ha dut als investigadors a examinar els factors potencials que medien o moderen la relació entre l'AN i la presència de símptomes d'ansietat i el desenvolupament d'una ansietat patològica posterior.

En aquest treball, ens hem centrat en l'afecte negatiu i la sensibilitat al càstig per analitzar les relacions entre l'afectivitat negativa i la simptomatologia ansiosa. A continuació s'expliquen cadascun d'aquests termes.

1.1.1. L'afecte negatiu

L'Afecte Negatiu és un dels conceptes clau en el Model Tripartit de Clark i Watson (1991). Aquest model sorgeix amb la finalitat d'explicar tant la superposició de símptomes ansiosos i depressius, com la comorbilitat entre les categories diagnòstiques corresponents. El model postula que l'ansietat i la depressió comparteixen un component comú d'afecte negatiu que explica la superposició i la comorbilitat en adults, darrerament també estudiat en infants i adolescents (veure Anderson & Hope, 2008 per a una revisió del model tripartit en joves). L'afecte negatiu representa una dimensió general de malestar subjectiu i insatisfacció, alhora que inclou un ampli rang d'estats emocionals negatius (p. ex., por, preocupació, ràbia, tristesa, culpabilitat, menyspreu i disgust). Clark i Watson hipotetitzaven que tot i que l'ansietat i la depressió comparteixen l'afecte negatiu com a component comú, poden diferenciar-se per uns altres dos constructes: l'afecte positiu i l'activació fisiològica. Un baix afecte positiu (entès l'afecte positiu com la presència de diferents estats anímics positius, com per exemple l'alegria, l'entusiasme, la confiança, etc.) seria específic de la depressió, mentre que una elevada sobreactivació fisiològica es consideraria relativament específica dels trastorns d'ansietat.

No ens endinsarem en una revisió acurada del model tripartit, que ens podria ocupar una considerable extensió d'aquesta introducció, i remetrem al lector a la brillant revisió de Watson (2005) a on l'autor repassa l'evolució del model inicial arribant a un actual model jeràrquic integratiu. Aquest postula, entre altres aspectes, que l'afecte negatiu es manté com una dimensió comuna entre els trastorns d'ansietat i depressius, però també pot aparèixer a altres trastorns psicopatològics; que el baix afecte positiu no és característic just de la depressió, sinó que també participaria de l'explicació d'altres trastorns com la fòbia social i l'esquizofrènia; i que els trastorns depressius i el trastorn d'ansietat generalitzada podrien comptar amb una marcada presència d'afecte negatiu i baix afecte positiu, mentre que els demás trastorns d'ansietat presentarien menors nivells d'afecte negatiu.

Reprendrem l'afecte negatiu en veure les relacions entre afectivitat negativa i regulació emocional.

1.1.2. El sistema d'inhibició conductual i la sensibilitat al càstig

El sistema d'inhibició conductual (SIC) és introduït per Gray (1981, 1982) a principis dels anys 80 en el seu model motivacional. Aquest model inicialment postula dues dimensions ortogonals associades a sistemes neuropsicològics independents: el sistema d'aproximació conductual (SAC) i el SIC. Anys més tard (Gray, 1987), l'autor inclourà en el model un tercer sistema no tan ben definit com els anteriors: el sistema de fugida/lluita.

Aquest sistema de fugida/lluita respon a estímuls aversius no condicionats (estímuls aversius innats) mitjançant l'agressió defensiva o la fugida incondicionada.

Per la seva banda, el SAC activa el comportament davant incentius positius i s'associa a la sensibilitat a la recompensa.

Finalment, el SIC és un sistema motivacional defensiu que controla la conducta en resposta a estímuls aversius condicionats, és a dir, senyals de càstig, no recompensa (frustració) i estímuls nous. Tots aquests esdeveniments provoquen la interrupció de les conductes que s'estaven duent a terme (inhibició conductual), alhora que incrementen el nivell d'activació, provoquen un augment de l'atenció, especialment relacionada amb l'ansietat anticipatòria davant d'estímuls contextuais, i sembla ser que donen lloc a l'afecte negatiu (Bijttebier, Beck, Claes & Vandereycken, 2009).

S'ha considerat que les diferències individuals en la reactivitat del SIC corresponen a diferències individuals en la personalitat, així com les reflectides per diferències estables en ansietat tret o afectivitat negativa (Bijttebier et al., 2009). El SIC fou postulat per Gray com a subjacent a la dimensió de personalitat "ansietat", així que les manifestacions de l'ansietat reflectirien l'acció d'aquest sistema. D'aquesta manera, una elevada activitat del SIC seria vista com un factor de vulnerabilitat per als trastorns d'ansietat, i de forma més global, per als trastorns emocionals o internalitzants. De fet, la majoria d'estudis tant normatius com en mostres clíniques, han trobat una associació positiva entre la sensibilitat del SIC i la simptomatologia ansiosa (veure Bijttebier et al., 2009 per a una revisió).

Les mesures psicomètriques de l'activitat del SIC indiquen el nivell de l'anomenada Sensibilitat al Càstig (SC) i poden ser d'utilitat en la detecció d'infants i joves en risc de trastorns d'ansietat i d'altres trastorns emocionals. Però tot i això, la investigació dedicada a explorar els correlats psicopatològics de la sensibilitat del SIC i els seus concomitants fisiològics en infants i joves és més aviat escassa. En aquesta població juvenil, s'ha observat com la reactivitat del SIC prediu l'ansietat subjectiva després de controlar l'ansietat estat (Leen-Feldner, Zvolensky & Feldner, 2004), la por (Blair, 2003), i els símptomes de trastorns internalitzants (Colder & O'Connor, 2004; Muris, Meesters, de Kanter & Timmerman, 2005; Muris & Ollendick, 2005), mentre que s'associa de forma positiva amb l'afectivitat negativa i el neuroticisme, i de forma negativa amb l'extraversió (Muris, et al., 2005; Muris & Ollendick, 2005; Slobodskaya, 2007). La reactivitat del SIC en joves també facilita el biaix atencional cap a estímuls associats a informació amenaçant, així com l'evitació conductual d'estímuls novetosos potencialment amenaçants (Field, 2006). Per altra banda, Blair (2003) trobà una relació positiva entre la reactivitat del SIC i una major competència socioemocional en infants, tot i que dins l'aula, la major reactivitat del SIC s'associava a menors nivells de conducta davant d'una tasca executiva (una major inhibició). Per acabar amb la revisió d'estudis amb població infantojuvenil, Colder i O'Connor (2004) observaren que un major temps de reacció en resposta a senyals de càstig es relacionava amb una elevada inhibició conductual.

A partir de tot això, i com indiquen Colder i O'Connor (2004), podem concloure que el model de Gray és d'especial importància per oferir una oportunitat d'integrar múltiples nivells d'influència (p. ex. les diferències individuals fisiològiques amb els factors de risc contextuals) en l'estudi del desenvolupament de psicopatologies. En el tercer apartat d'aquesta introducció teòrica, reprendrem aquests nivells d'influència, per explicar-ne més detalladament els concomitants fisiològics.

1.2. La Regulació Emocional

L'altre gran factor de vulnerabilitat de base, juntament a l'afectivitat negativa, és la regulació emocional. Tot i haver-se dedicat una gran quantitat de la recerca dels darrers anys a aquest constructe, de gran importància per a la comprensió dels processos psicopatològics, a hores d'ara encara no trobam una definició consensuada de RE (p. ex.

Amstadter, 2008; Bridges, Denham, & Ganiban, 2004; Cole, Martin, & Dennis, 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004; Weems & Silverman, 2006). Coexisteixen diversos enfocaments entorn a la RE, des de diferents tradicions psicològiques. Entre ells destaquen: (a) el model del procés de l'emoció que integra l'àmplia literatura sobre medicina psicosomàtica i psicologia clínica (Gross, 1998), (b) la literatura de la psicologia del desenvolupament (Thompson, 1994), així com (c) estudis basats en les tradicions de recerca bioconductual i de la personalitat (especialment del temperament) (p. ex. Eisenberg et al., 2001; Eisenberg et al., 2005; Eisenberg & Spinrad, 2004; Lonigan & Phillips, 2001; Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Rothbart & Derryberry, 1981). Afortunadament hi ha certes coincidències entre totes aquestes definicions (Valiente et al., 2003). Totes elles entenen la RE com el conjunt de respostes que influeixen en l'experiència i l'expressió de les emocions. Entre les divergències trobam, com a mínim, que la RE pot ser una part de l'autoregulació o també pot incloure la regulació externa, pot ser voluntària/intencional o involuntària/automàtica, i pot ser un procés conscient o inconscient.

Des d'una perspectiva del desenvolupament psicobiològic, Rothbart (1989) descriu la facilitat d'activació o *arousal* davant d'una situació (reactivitat) i l'habilitat de modular aquesta activació (autoregulació) com dues bases temperamentals fonamentals en el primer any de vida. Més concretament, entén la reactivitat com la facilitat amb la qual l'activitat motora, els plors, la vocalització, el somriure i les respostes autònomes i endocrines són provocades per l'estimulació. Com indica Craske (2003), l'operativització de Rothbart de la reactivitat se solapa amb el que són les primeres formes d'afectivitat negativa i inhibició conductual, tot i que la descripció de Rothbart (1989) de reactivitat emocional incorpora l'afectivitat tant positiva com negativa, mentre que els models motivacionals com el de Gray (1981, 1982, 1987) i l'afectivitat negativa descriuen la tendència cap als estats aversius. Per altra banda, Rothbart descriu l'autoregulació com un component del temperament, pel que suggereix que és un tret estable que influeix, en cas de ser negatiu o inadequat, en la propensió a un posterior distrès.

En una revisió més recent, Derryberry i Rothbart (1997) descriuen el temperament com un sistema d'autoorganització que abraça dos conjunts de processos: reactivitat i control intencional (*effortful control* en anglès). Els processos reactius són les

influències motivacionals que inclouen tant els sistemes d'activació com d'inhibició, molt semblants al SIC i al SAC de Gray (1981, 1982, 1987), mentre que els processos de control intencional inclouen funcions executives, com la focalització o desviament de l'atenció, que poden modular els efectes dels sistemes de reactivitat emocional. Ambdós tipus de processos, com veurem més envant, són centrals en el desenvolupament de l'ansietat excessiva (Craske, 2003).

Per a una millor comprensió dels processos de RE, Rothbart & Sheese (2007) consideren necessària la reconceptualització dels constructes temperamentals, com a sistemes afectivoemocionals i atencionals, i l'estudi de les interaccions dinàmiques entre aquests sistemes. Per això, s'haurien de tenir en compte les diferències individuals en la reactivitat emocional i en la RE com a components centrals del temperament, actuant de forma conjunta. Donada la importància d'aquests processos en el desenvolupament de l'ansietat, l'estudi de la seva relació ens podria donar informació sobre l'etiologia dels trastorns ansiosos. Reprendrem les relacions entre aquestes característiques temperamentals, com a facilitadors dels processos ansiosos, en el següent apartat.

Des d'una perspectiva més clínica, s'ha donat suport a la idea de que alguns tipus de RE (com els intents d'evitar o suprimir les expressions emocionals i els pensaments no desitjats) es troben fortament relacionats amb la majoria, si no tots, dels trastorns d'ansietat i depressius. De fet, aquests processos es consideren una característica central en el manteniment d'aquests problemes (p. ex. Barlow et al., 2004). A més, els pensaments negatius que poden ser considerats una forma negativa de RE semblen associar-se específicament amb l'afecte negatiu (p. ex. Mausbach, Roepke, Depp, Patterson & Grant, 2009). És a dir, és ben acceptat que algunes formes de RE que podrien ser etiquetades com a evitació emocional són clarament negatives donat que contribueixen en l'exacerbació i al manteniment de símptomes d'ansietat.

Per al nostre estudi, nosaltres ens basarem en una definició de regulació emocional com un estil de resposta individual front a esdeveniments estressògens, especialment "la forma cognitiva de manejar l'entrada d'informació activadora emocionalment" (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001).

Garnefski i els seus col·laboradors (Garnefski, Kraaij & van Etten, 2005; Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer & Teerds, 2002; Garnefski et al., 2002) s'han dedicat a l'estudi d'aquesta regulació emocional cognitiva, distingint nou estils de regulació diferents: autoculpabilització, ruminació, catastrofització, culpabilització d'altres, acceptació, reenfocament positiu, enfocament en la planificació, reavaluació positiva i posada en perspectiva. Alguns estils de regulació emocional cognitiva es relacionen de forma positiva amb la simptomatologia ansiosa i depressiva, especialment la ruminació, però també l'autoculpabilització i la catastrofització (Garnefski et al., 2001; Garnefski, Legerstee, et al., 2002; Garnefski, van den Kommer, et al., 2002). Aquests tres estils, juntament a la culpabilització d'altres, conformen un factor més general, o factor de segon ordre, també relacionat amb la depressió i l'ansietat. Garnefski i els seus col·laboradors (2001) es refereixen a ell com "estil de regulació emocional cognitiu negatiu". La resta d'estils de regulació conformen "l'estil de regulació emocional cognitiu positiu", el qual, si no s'utilitza, també pot relacionar-se amb la presència de símptomes d'ansietat i depressió. Aquestes troballes s'han pogut observar tant en adults com en adolescents. També s'ha trobat una pobre RE en infants amb trastorns d'ansietat (Suveg & Zeman, 2004) i ha estat associada amb simptomatologia ansiosa i depressiva quan apareix juntament amb un elevat afecte negatiu (Suveg, Hoffman, Zeman, & Thomassin, 2009). Continuem amb les relacions entre aquests dos constructes en el següent apartat.

1. 3. Relacions entre afectivitat negativa i regulació emocional

Fa poc més d'una dècada, Rothbart i Bates (1998) indicaven que tot just s'estava començant l'estudi sistemàtic de les relacions entre l'AN i la RE com a facilitadores dels processos d'ansietat i la simptomatologia ansiosa. Però, tot i els avenços recents, el coneixement sobre aquestes relacions i les seves influències en el desenvolupament de l'ansietat i d'altres trastorns emocionals, encara és limitat. Algunes dades interessants obtingudes molt recentment suggereixen que un biaix atencional cap a estímuls amenaçants, juntament a dificultats en processos de control executiu i cognitiu, podrien ser el mecanisme central que lliga l'AN i la RE com a factors afavoridors de problemes d'ansietat (Lonigan & Vasey, 2009; Verstraeten, Vasey, Raes & Bijttebier, 2009).

En aquesta línia, Nigg (2006) analitzà els processos de control executiu. Va distingir entre el control intencional (descriu en l'apartat anterior) i el control reactiu,

una forma més automàtica de RE (Eisenberg & Spinrad, 2004), indicant que el control reactiu estaria especialment relacionat amb altres trets temperamentals com l'extraversió o el neuroticisme (o l'AN), qüestió empírica en la que s'hauria d'aprofundir. A més, Craske (2003) considera que alguns tipus de RE no només contribueixen a l'ansietat, sinó que també representen la mateixa manifestació de l'ansietat. De forma semblant, Davidson (1998) i Amstadter (2008) assenyalen com les emocions rarament són generades sense processos reguladors que les acompanyin. Tot plegat dóna suport a que la RE és un aspecte inherent a les tendències de resposta emocional.

Lynch, Robins, Morse i Krause (2001) empraren un model d'equacions estructurals per provar un model teòric en el qual relacionaven la intensitat de l'afecte negatiu, la inhibició emocional (un tipus de RE negativa) i el distrès psicològic en mostres clíniques i no clíniques. Un resultat especialment rellevant d'aquest estudi fou que la intensitat de l'afecte negatiu determina, en certa mesura, el grau mitjançant el qual algú intenta controlar les emocions a partir de l'evitació de l'expressió emocional i elegeix suprimir pensaments indesitjats. És a dir, que la RE negativa no sembla que sigui del tot independent de l'afecte negatiu. Aquestes estratègies de RE, alhora, duen a un increment del distrès psicològic.

Més recentment Suveg i els seus col·laboradors (Suveg et al., 2009; Suveg & Zeman, 2004) també han observat que existeix relació entre l'experiència intensa d'emocions, la presència d'afecte negatiu i la dificultat de control d'emocions negatives. Més concretament, han vist com la forma en que s'experimenten les emocions (amb major o menor intensitat), la qual es troba àmpliament associada a l'AN, pot determinar l'habilitat de regular-les. Suveg i Zeman (2004), i més recentment Weems i Silverman (2006), discuteixen tot això en un context més general. Entenen que una RE negativa abraça no només una manca de control de les emocions, sinó també la percepció que es té d'aquest control. D'aquesta manera, defensen que si un individu percep que té un baix control emocional, això el conduirà a una baixa auto-eficàcia en la regulació de les emocions.

Així com suggereixen part d'aquests estudis, alguns estils de RE, etiquetats com a negatius (supressió de pensament, ruminació, etc.), podrien representar, almenys

parcialment, un reflex de l'AN. En altres paraules, podria ser la RE negativa, d'alguna manera, una resposta de control reactiu molt determinada per una elevada AN? En general, però, els models teòrics veuen l'AN i la RE com a factors temperamentals independents, més que relacionats. Amb la intenció d'aclarir les relacions entre aquests constructes, duguérem a terme el primer estudi d'aquest treball.

2. CONCOMITANTS FISIOLÒGICS DE L'AFECTIVITAT NEGATIVA I LA REGULACIÓ EMOCIONAL

L'estudi del temperament i la seva relació amb la psicopatologia és, al nostre parer, inseparable. De fet, així ho apunten alguns dels principals teòrics del camp de l'anàlisi psicobiològica de les diferències individuals en els estils bàsics de resposta o estils disposicionals (p. ex. Beauchaine, 2001, Nigg, 2006, Porges, 1995). Per tant, ens sembla del tot necessària la integració dels nivells d'anàlisi comportamental i biològic.

En una magnífica revisió, Nigg (2006) proposa un model estructural jeràrquic en el que s'integren els nivells d'anàlisi conductual i biològic del temperament i els seus processos reguladors. Aquest model, que integra les aportacions de Beauchaine (2001), Calkin i Fox (2002), Markon, Krueger i Watson (2005), i Shiner i Caspi (2003), intenta explicar les possibles trajectòries des del temperament cap a formes específiques de psicopatologia. L'estructura jeràrquica comença amb la reactivitat de dos sistemes d'incentius bàsics: el d'aproximació i el de retirada. Aquests s'han relacionat amb la reactivitat del sistema nerviós autònom, així com amb determinats sistemes neuronals (Beauchaine, 2001) i es corresponen als sistemes motivacionals introduïts per Gray (1987) que ja hem descrit en el capítol anterior. El sistema d'aproximació coincidiria amb el SAC i el sistema de retirada amb el SIC. A més, tot i el risc de simplificar-ho un poc massa, el SAC s'associaria a l'extraversió i a la tendència a experimentar emocions positives (afecte positiu), mentre que el SIC s'associaria al neuroticisme i a la tendència a experimentar emocions negatives (afecte negatiu). Etiquetar aquests sistemes com a "d'aproximació" i "de retirada", enlloc d'afecte positiu i negatiu, segons Zuckerman (2001) facilita els lligams per una banda entre la recerca en infants, joves i adults, i per una altra banda entre els models d'aprenentatge neurobiològic, evolucionista i entre espècies.

Atenent als objectius del nostre treball, ens centrarem en el sistema de retirada. Com ja s'ha anat avançant quan descrivíem el SIC, aquest sistema predisposa cap a comportaments de fugida i evitació davant situacions no recompensants o d'incertesa, i es relaciona específicament amb reaccions afectives com la por, l'ansietat o la tristesa.

Aquesta reactivitat de les respostes es relaciona a nivell del sistema nerviós central al sistema septohipocàmpic, i a nivell autònom a l'activació simpàtica, especialment a l'activitat electrodermica en anticipació a la pèrdua de recompensa (Fowles, 1980; Beauchaine, 2001). Quant a la resposta neuroendocrina, la relacionada amb els sistemes de resposta a l'estrès i al perill pot ser una bon reflex de la resposta de retirada (Depue & Lenzenweger, 2005; Gunnar, 1994, 2003). El principal sistema biològic implicat en aquesta resposta endocrina és l'eix hipotalàmicopituïtariadrenal (HPA), l'activitat del qual es manifesta en els nivells perifèrics de cortisol.

En un punt intermedi entre els sistemes motivacionals i les expressions conductuals Nigg (2006) inclou els processos de regulació. Els seus concomitants fisiològics a nivell autònom es fixen concretament en la resposta parasimpàtica. L'índex dels processos de regulació més validat en la literatura és el to vagal, manifest en la variabilitat de la freqüència cardíaca.

A continuació es dedica un apartat a cadascun d'aquests indicadors fisiològics.

2.1. Resposta endocrina: el cortisol

La resposta neuroendocrina a l'estrès pot ser vista com un potencial reflex de la reactivitat del SIC o, més en general, de l'afectivitat negativa o de la resposta de retirada (Gunnar, 1994; Gunnar & Quevedo, 2007).

El principal sistema biològic implicat en aquesta resposta endocrina és l'eix HPA, considerat un sistema de resposta a l'estrès associat a l'activació, l'afecte negatiu i l'ansietat. Una resposta incrementada de l'eix HPA constituiria, per tant, una diàtesi per al desenvolupament de trastorns d'ansietat (Gunnar & Vazquez, 2006). L'activitat de l'eix HPA és freqüentment analitzada a partir de les concentracions de cortisol salivar tant a través de les mitjanes del cortisol secretat al llarg del dia (nivells basals), com a través de la reactivitat del cortisol davant estressors aguts.

El patró de resposta basal de l'eix HPA mostra un dibuix característic al llarg del dia. Els nivells de cortisol són normalment molt elevats al matí, abans de despertar-se; incrementen entre un 50% i un 60% en els primers 30-40 minuts després d'haver-se despert; baixen ràpidament al llarg de les primeres hores següents i, seguidament, arriben poc a poc al punt més baix al voltant de la mitjanit (Weitzman et al., 1971; Kirschbaum & Hellhammer, 1989; Pruessner et al., 1997). Però, tot i aquest patró,

existeix una certa variabilitat entre individus en el cicle circadià (Smyth et al., 1997; Adam & Gunnar, 2001). Per altra banda, el perfil clàssic del cortisol en resposta a l'estrès consisteix en nivells de cortisol moderats abans de la tasca estressògena, nivells de cortisol elevats en resposta a l'estressor, i un posterior retorn prop dels nivells previs a la tasca durant els 40 a 60 minuts següents a l'acabament de l'estressor (Adam, Klimes-Dougan & Gunnar, 2007). Alteracions en la resposta esperada del sistema HPA davant de l'estrès, per exemple nivells exagerats d'estrès anticipatori o de reactivitat a l'estrès, es relacionarien amb la reactivitat del SIC i amb la simptomatologia internalitzant. Això fa que l'ús del cortisol salivar, especialment com a resposta reactiva, sigui de cada vegada més freqüent en la recerca en psicopatologia del desenvolupament sobre l'ansietat i altres trastorns emocionals.

Si ens limitam als estudis que analitzen la reactivitat del cortisol en joves amb trastorns d'ansietat o en risc de desenvolupar-ne, els resultats són força inconsistents. En mostres clíniques, una elevada reactivitat del cortisol després d'una tasca amb un estressor social s'ha vist associada amb trastorns d'ansietat i altres problemes internalitzants en diversos estudis (Dorn et al., 2003; van West, Claes, Sulon & Deboutte, 2008), mentre que en d'altres, no s'ha pogut distingir entre joves clínicament ansiosos i controls (p. ex. Gerra et al., 2000; Martel et al., 1999). Klimes-Dougan, Hastings, Granger, Usher i Zahn-Waxler (2001) observaren com joves suposadament en risc per a trastorns internalitzants, segons la simptomatologia internalitzant present en el moment de l'estudi, exhibien majors increments en el nivell de cortisol salivar després d'un estressor social que els seus iguals controls, mentre que front a una tasca de conflicte interpersonal ambdós grups es comportaven de la mateixa forma amb una disminució de les concentracions de cortisol d'abans a després de la tasca.

Pocs estudis s'han dedicat a investigar les relacions entre la reactivitat del SIC autoinformada o informada pels cuidadors i els nivells de cortisol salivar en infants i joves (Blair, Peters & Granger, 2004; Gunnar, Talge & Herrera, 2009). Blair et al. (2004) observaren una associació positiva entre la reactivitat del SIC informada pels pares i elevades concentracions de cortisol després de dues tasques cognitives de laboratori en infants joves. En un altre estudi, dedicat principalment a analitzar els canvis evolutius i les associacions entre la pubertat i l'activitat de l'eix HPA en joves,

Gunnar, Wewerka, Frenn, Long i Griggs (2009) trobaren una major reactivitat del cortisol després d'un test d'estrès social associada a més símptomes ansiosos i depressius, només en dones. El temperament poruc, mesurat a partir d'informació facilitada pels pares i a on es contemplava l'activitat del SIC, no s'associà a la reactivitat del cortisol en al·lotes, però sí ho va fer amb la reactivitat del cortisol en al·lots. En un estudi previ del mateix grup (Gunnar, Sebanc, Tout, Donzella & van Dulmen, 2003) es trobà que infants inhibits conductualment mostraven menors nivells de cortisol basal que infants més extravertits quan es controlaven els nivells d'interaccions problemàtiques amb els iguals (majors en els infants extravertits).

En resum, com es conclou en la revisió de Gunnar, Talge et al. (2009), la base de les diferències individuals, inclosa la reactivitat del SIC, podria relacionar-se amb diferents patrons de resposta de l'eix HPA. A banda d'aquesta reactivitat del SIC seria interessant contemplar altres factors, entre ells, la regulació emocional, però pel que coneixem, no existeixen estudis en joves que relacionin estils de regulació emocional i reactivitat del cortisol. En adults, diversos estudis han trobat una associació positiva entre alguns estils de regulació emocional negativa, com la preocupació o la ruminació, i nivells elevats de cortisol basal, reactiu i en anticipació de situacions potencialment estressògenes (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006).

Vist el poc nombre d'estudis en joves que relacionaven concretament la sensibilitat del SIC i la reactivitat del cortisol, així com l'absència de treballs en cortisol i regulació emocional, també en població infantojuvenil, ens plantejarem el segon estudi del present treball. El seu principal objectiu fou analitzar les relacions entre la sensibilitat del SIC, la regulació emocional negativa i els nivells de cortisol salivar reactiu en joves suposadament en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat.

2.2. Activitat electrodermica: la conductància de la pell

Als apartats anteriors s'han introduït els models conceptuals integradors desenvolupats per Beauchaine (Beauchaine, 2001; Beauchaine, Gatzke-Kopp, & Mead, 2007) i per Nigg (2006). Segons aquests models, hem vist que per explicar els problemes d'ansietat es requereix, a banda de la resposta neuroendocrina, (a) el component motivacional, influït per una elevada sensibilitat del SIC i

psicofisiològicament manifest per un augment de la conductància de la pell, i (b) el component regulador, influït pel sistema vagal, i manifest en una baixa variabilitat de la freqüència cardíaca (Beauchaine, 2001).

Previ als models integradors esmentats, i servint-los-hi com a referència, Fowles (1980, 1982, 1983, 1988) proposà un model psicofisiològic de l'activitat cardiovascular i electrodermica aplicable a la teoria de Gray i, per tant, directament relacionat amb el SIC. Deixarem de banda de moment la resposta cardíaca, i ens centrarem en l'activitat electrodermica.

Fowles proposava que l'activitat del SIC donava lloc a un increment de la conductància electrodermica tònica, particularment en la freqüència de les seves respostes inespecífiques, o dit d'una altra manera, a una major reactivitat de la conductància de la pell. Aquesta conductància de la pell, tant a nivell reactiu com basal, es refereix a l'activitat electrodermica provocada per les glàndules sudorípares. Aquestes glàndules són innervades únicament pel sistema nerviós simpàtic, fent així de la conductància de la pell una mesura fiable de l'activitat d'aquesta branca del sistema nerviós autònom (SNA). Així com argumenta Fowles (1988), les respostes inespecífiques de la conductància de la pell augmenten davant amenaces de càstig, mostrant així la seva relació amb el SIC. En aquesta línia, s'ha vist com durant assajos frustrats de no-recompensa (Fowles, 1983, 1988), augmenta el nivell de conductància de la pell durant l'extinció en adults (p. ex. Tranel, 1983). D'aquesta forma, sembla ser que condicions d'aquest tipus són especialment adequades per provocar la reactivitat del SIC perquè contempnen tant expectatives de recompensa (aproximació) com extinció (evitació) (Corr, 2002, 2004).

En població infantojuvenil, Colder i O'Connor (2004) veren com la relació entre la sensibilitat del SIC (informada per cuidadors) i la reactivitat de la conductància de la pell durant una tasca d'execució contínua on es combinaven blocs de recompensa i d'extinció, no eren consistents amb les expectatives; entre d'altres resultats, la conductància de la pell no augmentava durant l'extinció en els subjectes amb una elevada sensibilitat del SIC, així com era d'esperar. Sota unes altres condicions d'avaluació, una major reactivitat de la conductància de la pell en resposta a estímuls moderadament fòbics s'ha vist associada a símptomes d'ansietat autoinformats en

adolescents (Weems, Zakem, Costa, Cannon & Watts, 2005). A més, una elevada reactivitat de la conductància de la pell també s'ha relacionat positivament amb la timidesa, la inhibició (Kagan, Reznick, & Snidman, 1987) i símptomes internalitzants en infants (El-Sheikh, 2005). En canvi Leen-Feldner et al. (2004) trobaren una inesperada associació negativa entre la sensibilitat del SIC autoinformada i el nivell de conductància de la pell davant de l'exposició a imatges elicitadores de por.

A partir dels resultats exposats, sembla ser que els estudis que analitzen les relacions entre la sensibilitat del SIC auto o heteroinformada (SC) i la conductància electrodermica sovint són inconsistents amb la teoria i més complexos del que s'esperava (p. ex. Brenner, Beauchaine & Sylvers, 2005). En el tercer estudi, ens plantejarem aprofundir en l'estudi d'aquestes relacions.

2.3. Resposta cardíaca.

Així com s'ha introduït prèviament, els processos autoreguladors emocionals vénen especialment influïts per l'activitat del sistema nerviós parasimpàtic, manifest en la resposta cardíaca. Aquesta idea sorgeix de la teoria polivagal de Porges (1995). L'autor introdueix una nova perspectiva en la qual relaciona el funcionament autònom amb el comportament. Planteja que l'evolució del SNA dels mamífers proporciona els substrats neurofisiològics per a les experiències emocionals i els processos afectius. En aquest context, l'evolució del sistema nerviós determinaria el rang de l'expressió emocional, la qualitat de la comunicació i l'habilitat per regular l'estat corporal i conductual. D'aquesta manera, la teoria proporciona una explicació plausible de diferents conductes socials, emocionals i comunicatives i els possibles trastorns associats (Porges, 2003). No entrarem en l'explicació purament fisiològica de la teoria (veure Porges, 2003 per a una revisió), i ens limitarem a aclarir alguns punts sobre el paper bàsic del sistema nerviós parasimpàtic en els processos autoreguladors emocionals.

2.3.1. Aspectes principals de la Teoria Polivagal de Porges

El nervi vague (nervi cranial amb dues branques –vague vegetatiu i vague mielínic-), com a component del sistema parasimpàtic, té un paper fonamental en l'amortiment de l'activitat simpàtica. El vague mielínic, amb origen en el nucli ambigu,

per una banda inhibeix les entrades acceleratòries del sistema nerviós simpàtic al cor, en aquelles situacions en què l'adaptatiu és mantenir l'atenció sostinguda i/o la implicació social; i per altra banda, retira la seva capacitat inhibidora quan l'adaptatiu és lluitar o fugir. D'aquesta manera, aquestes accions permeten un canvi molt ràpid de l'estat visceral, incrementant o minvant la taxa cardíaca. És a dir, quan hi ha requeriments metabòlics per a la mobilització (lluitar o fugir), el nervi vague no inhibeix (to vagal baix) i permet l'increment de la taxa cardíaca; mentre que en situacions d'implicació social o atencional, el nervi vague es posa en marxa com a inhibidor (to vagal alt) i es redueix la taxa cardíaca. Les deficiències funcionals en aquest nervi vague són un factor de risc per a la inestabilitat emocional, relacionada amb un gran nombre de psicopatologies. De fet, i com veurem més endavant mitjançant la revisió d'alguns estudis, un to cardíac vagal baix sol ésser present en totes les alteracions psicopatològiques on es dona una desregulació emocional (aproximadament un 50% dels trastorns de l'eix I del DSM-IV-TR, i el 100% dels trastorns de l'eix II).

2.3.2. La mesura del to vagal i altres mesures cardíques

Existeixen diferents formes d'avaluació del to vagal, sense haver arribat, a hores d'ara, a un total acord sobre quina és la millor. La variabilitat de la freqüència cardíaca (VFC) n'és un bon indicador. Es refereix al grau de dispersió que mostren valors successius al voltant d'un valor central (p. ex. la mitjana) en sèries temporals de la freqüència cardíaca, o dit d'una altra manera, la variació que es dona en l'interval de temps entre batecs consecutius. Un índex sovint utilitzat per a l'avaluació d'aquesta mesura és la mitjana quadràtica dels quadrats de les diferències successives (*root mean of squared successive differences, RMSSD*) entre batecs. Un altre indicador de l'activitat vagal cardíaca és la VFC associada a l'arítmia sinusal respiratòria, que reflecteix la variació en els intervals entre batecs cardíacs lligada a la freqüència respiratòria. Aquest índex es basa en el càlcul de la longitud dels períodes d'inspiració i expiració.

Però aquestes mesures, calculades sobre el domini temporal, no ens proporcionen informació referent als mecanismes subjacents del SNA (simpàtic o parasimpàtic) que indueixen als possibles canvis en la VFC. Aquesta variabilitat és influïda per ambdues branques del SNA, així que davant d'una disminució d'aquesta mesura, per exemple, no podem discriminar si aquesta s'ha degut a una retirada del parasimpàtic o a l'activació del simpàtic, o a la combinació d'influències d'ambdós sistemes. L'anàlisi en el domini

espectral, o anàlisi de freqüències, ens pot donar aquesta informació. En els registres cardíacs de curta durada, de dos a cinc minuts, s'han distingit tres components espectrals (Task Force, 1996): component de molt baixa freqüència (*very low frequency, VLF*, entre 0,003Hz i 0,04Hz), component de baixa freqüència (*low frequency, LF*, entre 0,04Hz i 0,15Hz), i component d'alta freqüència (*high frequency, HF*, entre 0,15Hz i 0,4Hz). La correlació fisiològica de les freqüències molt baixes encara no ha estat prou definida, tot i que sembla associar-se a mecanismes termovasculars (p. ex. Lindqvist, Jalonen, Parviainen, Antilla & Laitinen, 1990). Per la seva banda, els components de LF i HF s'han relacionat amb la modulació del SNA. La potència o pes (*power*) de la banda HF reflecteix l'acció del sistema parasimpàtic i per això es considera una bona mesura de la variabilitat de la freqüència cardíaca, o del to vagal, especialment sota condicions de respiració pautaada (nombre constant de respiracions per minut). Per altra banda, la potència de la LF es relaciona amb la modulació dels sistemes simpàtic i parasimpàtic, pel que se l'ha entès de vegades com un índex de balanç simpàticovagal.

Resumint, podríem dir que un to vagal baix es manifesta en una baixa variabilitat de la freqüència cardíaca, donant com a resultat una baixa RMSSD i una baixa potència de la banda HF. Tot plegat, com ara veurem, s'associaria a una menor capacitat autoreguladora per ajustar-se a potencials esdeveniments estressants i, per tant, a una major tendència a la psicopatologia.

2.3.3. El Model Integrador de Beauchaine

Un dels models integradors més acceptats en l'actualitat és el de Beauchaine (Beauchaine, 2001, Beauchaine et al., 2007), el qual lliga el funcionament autònom i els trastorns psicopatològics. Amb aquest model, l'autor contempla la contribució tant del sistema simpàtic com parasimpàtic en les tendències emocionals i conductuals, relacionant així les teories de Gray i Porges. El model general queda prou reflectit en la Figura 1, copiada de forma gairebé íntegra de Beauchaine (2001) (veure Beauchaine, 2001; Beauchaine et al., 2007 per a una explicació detallada de la seva teoria).

L'esquema indica que les predisposicions conductuals i emocionals a la psicopatologia no es poden predir per l'activitat o reactivitat d'un sol sistema. Les dues branques del SNA contribueixen independentment a aquestes predisposicions: el sistema nerviós simpàtic (SNS) mitjançant el SIC i el SAC, i el sistema nerviós

parasimpàtic (SNP) mitjançant el sistema de regulació vagal. Per al nostre estudi ens interessa especialment el paper del SIC: una elevada reactivitat del SIC associada amb deficiències en la modulació vagal de les emocions, durien cap a les conductes d'inhibició típiques dels trastorns d'ansietat. Tot plegat, pot equiperar-se al model de les vulnerabilitats base de Craske (2003), que es descrivia al segon capítol d'aquesta introducció teòrica.

Figura 1.

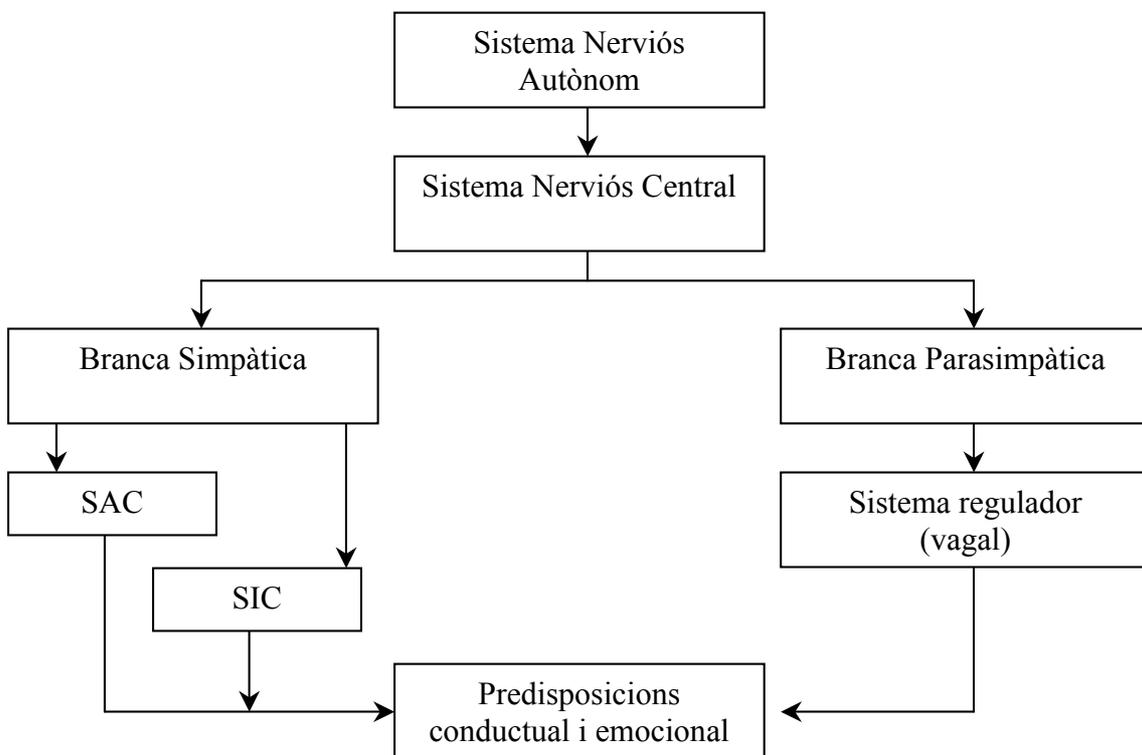


Figura 1. Model integrador de Beauchaine (2001). Les relacions entre sistema nerviós autònom i conducta.

Pel que sabem, són pocs els estudis que relacionen el to vagal amb la sensibilitat del SIC en infants i adolescents. Blair (2003) trobà associacions significatives entre la reactivitat del SIC informada i el to vagal. A partir de l'avaluació de l'arítmia sinusal respiratòria, s'observà com la sensibilitat del SIC informada pel cuidador es correlacionava positivament amb el to vagal tant en estat de repòs com durant una tasca de funció executiva, i negativament amb la supressió (retirada) vagal durant la mateixa

tasca. Infants amb una elevada SC també presentaven menors nivells de supressió vagal quan executaven la tasca, en comparació amb aquells amb elevada sensibilitat a la recompensa (és a dir, elevada sensibilitat del sistema d'activació conductual autoinformat). En un estudi posterior amb una mostra major, Blair i col·laboradors (2004) exposaren que infants amb una elevada reactivitat tant del SIC com del SAC, mostraven un baix to vagal en estat de repòs. En la mateixa línia, Gunnar, Wewerka et al. (2009) també han informat recentment que infants amb una elevada reactivitat del SIC, informada pels pares, exhibien un alt to simpàtic (és a dir, una major supressió del to vagal). Tot i que no utilitzaren la reactivitat del SIC com a variable del seu estudi, destaca el treball de Santucci et al. (2008), centrat en els predictors de la regulació emocional on, entre d'altres resultats, observaren com un baix to vagal en resposta a les demandes d'una tasca predeïa comportaments de regulació emocional desadaptatius durant una altra tasca similar.

2.3.4. El Model d'Integració Neurovisceral de Thayer & Lane

Paral·lelament als models integradors de Beauchaine (2001), Craske (2003) i Nigg (2006) apareix un nou model de la regulació emocional emmarcat en la Teoria dels Sistemes Dinàmics (Thayer & Lane, 2000, 2009). Simplificant-ho molt, aquesta teoria entèn que un organisme és un conjunt complex de circuits interconnectats o subsistemes treballant alhora de forma coordinada. La resposta emocional emergeix a partir de la interrelació d'aquests subsistemes amb les demandes ambientals. Així, aquestes respostes emocionals o tendències conductuals representen formes relatives d'estabilitat en un flux constant d'interaccions organisme-ambient. Com resumeix Bornas (2009), Thayer i Lane (2000) defensen en el seu model original que “des de la perspectiva dels sistemes dinàmics les emocions poden representar atractors (configuracions preferides) en l'espai de fase (repertori conductual) de l'organisme” (p. 147), entenent l'espai de fase com “el conjunt d'estats en què pot estar el sistema, a on s'hi poden identificar regions amonemades atractors que són aquelles cap a les quals el sistema tendeix a anar (o s'hi està durant un temps relativament llarg)” (p. 147). Es podran observar problemes emocionals o més específicament, trastorns d'ansietat, en aquells individus que presenten un atractor o repertori conductual que no és sensible a les demandes de l'entorn (és inflexible). Dit d'una altra manera, aquests individus no seran capaços de seleccionar una resposta adequada, o d'inhibir-ne una d'inadequada,

en funció de les demandes ambientals. Per altra banda, aquells individus (o els seus subsistemes) que responguin o s'inhibeixin en funció dels canvis ambientals, seran sistemes altament variables (més flexibles i adaptables) i amb una menor probabilitat de psicopatologia conseqüent.

A partir de tot l'exposat, Thayer i els seus col·laboradors defensen que l'adaptació emocional a l'ambient requerirà flexibilitat, la qual pot ser observada en la variabilitat de la freqüència cardíaca basal. Entenen que els nivells d'aquesta variabilitat cardíaca podrien ser, aplicant-hi el principi d'autosimilitud, un índex de la capacitat d'organitzar els propis recursos fisiològics i de respondre de forma adaptativa a l'ambient canviant. Les persones amb una baixa variabilitat (to vagal baix) en estat de repòs serien menys flexibles, mentre que aquelles amb una major variabilitat fisiològica tendrien una major capacitat d'autoregulació per ajustar-se a possibles situacions estressants.

Dins aquest marc, Thayer i Lane (2000, 2009) consideren la possibilitat de que “una baixa variabilitat de la freqüència cardíaca mediada vagalment pot servir com un endofenotip útil per a un rang de trastorns fisiològics i psicològics, on s'hi inclou la psicopatologia” (Thayer & Lane, 2009, p. 86). Un dels criteris per a la definició d'endofenotip és l'estat d'independència, el que significa que hauria de ser present en absència de trastorns. Si la hipòtesi de l'endofenotip és certa en gent jove en risc per a trastorns d'ansietat, aquests haurien de mostrar una menor VFC mediada vagalment que els seus iguals sense risc en condicions de repòs. A més, Thayer i Lane (2009) revisaren estudis sobre el paper de la VFC també a un nivell fàsic o d'estat i concloueren que “els increments fàsics en la VFC en resposta a situacions que requereixen regulació emocional faciliten una regulació emocional efectiva.” (p. 85). Aquesta necessitat d'avaluar no només la VFC tònica, sinó també la reactivitat i la recuperació vagal, fou destacada en una investigació recent de Santucci et al. (2008) amb infants joves, i representà un dels pilars del tercer estudi d'aquest treball.

Des de la perspectiva dels sistemes dinàmics no lineals, la variabilitat fisiològica és essencial per al manteniment de l'estabilitat orgànica i “contràriament a la visió de la labilitat fisiològica com un indicador de patologia, un patró de variabilitat és vist com un reflex de coherència i viabilitat sistemàtica global” (Friedman, 2007). D'acord amb això, els canvis fàsics en la VFC poden ser vists com un indicador de la flexibilitat del sistema (autònom), és a dir, com la seva habilitat per adaptar-se a les demandes

ambientals canviants. Si la VFC no canvia davant demandes ambientals estressants, la regulació emocional serà menys efectiva. D'aquesta manera, així com una pobre regulació emocional es troba implicada en la majoria de trastorns d'ansietat, una certa manca de flexibilitat pot ser esperable en gent en risc de trastorns d'ansietat. Quant a la regulació de l'emoció, hem vist com l'ús de formes negatives (ruminació, supressió, autculpabilització, catastrofització...) s'ha associat, tant en adolescents com en adults, a l'increment de símptomes i de trastorns d'ansietat (Barlow et al., 2004; Garnefski et al., 2005; Garnefski, Legerstee et al. 2002; Garnefski, van den Kommer et al., 2002; Suveg et al., 2009; Suveg & Zeman, 2004).

Paral·lelament, la regularitat de la freqüència cardíaca també s'ha relacionat amb els trastorns d'ansietat en diversos estudis (p.ex. Bornas, Llabres, Noguera, Lopez, Gelabert et al., 2006; Bornas, Llabres, Noguera, Lopez, Tortella-Feliu et al., 2006; Bornas et al., 2007). Tot seguit s'explica a què fa referència aquesta regularitat i com s'associa a la problemàtica ansiosa.

2.3.5. La regularitat de la freqüència cardíaca

Mentre que la variabilitat es refereix, com ja dèiem abans, al grau de dispersió que mostren valors successius al voltant d'un valor central, el concepte de regularitat es refereix a l'ordre temporal que segueixen aquests valors. Un sistema simple es comporta de forma més regular que un sistema complex (més irregular). D'aquesta manera, si som capaços de mesurar aquesta regularitat-irregularitat, tendrem un indicador de la complexitat del sistema. L'entropia aproximada és una de les mesures d'aquesta regularitat (Pincus, 1995), millorada anys després per l'entropia mostral (*Sample Entropy, SampEn*, Richman i Moorman, 2000). Dita entropia es pot entendre com el grau en què el sistema proporciona informació nova a mesura que va evolucionant (Bornas, 2009). Si la informació nova es pot predir a partir de la informació prèvia (alta predictibilitat), direm que l'entropia és baixa. En canvi, si la informació que coneixem no ens ajuda a predir els valors posteriors, direm que existeix una baixa predictibilitat, i l'entropia és elevada. D'aquesta forma, les mesures d'entropia en sèries cardíques temporals podrien proporcionar informació addicional sobre la dinàmica de la freqüència cardíaca i el seu paper com a factor de vulnerabilitat per als trastorns d'ansietat. Una major entropia seria característica de subjectes menys vulnerables,

mentre que una entropia més baixa seria pròpia de subjectes amb elevada vulnerabilitat a l'ansietat.

Existeixen estudis que demostren la utilitat d'aquestes mesures de regularitat en l'avaluació de trastorns d'ansietat. Bornas i els seus col·laboradors encapçalen la curta llista de grups que ho han estudiat aquesta relació. En el seu llibre *Psicopatologia i Caos* (Bornas, 2009), l'autor presenta una excel·lent revisió de tots aquests estudis, gairebé exclusivament relacionats amb la fòbia a volar. Entre els resultats obtinguts, destaca la menor entropia observada en estudiants amb por de volar (no clínics) (Bornas, Llabrés, Noguera, López, Tortella-Feliu et al., 2006), en comparació a estudiants sense por. Aquesta diferència s'obtingué tant davant estímuls potencialment fòbics (relacionats amb el fet de volar), com en línia base, donant suport a la idea que la irregularitat pot ser adaptativa en situacions estressants, però també pot ser característica d'un endofenotip comú a les persones amb por de volar. Amb pacients clínics (Bornas, Llabrés, Noguera, López, Gelabert et al., 2006), els resultats obtinguts foren semblants. Es compararen un grup de fòbics amb un de controls en tres condicions diferents: línia base, respiració pautaada i exposició a estímuls ansiògens. Els fòbics mostraren una entropia més baixa que els controls en condicions de respiració pautaada i durant l'exposició. A més, els pacients mostraren una disminució de l'entropia des de la línia base a l'exposició, entesa aquesta evolució com a una pèrdua de complexitat. Amb aquesta mateixa mostra, es va fer un estudi de predicció dels resultats d'un tractament per a la por de volar (Bornas et al., 2007) amb l'objectiu de saber si la VFC i l'entropia de la taxa cardíaca tenien un valor predictiu en relació a aquests resultats. S'observà com l'entropia mostrava un major poder predictiu que la VFC, tant en relació a la simptomatologia autoinformada posttractament com pel que fa al fet de volar o no al final de la intervenció (entès com a un indicador d'èxit terapèutic). D'aquesta manera, s'afegien evidències a favor no només de la importància de l'entropia de la freqüència cardíaca en la distinció de subjectes amb i sense trastorns d'ansietat, sinó també del paper d'aquesta mesura en la predicció de resultats de tractament.

En infants, aquestes mesures no lineals han estat molt menys emprades. De fet, que nosaltres coneguem, només els grup de Yeragani ha relacionat ansietat, resposta cardíaca i mesures no lineals en nins i nines. En un estudi en infants de 6 a 11 anys (Srinivasan, Ashok, Vaz & Yeragani, 2002), aquest grup analitzà les diferències en

mesures de la VFC, tant lineals com no lineals, entre fills de pacients amb trastorn de pànic (infants en risc d'ansietat) i fills de subjectes sans (infants sense risc d'ansietat). Com a mesura no lineal utilitzaren l'exponent de Lyapunov (*largest Lyapunov exponent, LLE*, Wolf, Swift, Swinney & Vastano, 1985) per a quantificar la sensibilitat del sistema a les condicions inicials, o dit d'una altra manera, la inestabilitat o predictibilitat de la resposta (veure la revisió d'Acharya, Joseph, Kannathal, Lim & Suri, 2006, en relació a l'anàlisi no lineal de la resposta cardíaca). A partir de la seva anàlisi, observaren com els infants amb pares amb pànic mostraven un LLE menor en posició supina que els fills dels subjectes sense pànic, indicant una menor predictibilitat (major estabilitat) de la resposta cardíaca en infants en risc de desenvolupar problemes d'ansietat. En la mateixa línia, un estudi previ del mateix grup (Yeragani, Rao, Pohl, Jampala, & Balon, 2001) també trobà una disminució en el LLE d'infants amb algun trastorn d'ansietat, en comparació a un grup de controls. En ambdós estudis, les mesures del domini de freqüències cardíques no diferiren entre grups. D'aquesta manera, els autors destacaren la importància de les mesures no lineals per ampliar la informació obtinguda amb sistemes d'anàlisi més tradicionals.

Vistes les mancances i inconsistències en les àrees que acabam de revisar, en el nostre tercer estudi, a banda d'analitzar la relació entre la sensibilitat del SIC i la conductància de la pell, avaluàrem la resposta cardíaca a partir de les mesures descrites al llarg de les darreres pàgines, tot plegat amb l'objectiu d'estudiar els concomitants fisiològics de l'activitat del SIC autoinformada. Tot i que la resposta cardíaca s'hagi vist especialment lligada a la regulació emocional, volíem valorar el seu paper en la distinció de subjectes en risc i sense risc de desenvolupar trastorns d'ansietat, classificats en funció de les seves puntuacions en sensibilitat al càstig.

3. LA PREVENCIÓ

A l'inici d'aquesta introducció teòrica s'ha destacat la importància d'investigar els factors de vulnerabilitat a l'ansietat, no només per aprofundir en la comprensió de la seva etiologia, sinó també per millorar la seva prevenció. Al llarg de les dues darreres dècades, l'interès en la prevenció de l'ansietat s'ha disparat de forma notable, trobant ja algunes revisions que abracen els estudis realitzats en aquest àmbit (p. ex. Feldner, Zvolensky & Schmidt, 2004; Hudson, Flannery-Schroeder & Kendall, 2004; Neil & Christensen, 2009; Sauter, Heyne & Westenberg, 2009). Però tot i així, ens trobam davant un camp de treball relativament jove.

En el capítol introductor i d'aquest treball hem vist que la prevalença dels trastorns d'ansietat és molt elevada, amb un gran efecte negatiu sobre els individus (joves, en el nostre cas) que els pateixen. Una vegada s'ha desenvolupat el trastorn, només d'un 25% a un 34% dels infants i adolescents diagnosticats reben tractament, i dels que en reben, no tots acaben la intervenció amb èxit (p. ex. Essau, 2005; Farrell & Barrett, 2007). Aquest fracàs pot ser degut, com expliquen Donovan i Spence (2000), a una intervenció tardana, quan els efectes adversos associats al trastorn ja estan massa arrelats i són difícils d'eliminar. Tot plegat contribueix al manteniment d'alteracions ansioses de l'infància-adolescència fins a l'edat adulta (Costello et al., 2003; Kim-Cohen et al., 2003), a les que s'associen, com ja hem vist, problemes en el funcionament personal, familiar, escolar i social (p. ex. Costello et al., 2003). Això fa que la prevenció de l'inici d'aquestes alteracions psicopatològiques sigui imprescindible.

Una forma de prevenció pot ser mitjançant la modificació dels factors de vulnerabilitat (p. ex. trets temperamentals) de l'individu en risc. Però, si com hem anat veient, els trets temperamentals presenten una forta base fisiològica, fins a quin punt és possible modificar-los per prevenir la futura aparició dels trastorns? Segons explica Rapee (2002), la probabilitat de modificar un temperament inhibid o de retirada és elevada. Aquest patró es manifesta a nivell conductual, en gran mesura, en conductes d'evitació i, com demostren multitud d'evidències al seu favor, l'evitació pot ser

modificada amb èxit. Per altra banda, les influències ambientals que sustenten la inhibició conductual, sigui en forma de modelat, d'aprenentatge directe, etc., també poden ser alterades. A més, alguns estudis longitudinals han demostrat que el temperament inhibid pot anar patint certs canvis amb el pas del temps (Hirshfeld et al., 1992; Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000), pel que una intervenció adequada podria minvar les seves influències negatives, i prevenir el desenvolupament de problemes majors en el futur.

3.1. Tipus de prevenció

L'*Institut of Medicine (IOM, 1994)* dels EEUU, definí tres formes d'intervenció preventiva, amb l'objectiu de substituir els termes clàssics de prevenció primària, secundària i terciària, per les noves formes de prevenció: universal, selectiva i indicada (Mrazek & Haggerty, 1994). Els termes tradicionals es topaven amb limitacions conceptuals importants, com el fet de contemplar tota la recerca feta en intervenció (inclosos el tractament i el manteniment), mentre que la nova classificació, més específica, es centra en la prevenció pròpiament dita, és a dir, evitar l'aparició d'un trastorn.

La intervenció preventiva universal es dirigeix a la població general, sense haver identificat als individus a partir d'un factor de risc. La prevenció selectiva es dirigeix a persones o a subgrups que es troben en risc de desenvolupar un trastorn mental, en base a factors de risc biològics, psicològics o socials. Finalment, la prevenció indicada es dirigeix a subjectes en els que s'han detectat símptomes prodròmics o marcadors biològics relacionats amb un trastorn mental, però que encara no compleixen criteris diagnòstics. En la figura 2 s'indiquen algunes de les característiques associades a aquests programes.

Figura 2.

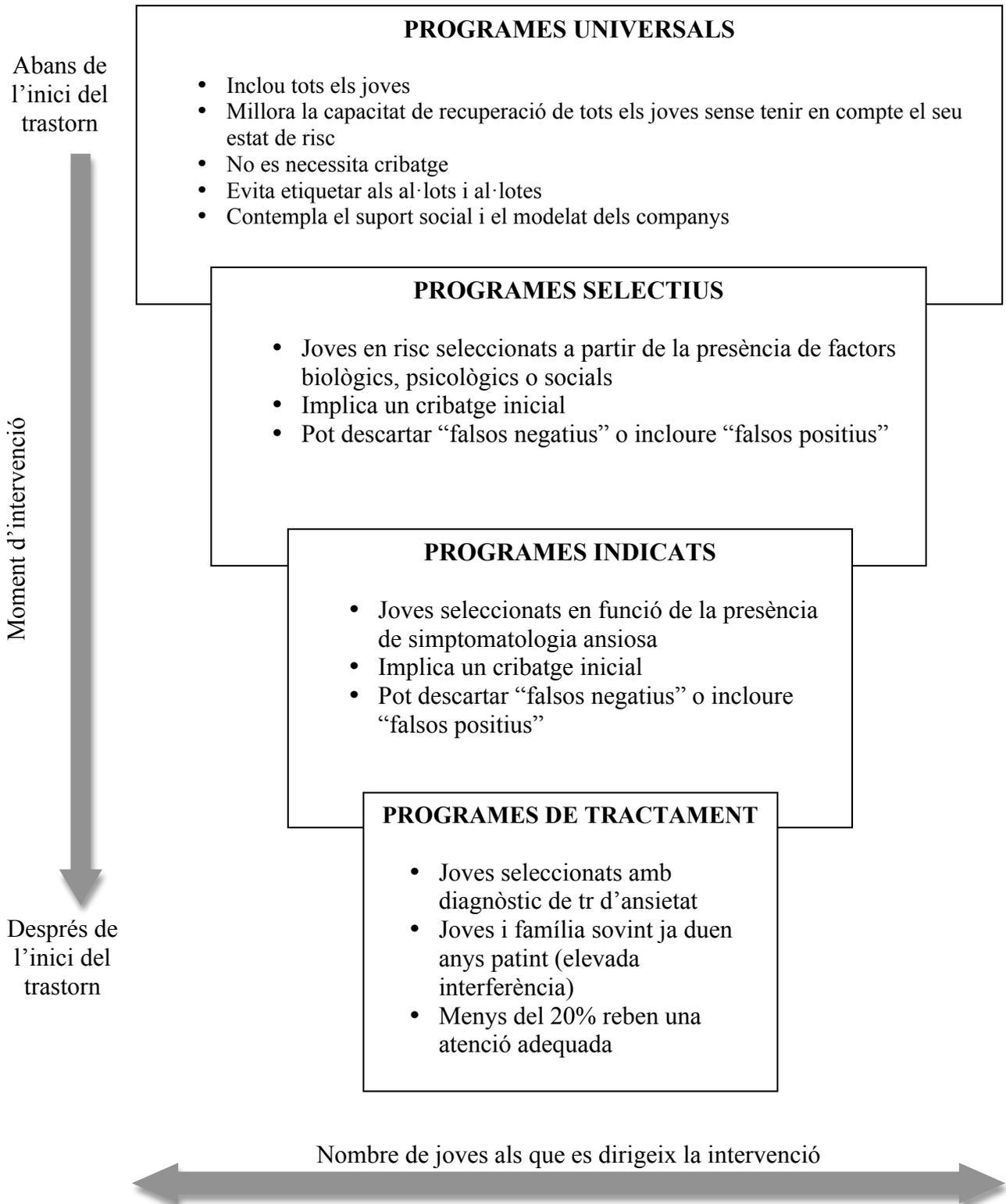


Figura 2. Continu de la intervenció: Prevenció i tractament dels trastorns d'ansietat

3.2. El *Griffith Early Intervention Program*

La investigació més àmplia i sistemàtica feta en prevenció d'ansietat és la realitzada pel grup australià encapçalat per Barrett (p. ex. Dadds et al., 1997, 1999; Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001; Lowry-Webster, Barrett & Lock, 2003). Aquest grup d'investigació fou pioner en la creació d'un programa de prevenció d'ansietat, útil també per a la intervenció primerenca. El seu projecte (*Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project*) s'inicià al 1994 amb el desenvolupament del Coping Koala Treatment Manual (Barrett, Dadds & Holland, 1994). Aquest programa, basat en el Coping Cat (Kendall, 1994), fou la base per al posterior desenvolupament del Coping Koala Prevention Manual, precursor de l'actual programa de prevenció d'ansietat infantojuvenil FRIENDS (Barrett et al., 1999). Així com ha anat evolucionant el programa, també s'ha vist modificat el nom del projecte, actualment *Griffith Early Intervention Program*.

El FRIENDS és un programa multicomponent d'intervenció cognitivoconductual grupal dirigit a la prevenció i el tractament d'infants de 7 a 11 anys, i de joves de 12 a 16. Contempla la participació dels pares, als que se'ls ensenyen estratègies per manejar de forma adequada l'ansietat dels seus fills/es (p. ex. habilitats de reforçament, extinció, donar instruccions, etc.). El programa consta de 10 sessions de 45 a 60 minuts de durada on s'inclou l'ensenyament de procediments cognitivoconductuals emprats en la intervenció de l'ansietat: formació sobre ansietat, entrenament en tècniques de control de l'activació, detecció i modificació de pensaments automàtics negatius, auto-reforçament obert i encobert, entrenament en solució de problemes i exposició gradual. Posteriorment es duen a terme dues sessions de repàs, al cap d'un mes i de tres mesos, com a manteniment. El component del programa dirigit als pares inclou 3 sessions addicionals exclusivament amb ells. El FRIENDS s'ha mostrat eficaç especialment com a programa de prevenció indicada i universal, i s'ha utilitzat arreu del món com a programa de prevenció universal aplicat en l'escola (veure Farrell & Barrett, 2007 per a una revisió). En general, la seva aplicació ha provocat disminucions significatives en la simptomatologia ansiosa en comparació a un grup en llista d'espera en les avaluacions de seguiment, però no sempre just després de la intervenció (Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Barrett, Lock & Farrell, 2005; Barrett & Turner, 2001; Dadds et al., 1997, 1999; Lock & Barrett, 2003; Lowry-Webster et al., 2001, 2003).

3.3. La prevenció selectiva de l'ansietat en població infantojuvenil

Els programes de prevenció selectiva d'ansietat en infants i adolescents han rebut menys atenció en la literatura que els programes de prevenció universal i indicada. Això pot ser degut principalment a la major facilitat de detecció de gent en risc de trastorns d'ansietat que ja presenten simptomatologia subclínica, o també a la més senzilla opció de contemplar a “tota” la població en una intervenció universal. A més, la detecció eficient de subjectes en risc potser encara no sigui inequívoca al cent per cent, especialment si tenim en compte que l'estudi dels factors etiològics i de vulnerabilitat encara es troba en evolució. Malgrat això, en la mateixa línia d'altres autors (p.ex. Mrazek & Haggerty, 1994; Rapee, 2002), nosaltres consideram que la recerca en intervenció selectiva i indicada de l'ansietat, dirigida a subjectes amb un elevat risc, hauria de ser prioritària. De fet, en un altre trastorn internalitzant, com és la depressió, els programes de prevenció selectiva i indicada s'han mostrat més efectius que els universals (Horowitz & Garber, 2006).

Donat que el programa que utilitzarem per a aquest treball és de prevenció selectiva, la revisió teòrica de les següents pàgines es dirigirà exclusivament a aquest tipus d'intervenció i es deixaran de banda les prevencions universal i indicada.

La gran majoria de programes de prevenció selectiva en població infantojuvenil s'han dirigit fins fa relativament poc temps a individus i/o grups exposats a esdeveniments vitals estressants com la separació dels pares (p. ex. Alpert-Gillis, Pedro-Carroll & Cowen, 1989; Hightower & Branden, 1991; Hodges, 1991; Neher & Short, 1998; Zubernis, Cassidy, Gillham, Reivich & Jaycox, 1999); la transició de l'educació primària a l'educació secundària (canvi que pot anar associat a nombroses dificultats psicològiques com dificultats de relació amb els companys, rebuig escolar o abús de substàncies; Felner & Adan, 1988); visites i/o intervencions mèdiques i dentals (Peterson & Shigetomi, 1981) o tenir un germà amb una malaltia crònica (p. ex., Bendor, 1990). Tot i que les troballes d'aquests estudis generalment han mostrat efectes positius, el seu paper directe en la prevenció de trastorns d'ansietat no és del tot clara.

Al llarg dels darrers anys s'han conduït alguns treballs amb infants i joves per a la prevenció selectiva de l'ansietat, pròpiament dita. Un programa de prevenció selectiva dissenyat específicament per a trastorns d'ansietat és el *Macquarie University*

Preschool Intervention Program (Rapee, 2002). Aquest programa es dirigeix a la prevenció de problemes d'ansietat en infants en edats primerenques. En un estudi en el que s'avaluava la viabilitat del programa (veure Rapee, 2002 per a una revisió) participaren infants d'entre 3,5 i 4,5 anys amb un temperament inhibít informat per les mares i observat conductualment en laboratori. La intervenció s'adreçà exclusivament als pares, amb l'objectiu d'ensenyar-los tècniques per al control de l'ansietat en l'infant (educació sobre la naturalesa de l'ansietat i el patró temperamental de retirada, modelat d'estratègies d'afrontament, jerarquies d'exposició graduada, promoció de la independència, etc.). El format del programa era grupal i tenia una durada de sis sessions. Els resultats 12 mesos després de la intervenció revelaren que tant el grup experimental com un grup control que no havia rebut intervenció mostraven una disminució en la inhibició conductual informada per les mares, però el decrement era major en el grup al que s'havia aplicat el programa ($F = 4,9; p < ,05$). Per altra banda, les observacions en el laboratori demostraren que els infants d'ambdós grups havien reduït la inhibició conductual, sense observar-se diferències significatives entre els grups.

En infants un poc més grans (10-11 anys), Cooley-Quille, Boyd & Grados (2004) investigaren la viabilitat del FRIENDS en infants afroamericans exposats a violència comunitària (factor de risc per a l'ansietat), avaluant així la seva eficàcia a nivell selectiu. L'anàlisi a posttractament mostrà, a més d'una reducció significativa de l'ansietat davant l'exposició a situacions conflictives, disminucions significatives en el nivell d'ansietat general ($t = 6,84; p < ,001$), mesurat amb l'Escala d'Ansietat Manifesta per a Infants Revisada (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS*) (Reynolds & Richmond, 1978).

En adolescents, la literatura existent sobre la prevenció selectiva no és més àmplia que en la població infantil. Schmidt et al. (2007) realitzaren un estudi controlat amb l'objectiu de minvar la sensibilitat a l'ansietat (un important factor de risc per a l'ansietat). Desenvoluparen l'*Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT)*, un programa molt breu (30 minuts), aplicable a través de l'ordinador. L'estudi incloïa una submostra d'adolescents d'entre una àmplia mostra d'adults joves. El programa provocà una disminució significativa en la sensibilitat a l'ansietat (reducció d'un 30% en les puntuacions a l'Índex de Sensibilitat a l'Ansietat, *ASI*, Peterson & Reiss, 1987, 1992) en

el grup de prevenció, en comparació a un grup control, en el què s'havia intervingut facilitant informació sobre salut i nutrició. Les diferències entre els grups es mantingueren en un seguiment als 24 mesos. Malauradament, no es realitzaren anàlisis separades per a la submostra adolescent.

Els estudis realitzats des de la Universitat de les Illes Balears (Tortella-Feliu et al., 2004; Balle & Tortella-Feliu, 2010) semblen ser dels pocs que segueixen aquesta línia d'investigació en joves. Així com ja es descrivia detalladament en el primer capítol d'aquesta introducció teòrica, el programa de prevenció selectiva breu aplicat en l'escola elaborat per aquest grup ha demostrat la seva viabilitat i una certa eficàcia. En el primer estudi (Tortella-Feliu et al., 2004), el programa provocà disminucions en els factors de risc per al desenvolupament de trastorns d'ansietat (sensibilitat a l'ansietat i ansietat tret), assolint un tendència cap a la normalització de les variables estudiades. En el segon estudi, també s'observaren reduccions significatives tant en els factors de risc com en la simptomatologia ansiosa, però aquests canvis també es donaren en un grup control en llista d'espera. Sis mesos després s'assoliren diferències entre els dos grups en el principal factor de risc avaluat, la sensibilitat a l'ansietat. D'aquesta manera, s'afegien nous resultats a la poca literatura existent sobre la prevenció selectiva de l'ansietat en adolescents, amb els ingredients més destacats d'aplicació en el centre escolar, brevetat del programa i intervenció exclusiva en els joves; tot plegat en un intent de millorar la relació cost-eficàcia. En els següents apartats s'aprofundeix un poc més en aquestes característiques.

3.4. Programes de prevenció d'ansietat aplicats en l'escola

L'aplicació de programes de prevenció d'ansietat en els centres escolars s'inicià a principis dels anys noranta (p. ex. Hains, 1992; Hains & Szyjakowski, 1990; Malgady, Rogler & Constantino, 1990). L'escola s'ha vist com un lloc ideal per a la promoció d'aquest tipus de programes de prevenció, així com d'intervenció primerenca (Masia-Warner, Nangle & Hansen, 2006), principalment perquè és el lloc amb major accessibilitat als infants i joves en risc que no han estat detectats ni tractats prèviament (Chatterji, Caffray, Crowe, Freeman & Jensen, 2004; Ginsburg & Drake, 2002). Per altra banda, els programes de prevenció aplicats en l'escola poden superar algunes de les limitacions del tractament en l'àmbit clínic o comunitari com el temps de dedicació, la ubicació, el transport i el cost, oferint alternatives més convenients, econòmiques i

menys interferidores per als participants (Barrett & Phal, 2006, Masia-Warner et al., 2006).

Recentment, Neil i Christensen (2009) elaboraren una revisió de programes de prevenció d'ansietat en joves aplicats en l'escola. L'objectiu de les autores amb aquest article era no només identificar i descriure els programes disponibles de prevenció d'ansietat aplicats en l'àmbit educatiu, sinó també avaluar la seva eficàcia en la reducció dels símptomes d'ansietat. Descrigueren 20 programes de prevenció o d'intervenció primerenca universals, selectius i indicats. De tots els programes revisats, només tres eren de prevenció selectiva (11%) i es dirigien respectivament a: (1) donar suport a fills/es de pares divorciats (Stolberger & Mahler, 1994), (2) prevenir problemes de comportament (Malgady et al., 1990), i (3) minvar distorsions cognitives associades a la personalitat (Castellanos & Conrod, 2006). Per comparar l'eficàcia i efectivitat dels programes es calcularen els tamanyes de l'efecte a partir de l'índex *d* de Cohen (Cohen, 1988) sobre la simptomatologia ansiosa. Dels programes de prevenció selectiva només es pogueren calcular els índexos de dos d'ells a posttractament. El tamany de l'efecte del primer, el programa de prevenció de problemes de comportament, fou de 0,39 (entre baix i moderat), i el del segon, de Castellanos i Conrod, fou de 0,11 (molt baix). En cap dels tres estudis es trobaren diferències en la simptomatologia ansiosa entre el grup d'intervenció i el grup control al posttractament. Tan sols un dels estudis de prevenció selectiva dugué a terme avaluació de seguiment, als 12 mesos (Stolberg & Mahler, 1994) a on tampoc s'observaren diferències entre els grups (intervenció – no intervenció) respecte als símptomes d'ansietat.

A partir d'aquesta metaanàlisi es posa de manifest la mancança dels programes de prevenció selectiva de l'ansietat realitzats a l'escola, tot i les avantatges que aquest àmbit ofereix.

3.5. Relació cost-eficàcia en les intervencions preventives

Pocs estudis han analitzat la relació cost-eficàcia dels programes de prevenció de trastorns d'ansietat (Bienvenu & Ginsburg, 2007). Una gran prioritat en aquest àmbit és augmentar les anàlisis de cost-benefici de cara a arribar als potencials contribuents en aquestes intervencions. Actualment, els programes preventius no són coberts pels governs ni per les companyies d'assegurança. Tal vegada, un justificació adequada

d'aquests programes podria fer partícips a aquestes institucions en la seva difusió. Les intervencions indicades i selectives són, òbviament, més econòmiques que les intervencions universals, però tot i així, podria millorar-se encara més la seva relació cost-eficàcia.

Gran part dels programes de prevenció selectiva revisats en els apartats anteriors presentaven un elevat nombre de sessions (p. ex. Malgady et al., 1990), però algun d'ells, com l'ASAT, ja es mostrava en un format molt més reduït. De fet, un dels temes de major importància a l'actualitat en relació als tractaments psicològics ha estat el desenvolupament de programes de tractament breus (Bond & Dryden, 2002), interès que també s'ha estès als programes de prevenció. Rapee (2002) dóna especial importància a la relació cost-eficàcia en els programes de prevenció selectiva. L'autor comenta que una elevada vulnerabilitat a l'ansietat palesa, per exemple, en un temperament inhibít, no té per què anar acompanyada d'ansietat manifesta. Si això ocorre, la vida de l'infant o jove pot no veure's especialment afectada. Per aquest motiu, qualsevol intervenció haurà de ser breu, per implicar a individus en un programa amb activitats que probablement creuen que no necessiten. Per altra banda, com explica Rapee, si ens interessa la màxima aplicabilitat del programa, i que pugui arribar a la major població possible, necessitem la col·laboració d'institucions alienes a l'àmbit clínic, com els centres escolars (lloc ideal, com hem vist, per dur a terme els programes). Per aquest motiu, altra vegada la intervenció hauria de ser breu i econòmica, per no interferir excessivament en el funcionament del centre d'ensenyament.

Un altre aspecte a considerar en aquesta relació cost-eficàcia, és la implicació dels pares en els programes de prevenció. Aquest, és un dels aspectes més estudiats en els treballs de prevenció i tractament de l'ansietat en joves. Freqüentment es comparen la intervenció dirigida només als infants amb la dirigida també als pares (veure p. ex. Mendlowitz et al., 1999). En aquest sentit, els diferents estudis indiquen que la intervenció en els pares no sempre millora els resultats, ja que sovint aquests són semblants als obtinguts per aquells grups que reberen intervenció sense la participació dels progenitors, millorant la simptomatologia ansiosa en ambdós casos. Per exemple, Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa (2003) avaluaren un programa d'intervenció

cognitivoconductual per a infants i joves de 7 a 18 anys amb trastorns d'ansietat. Compararen l'efecte del programa en tres grups: grup d'intervenció dirigida als joves, grup d'intervenció dirigida als joves i als pares i grup en llista d'espera. Els resultats relacionats amb la participació dels pares, revelaren com els dos grups experimentals milloraven després de la intervenció, independentment de si els pares havia estat entrenats o no. En la mateixa línia, en un estudi de l'eficàcia d'un tractament per a fòbia social infantil (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000), tant un grup que implicà als pares en el tractament com un que no els va incloure, mostraren una millora significativa en les mesures autoinformades pels joves en ansietat i fòbia social, sense observar-se diferències entre els dos grups. Contràriament, Bernstein, Layne, Egan i Tennison (2005) observaren un major benefici en un grup d'infants ansiosos (7-11 anys) que havien rebut un tractament cognitivoconductual combinat amb l'entrenament dels pares, enfront a un grup d'infants de les mateixes característiques que havien participat ells sols en la intervenció.

Barmish i Kendall revisaren en el 2005 la recerca feta fins a aquell moment en tractaments cognitivoconductuals per a joves ansiosos i la implicació dels pares. Els autors concloueren que la implicació dels pares podria conduir a resultats diferents depenent d'altres variables com l'edat del jove, el seu diagnòstic o la presència-absència de psicopatologia en els pares. Si ens fixam en la primera variable, Barmish i Kendall argumenten que a certes edats, la inclusió dels pares en el tractament pot ser beneficiosa, mentre que a altres no ho és. Per exemple, el desig d'independència i d'acceptació social per part dels iguals en els adolescents sovint duu a una conformitat respecte a la influència dels companys, front a una resistència a les directrius dels pares o d'altres autoritats adultes (Meichenbaum, Fabiano & Fincham, 2002). Aquestes característiques del desenvolupament, a part de la relació cost-eficàcia, fan que ens qüestionem l'adequació de la incorporació dels pares en els tractaments, alhora que contempen els efectes beneficiosos que podran obtenir els formats d'intervenció grupal amb els iguals.

3.6. Efectes a nivell psicofisiològic del tractament i la prevenció d'ansietat en joves

Pel que fa als efectes de la intervenció cognitivoconductual, i en extensió als programes de prevenció, el coneixement sobre els mecanismes de canvi en aquest tipus

de teràpia per a joves ansiosos és molt limitat (Hudson, 2005). Així, com critiquen Davis i Ollendick (2005), molts d'estudis sobre resultats de tractament no mesuren adequadament les variables bàsiques per a considerar que s'ha donat un canvi. En la majoria de casos, es limiten als canvis en l'estat diagnòstic o en la simptomatologia. Però, és suficient aquesta informació? No augmentarien la validesa dels resultats mesures més objectives? L'avaluació de la resposta fisiològica de l'ansietat podria ser una opció de millora. És cert que existeixen instruments que avaluen els tres canals de resposta de l'ansietat (conductual, cognitiu i fisiològic), com l'Escala d'Ansietat Infantil d'Spence (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*) (Spence, 1998), però no deixen de ser mesures auto o heteroinformades.

La mesura de les respostes fisiològiques tant en la intervenció com en la prevenció de problemes psicopatològics en gent jove, de forma més general, igualment és molt escassa (Beauchaine, Neuhaus, Brenner & Gatzke-Kopp, 2008). Per exemple, Fisher, Gunnar, Chamberlain i Reid (2000) a partir d'un estudi pilot, avaluaren els efectes d'un programa de prevenció de problemes de conducta en infants de preescolar víctimes de maltractes. A banda d'estudiar l'impacte del programa a nivell conductual, analitzaren indicadors fisiològics de millora, concretament en el nivell basal de cortisol. Observaren una normalització d'aquest patró de resposta després de la intervenció en els infants maltractats. Pocs anys després, un altre estudi pilot avaluà la resposta d'adolescents davant un programa de prevenció de consum de drogues (Fishbein, Hyde, Coe & Paschall, 2004). Un indicador d'eficàcia fou el canvi en el nivell de conductància de la pell, com a una mesura del funcionament emocional. Aquesta diferència parcialment entre joves que respongueren al programa, amb una major resposta electrodermica, i joves que no hi respongueren, amb una resposta menor. A més del cortisol i de la conductància de la pell, la variabilitat de la freqüència cardíaca també ha estat estudiada en aquest àmbit, mostrant un efecte moderador en el tractament d'al·lots amb problemes de conducta i depressió (Beauchaine, Gartner & Hagen, 2000).

Tot i aquests primers treballs pioners en la matèria, pel que sabem, no existeixen estudis de prevenció d'ansietat duts a terme en joves que hagin avaluat els efectes de la intervenció a nivell psicofisiològic. Chu i Harrison (2007) realitzaren una metaanàlisi d'estudis controlats i aleatoritzats amb mostres clíniques d'infants i adolescents, per a

L'avaluació dels efectes de la intervenció cognitivoconductual en ansietat i depressió. Els autors observaren com només un 21,4% ($n = 3$) dels estudis en ansietat analitzats avaluaven algun procés fisiològic, i ho feien exclusivament a partir de subescales de mesures d'ansietat auto i/o heteroinformades (p. ex. subescala de símptomes somàtics de l'inventari d'ansietat estat-tret per a infants –*State-Trait Anxiety Inventory for Children*-). En cap estudi s'empraven mesures directes de les variables fisiològiques (p. ex. resposta cardíaca o activitat electrodermica). En una altra revisió, d'estudis de tractament amb suport empíric per a la fòbia específica en infants, Davis & Ollendick (2005) no trobaren avaluacions fisiològiques dels participants en estudis de tractament cognitivoconductual tradicional, però sí en descobriren en dos estudis de tractament d'exposició en una sola sessió. En aquests estudis, la intervenció provocà una reducció de la por subjectiva, però no s'observaren canvis després del tractament ni en la freqüència cardíaca ni en la pressió sanguínea (Öst, Svensson, Hellström, & Lindwall, 2001), ni tampoc en el nivell de conductància electrodermica (Muris, Merckelbach, Van Haaften, & Mayer, 1997).

La poca informació disponible sobre l'eficàcia de les intervencions en ansietat infantil a nivell fisiològic, ens limita una discussió més acurada sobre el tema. Potser la manca d'efectes fisiològics observats en els estudis revisats d'una sola sessió sigui deguda, com defensen els seus autors, a la manca de temps per assolir l'habitució o el contracondicionament de la resposta de por (degut al ràpid desenvolupament de la sessió). De totes maneres, sembla indiscutible la importància d'incloure aquestes mesures fisiològiques en l'avaluació de l'eficàcia de les intervencions. Com exposen Davis i Ollendick (2005), un sistema d'avaluació multimètode que abracci tant la informació subjectiva (auto i heteroinformada) com objectiva (fisiològica), durà a una comprensió més global i determinant de l'eficàcia del tractament. Hores d'ara, l'absència d'aquestes mesures restringeix les conclusions dels estudis en Teràpia de Conducta, tant a nivell de tractament com de prevenció.

Així les coses, en el quart estudi d'aquest treball, ens plantejarem analitzar l'eficàcia d'un programa breu de prevenció selectiva de l'ansietat aplicat en l'escola en adolescents suposadament en risc. Com hem vist, aquest programa ja havia mostrat parcialment la seva eficàcia en estudis previs. Ens interessava avaluar els efectes de la

intervenció sobre diferents variables de vulnerabilitat, la simptomatologia ansiosa, i el diagnòstic d'ansietat. A banda de la informació subjectiva (autoinformada) per part del jove, i a diferència dels estudis que havíem realitzat prèviament, volíem conèixer la percepció dels pares (informació heteroinformada) i obtenir mesures més objectives, mitjançant una avaluació a nivell psicofisiològic.

BLOC II:
ESTUDIS D'INVESTIGACIÓ

4. OBJECTIUS GENERALS DEL TREBALL

Al llarg de la introducció teòrica s'ha fet un repàs a diversos temes relacionats amb la vulnerabilitat i la prevenció dels trastorns d'ansietat en gent jove. A partir de l'escrit, s'ha intentat donar una visió més o menys general de l'estat actual del tema, especialment pel que fa als constructes temperamentals com a factors de vulnerabilitat i les relacions entre aquests, els principals concomitants fisiològics d'aquests constructes, i la prevenció selectiva de problemes d'ansietat en adolescents. Paral·lelament a la revisió de tots aquests aspectes, s'han anat plantejant diferents qüestions a les que, a hores d'ara, la literatura existent encara no ha donat resposta, o ho ha fet de forma parcial o inconsistent. Amb l'intent d'aportar nova informació respecte a aquestes qüestions, s'inicià el present treball constituït per quatre estudis relacionats. Els seus principals objectius foren:

1. Analitzar les relacions existents entre l'afectivitat negativa i la regulació emocional negativa, i estudiar la seva influència sobre la simptomatologia ansiosa i depressiva, en adolescents de 12 a 17 anys (Estudi 1).
2. Estudiar les relacions entre la sensibilitat del Sistema d'Inhibició Conductual (SIC) autoinformada (sensibilitat al càstig), l'afecte negatiu, els estils negatius de regulació emocional cognitiva i la reactivitat del cortisol salivar en joves en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat (Estudi 2).
3. Avaluar les relacions entre la sensibilitat al càstig i la conductància electrodermica, a partir de la comparació d'aquesta resposta psicofisiològica en joves en risc i sense risc de problemes d'ansietat (Estudi 3).
4. Valorar el paper de la resposta cardíaca, des de diferents mesures, en la distinció d'adolescents en risc i sense risc de desenvolupar trastorns d'ansietat, classificats en funció de les seves puntuacions en la sensibilitat del SIC autoinformada (Estudi 3).
5. Aplicar un programa breu de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat en joves amb una elevada sensibilitat al càstig. Analitzar els efectes de la

intervenció sobre els factors de vulnerabilitat i la simptomatologia ansiosa autoinformats i heteroinformats (pels pares), i sobre les variables psicofisiològiques associades (conductància electrodermica i resposta cardíaca) (Estudi 4).

Les hipòtesis plantejades a partir d'aquests objectius s'exposen a l'inici dels capítols corresponents a cadascun dels estudis. Aquests, llistats a continuació, es presenten de forma independent.

- Estudi 1: Relacions entre afectivitat negativa, regulació emocional i simptomatologia ansiosa i depressiva en adolescents.
- Estudi 2: Relacions entre la sensibilitat autoinformada del SIC i el cortisol en saliva en joves.
- Estudi 3: Distinció de joves en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat a partir de la sensibilitat autoinformada del SIC i els seus correlats psicofisiològics. Avaluació de la resposta cardíaca i l'activitat electrodermica.
- Estudi 4: Aplicació d'un programa de prevenció selectiva en joves sensibles al càstig: efectes psicològics i psicofisiològics.

Abans d'exposar els estudis, en el següent capítol s'expliquen el mètode i el procediment de forma global per a tot el treball.

5. MÈTODE

Atès que els quatre estudis d'aquesta tesi formen part d'un mateix treball general, comparteixen part del procediment, algunes mesures i les tasques experimentals. Per aquest motiu hem optat per explicar el mètode de forma conjunta, amb les especificitats corresponents per a cadascun dels estudis. D'aquesta manera, tot i ser conscients de que no és del tot ortodox, consideram que s'eliminaran duplicitats i es facilitarà la lectura.

5.1. Participants i procés de selecció en els diferents estudis

En l'**estudi 1** ens plantejàvem estudiar les interrelacions entre l'afectivitat negativa (AN) i la regulació emocional (RE) com a facilitadores de la simptomatologia ansiosa i depressiva en adolescents. Per a això, 1441 joves (693 homes, 748 dones) amb edats compreses entre 12 i 17 anys ($M = 14,04$; $DE = 1,34$), de sis centres escolars de Mallorca, foren avaluats mitjançant una bateria de qüestionaris (veure secció de Mesures). Aquesta s'administrà en grups de 20-25 joves, en les seves aules. Tots els participants i almenys un dels seus pares/tutors donaren el consentiment informat per a participar en l'estudi 1 (veure annexos). El protocol de la investigació completa havia estat aprovat prèviament pel comitè bioètic de la Universitat de les Illes Balears.

Per als objectius generals dels estudis 2, 3 i 4 (veure capítol 4) ens calia distingir entre joves en risc i sense risc de desenvolupar problemes d'ansietat.

Dels 1441 subjectes avaluats per al primer estudi, es garbejaren aquells que es trobaven en risc a partir de la puntuació obtinguda en sensibilitat al càstig (SC), mesurada pel Qüestionari de Sensibilitat al Càstig i Sensibilitat a la Recompensa-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras & Grande, 2008). Es consideraren en risc els subjectes amb puntuacions superiors al percentil 80 en SC. Aquells amb puntuacions entre el percentil 20 i el percentil 80 es classificaren per a un grup de no risc (o grup control), mentre que els que puntuaren per davall del percentil 20 foren exclosos de l'estudi (veure figura 3 per a una millor comprensió del procés d'assignació a grups dels subjectes). Els subjectes considerats en risc i sense risc foren convidats a

participar en els estudis 2, 3 i 4. Acceptaren participar en aquests estudis 42 subjectes en risc i 20 sense risc. Un dels subjectes en risc va ser exclòs dels estudis perquè fou diagnosticat de trastorn d'ansietat generalitzada.

La mostra de l'**estudi 2**, dirigit a l'anàlisi de les relacions entre la sensibilitat autoinformada del sistema d'inhibició conductual (SIC) i els nivells de cortisol salivar, es va seleccionar a partir dels 61 adolescents que havien acceptat participar en els estudis. D'aquests 61, se n'excloueren cinc per haver proporcionat una mostra de saliva insuficient per a una correcta detecció del nivell de cortisol. Dels 57 restants, 20 participants en risc (10 homes i 10 dones, edat mitjana $M = 14,25$, $DE = 1,23$) foren aparellats per edat i sexe als 20 participants del grup control (13 homes i 7 dones, edat mitjana $M = 13,45$; $DE = 1,32$).

En l'**estudi 3** ens interessava avaluar les relacions entre la sensibilitat al càstig i l'activitat electrodermica, així com valorar el paper de la resposta cardíaca en la distinció d'adolescents en risc i sense risc de desenvolupar trastorns d'ansietat. De la mateixa manera que per a l'estudi 2, la mostra se seleccionà d'entre els 61 subjectes que acceptaren participar, i igualment el grup en risc s'aparellà per edat i sexe al grup control. La mostra final per a l'estudi 3 va estar composta per 20 participants en risc (8 homes i 12 dones, edat mitjana $M = 13,89$; $DE = 1,21$) i 20 participants sense risc (13 homes i 7 dones, edat mitjana $M = 13,45$; $DE = 1,32$).

Finalment, a partir de l'**estudi 4** volíem analitzar els efectes d'un programa breu de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat sobre els factors de vulnerabilitat autoinformats i heteroinformats, i sobre les variables psicofisiològiques associades. La mostra final per a aquest estudi estigué formada pels 61 joves (41 subjectes en risc i 20 subjectes sense risc) que havien acceptat participar en els estudis 2, 3 i 4. Els 41 subjectes en risc es repartiren de forma aleatòria entre un **grup d'intervenció** al que s'aplicaria el programa de prevenció (7 homes i 14 dones, edat mitjana $M = 14,19$; $DE = 1,06$) i un **grup en llista d'espera** (3 homes i 17 dones, edat mitjana $M = 14,33$; $DE = 1,36$) que no rebria cap tipus d'intervenció fins després de l'avaluació de seguiment a un any. Els 20 subjectes sense risc descrits per als estudis 2 i 3 formaren part d'un **grup control amb puntuacions Normals**.

Figura 3.

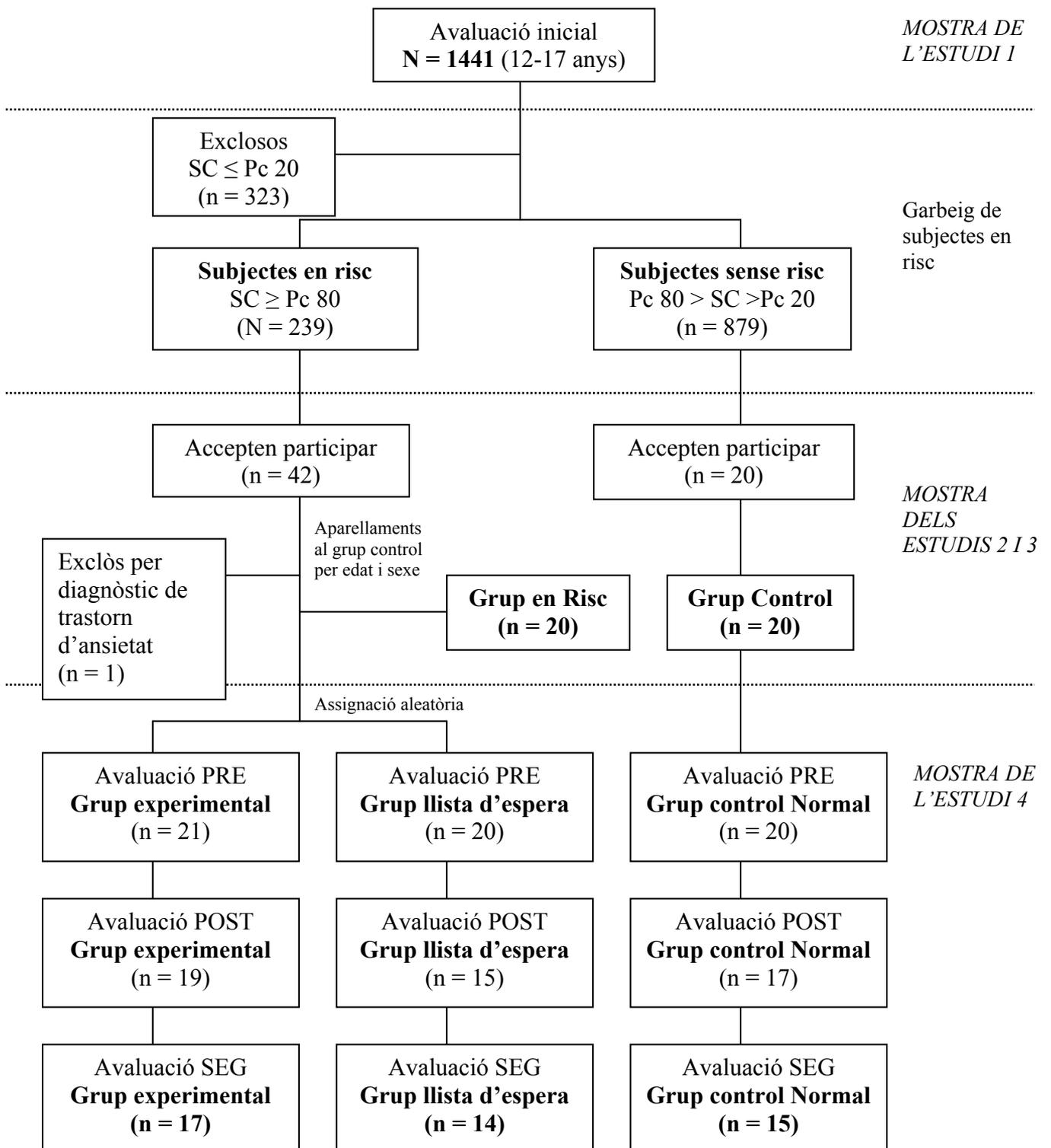


Figura 3. Diagrama de flux dels subjectes participants i procediment d'assignació als grups per als quatre estudis

5.2. Mesures psicològiques emprades en els diferents estudis

PANASN (Cuestionario PANAS para niños y adolescentes) (Sandín, 2003). És una versió de la *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)* per a infants i joves de 7 a 17 anys. Fou emprat en la seva versió original espanyola. Consisteix en un autoinforme format per dues escales de 10 ítems cadascuna que mesuren l'afecte positiu i negatiu. Les puntuacions a cada ítem es mouen en una escala de tres punts per indicar com se sent normalment la persona (1 = mai, 2 = de vegades, 3 = moltes vegades). Per als homes, la consistència interna és d' $\alpha = ,73$ per a l'escala d'afecte positiu i d' $\alpha = ,74$ per a l'escala d'afecte negatiu. Per a les dones, l' α de Cronbach és de ,72 i ,75 per a l'afecte positiu i negatiu, respectivament. Les alfas de Cronbach per a la nostra mostra foren ,77 per a l'afecte positiu i ,74 per a l'afecte negatiu.

En aquest treball només s'utilitzà l'escala d'afecte negatiu per a l'anàlisi de dades. S'emprà en els estudis 1, 2, 3 i 4.

SPSRQ-J (Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire-Junior) (Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras & Grande, 2008). És un autoinforme adaptat per a infants i adolescents de la versió per a adults desenvolupada per Torrubia, Àvila, Moltó i Caseras (2001). S'emprà la seva versió original en català. El SPSRQ-J és un qüestionari de 30 ítems de resposta dicotòmica (sí-no) format per dues escales de 15 ítems cadascuna: sensibilitat al càstig i sensibilitat a la recompensa. Les puntuacions per a cada escala s'obtenen sumant totes les respostes afirmatives. La consistència interna per a l'escala de la sensibilitat al càstig és d' $\alpha = ,73$ per als homes i ,79 per a les dones. La fiabilitat test-retest és de $r = ,75$ per als homes i ,79 per a les dones. Per a la sensibilitat a la recompensa, la consistència interna és d' $\alpha = ,67$ per als homes i ,74 per a les dones. La fiabilitat test-retest és de $r = ,78$ per a ambdós sexes. L'alfa de Cronbach per a la nostra mostra fou de ,75 per a la sensibilitat al càstig i de ,65 per a la sensibilitat a la recompensa.

En el present treball, només l'escala de sensibilitat al càstig era d'utilitat per a les hipòtesis, així que fou l'única emprada en les anàlisis. S'emprà en els estudis 1, 2, 3 i 4.

CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) (Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001). És un autoinforme dissenyat per avaluar la regulació emocional cognitiva definida com “la forma cognitiva de manejar l’entrada d’informació activadora d’emocions” (p.1313). S’utilitzà la versió catalana de l’instrument (Tortella-Feliu & Balle, 2008). L’autoinforme consisteix en 36 ítems que es poden respondre en una escala d’1 a 5 (1 = [quasi] mai, 5 = [quasi] sempre) en relació a la forma com respon la persona generalment davant d’un esdeveniment negatiu o desagradable. El qüestionari inclou nou subescales amb quatre ítems cadascuna, corresponents a nou estratègies cognitives. Quatre de les subescales s’agrupen formant la “regulació emocional cognitiva negativa” (autoculpa, ruminació, catastrofització i culpabilització dels altres), i les altres cinc s’agrupen formant la “regulació emocional cognitiva positiva” (acceptació, reavaluació positiva, reorientació en la planificació i posada en perspectiva). La puntuació a cada subescala s’obté a partir de la suma de les puntuacions dels quatre ítems corresponents. A més, es pot obtenir una puntuació global per a la regulació emocional cognitiva positiva i negativa a partir de la suma total de les puntuacions a les subescales per a cada categoria. La consistència interna del qüestionari original és d’ $\alpha = ,92$ per a l’instrument de forma global, i $\alpha = ,89$ tant per a l’escala de regulació positiva com per a l’escala de regulació negativa. La fiabilitat test-retest (als cinc mesos) és de $r = ,64$ per al qüestionari de forma global, i $r = ,62$ per a les escales positiva i negativa respectivament. La consistència interna de la versió catalana del CERQ (Tortella-Feliu & Balle, 2008) fou d’ $\alpha = ,88$ per a l’instrument complet, $\alpha = ,85$, per a l’escala de regulació positiva, i $\alpha = ,84$ per a l’escala de regulació negativa. L’alfa de Cronbach per a la mostra d’aquest treball fou de ,89 per a la puntuació total, ,83 per a l’escala negativa, i ,86 per a l’escala positiva.

Per a l’anàlisi de dades en aquest treball, només s’utilitzaren les puntuacions en les subescales autoculpa, ruminació, catastrofització i culpabilització dels altres, per a l’estudi 2, i la puntuació global de la regulació emocional cognitiva negativa per als estudis 1, 2, 3 i 4.

SCAS (Spence Children’s Anxiety Scale) (Spence, 1998). És una escala de 38 ítems (més 6 ítems addicionals que avaluen desitjabilitat social) dissenyada per avaluar l’ansietat infantil autoinformada. Proporciona informació sobre trastorns d’ansietat infantils específics. S’utilitzà la versió catalana de l’instrument (Tortella-Feliu, Balle,

Servera & García de la Banda, 2005). Està formada per sis subescales: pànic/agorafòbia, ansietat social, ansietat per separació, ansietat generalitzada, obsessions/compulsions, i por de les lesions físiques. Les puntuacions de l'escala van de 0 a 114. Majors puntuacions indiquen més símptomes d'ansietat autoinformats. La versió original de l'escala mostra una elevada consistència interna ($\alpha = ,92$) i una adequada fiabilitat test-retest ($r = ,60$). La versió catalana de l'SCAS presenta una bona consistència interna ($\alpha = ,87$), i una fiabilitat test-retest de $r = ,74$ (a les tres setmanes). L'alfa de Cronbach per a la nostra mostra en aquest treball fou de ,91.

Aquesta escala s'utilitzà en els estudis 1, 2, 3 i 4.

CDI (*Children's Depression Inventory*) (Kovacs, 1992). És una escala de 27 ítems per a l'avaluació de símptomes depressius en infants. S'emprà la versió catalana de l'instrument (Servera & Tortella-Feliu, 1999). Les puntuacions en aquesta escala poden oscil·lar entre 0 i 54, essent les puntuacions més elevades indicadores de més símptomes autoinformats. Kovacs (1992) informa d'una consistència interna adequada mitjançant diferents estudis i mostres (amb alfas de Cronbach des de ,71 fins a ,89) i fiabilitats test-retest d'entre dues i tres setmanes oscil·lant des de $r = ,74$ fins a $r = ,82$. La consistència interna de la versió catalana del CDI fou d' $\alpha = ,76$ i la fiabilitat test-retest als tres mesos fou de $r = ,55$ (Servera & Tortella-Feliu, 1999). L'alfa de Cronbach per a la nostra mostra fou de ,84.

Aquest inventari s'emprà per a l'estudi 1.

K-SADS-PL (*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version*) (Kaufman et al., 1997). És una entrevista clínica semi-estructurada dissenyada per identificar diagnòstics psiquiàtrics infantils de l'Eix I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) presents i passats. Per a aquest treball s'emprà la versió espanyola de l'entrevista (Ulloa et al., 2006). Recull informació tant de l'infant o adolescent, com dels seus pares. Els diagnòstics es poden etiquetar com definitiu, probable (compliment igual o major d'un 75% dels criteris diagnòstics), o absent. Les fiabilitats test-retest de la seva versió original són de bones a excel·lents (de $r = ,67$ a $r = 1$) (Ambrosini, 2000; Kaufman et al., 1997). En l'estudi de validació de l'entrevista en espanyol només es faciliten les fiabilitats interavaluadors

(Ulloa et al., 2006). Aquestes són de bones a excel·lents, amb coeficients Kappa de Cohen des de ,53 fins a 1, depenent del diagnòstic.

Aquesta entrevista s'utilitzà per als estudis 2, 3 i 4.

SCAS-P (*Spence Child Anxiety Scale for Parents*) (Spence, 1999). Aquesta escala avalua la simptomatologia ansiosa en infants segons els seus pares. S'utilitzà la versió catalana de l'instrument (Balle & Tortella-Feliu, 2008). L'instrument fou elaborat a partir de l'autoinforme SCAS, formulant els ítems de la forma més semblant possible als corresponents a la versió infantil. Els ítems referents a un estat intern (p. ex. ítem 4, "Estic espantat") foren reformulats en conductes observables pels pares (per ex. "El meu fill es queixa de sentir-se espantat"). L'SCAS-P no inclou els ítems per a l'avaluació de la desitjabilitat social de l'escala per a joves, restant així un qüestionari de 38 ítems amb la mateixa escala de 0 (mai) a 3 (sempre). La consistència interna de la versió original (Nauta et al., 2004) fou d' $\alpha = ,89$, la de la versió catalana (Balle & Tortella-Feliu, 2008) d' $\alpha = ,91$ i la de la nostra mostra en aquest treball fou d' $\alpha = ,89$.

L'SCAS-P s'emprà per a l'estudi 4.

CBCL (*Child Behavior Checklist*) (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001). És un qüestionari de 113 ítems que avalua problemes de comportament i competències socials en infants i joves de 6-18 anys, segons els seus pares. S'utilitzà la versió catalana traduïda per la *Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament (UED)* de la Universitat autònoma de Barcelona. Els ítems, referents a conductes infantojuvenils, es poden respondre en una escala de tres punts (0 = no és cert, 1 = és cert de vegades, 2 = és cert molt sovint/quasi sempre). Consta de dues subescales generals: problemes internalitzants, que avalua alteracions de l'emoció, com por, preocupacions, timidesa, tristesa, etc.; i problemes externalitzants, per a l'avaluació d'alteracions de la conducta, com agressivitat, hiperactivitat, delinqüència, etc. La versió original del CBCL presenta una consistència interna excel·lent amb una alfa de Cronbach de ,90 per a l'escala de problemes internalitzants, i de ,94 per a l'escala de problemes externalitzants. Les fiabilitats test-retest de l'instrument també són elevades ($r = ,91$ per a l'escala de problemes internalitzants i $r = ,92$ per a l'escala de problemes externalitzants). Les dades psicomètriques de la versió catalana no han sigut publicades, per la qual cosa no disposam d'elles. L'alfa de

Cronbach per a la nostra mostra fou de ,89 tant per a l'escala internalitzant com per a l'externalitzant.

Per a aquest treball, només era d'utilitat l'escala de problemes internalitzants, així que fou l'única emprada en les anàlisis. S'utilitzà per a l'estudi 4.

5.3. Mesures fisiològiques emprades en els estudis 2, 3 i 4

Les mesures fisiològiques només es prengueren per als estudis 2, 3 i 4.

Per a l'estudi 2 (*Relacions entre la sensibilitat autoinformada del SIC i el cortisol en saliva en joves*) es recolliren dues mostres de saliva per a l'anàlisi del cortisol salivar. Les mostres es prengueren abans i després d'una tasca de laboratori amb dues condicions estressògenes, una d'atenció sostinguda amb cost de resposta i l'altra d'exposició a imatges desagradables, alternades amb condicions de línia base, respiració pautaada i exposició a imatges neutres (veure procediment a la secció 5.4.).

En l'estudi 3 (*Distinció de joves en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat des de la sensibilitat autoinformada del SIC i els seus correlats psicofisiològics. Avaluació de la resposta cardíaca i l'activitat electrodermica*) es registraren la resposta cardíaca i la conductància electrodermica. Aquestes mesures es prengueren durant la tasca de laboratori amb les condicions indicades en el paràgraf anterior: atenció sostinguda amb cost de resposta, exposició a imatges desagradables i a imatges neutres, línees base i respiracions pautaades (veure procediment).

Finalment, per a l'estudi 4 (*Aplicació d'un programa de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat en joves sensibles al càstig: efectes psicològics i psicofisiològics*) es repetí el registre cardíac i electrodermic després de la intervenció i un any més tard, sota les mateixes condicions de laboratori. Per a aquest estudi, també es prengueren les mostres de saliva abans i després de la tasca. Però per problemes tècnics en la mesura del cortisol una vegada recollides les mostres, no es pogueren utilitzar les dades de l'avaluació del seguiment a un any. Per aquest motiu dita mesura no fou contemplada en el darrer estudi.

5.3.1. Cortisol salivar

Per a la mesura del cortisol salivar es varen recollir dues mostres de saliva. La primera mostra es prengué uns 45 minuts després de l'arribada dels participants al

centre de recerca quan finalitzaren l'entrevista diagnòstica (veure procediment), i cinc minuts abans d'iniciar un conjunt de tasques d'ordinador potencialment estressògenes. La segona mostra fou recollida immediatament després de la tasca de laboratori, que durava uns 30 minuts. La sessió experimental per a tots els participants s'inicià entre les 17h i 19h amb l'objectiu de controlar els canvis diurns en la secreció de cortisol. La sessió completa durava aproximadament uns 90 minuts. Durant aquestes hores de l'horabaixa, l'activitat de l'eix HPA és baixa i estable, i per tant, més susceptible d'estimulació (Kirschbaum & Hellhammer, 1994).

Les mostres de saliva foren recollides amb un hisop de cotó mastegat durant un minut, i tot seguit emmagatzemades en un pot de plàstic anivellat ("Salivette" Sarstedt Inc), per a posteriorment centrifugar-les a 3000g durant 3 minuts. Després, els filtrats s'emmagatzemaren congelats a -80°C fins a la seva anàlisi. Abans d'aquesta anàlisi, les mostres van ser descongelades, barrejades i analitzades sense tractament previ. El cortisol salivar es va mesurar utilitzant una modificació de la prova de cortisol Bayer ADVIA Centaur, un immunoassaig quimioluminiscent directe que utilitza un anticòs policlonal de conill. El cortisol endogen que figurava en les mostres competeix amb el cortisol etiquetat amb acridinio èster per als llocs d'unió de l'anticòs policlonal de conill recobert amb partícules paramagnètiques. Els coeficients de variació intra i inter-assaig van ser inferiors al 10% de 0,30 mg/dl de cortisol.

5.3.2. Resposta cardíaca i activitat electrodermica

Els senyals cardíac i electrodermic es registraren en un sistema BIOPAC MP150, amb una freqüència de mostreig de 500 Hz per a ambdues. Les mesures es prengueren al llarg de totes les condicions de la tasca de laboratori (adaptació, respiració pautaada 1, tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línia base 1, exposició a imatges desagradables, línia base 2, exposició a imatges neutres, respiració pautaada 2 – cadascuna de les condicions es descriuen al procediment-). El registre s'iniciava just quan començava la condició i s'aturava quan acabava. Previ a cada condició es donaven instruccions específiques al subjecte del que hauria de fer. Durant aquests períodes no es registraven les respostes fisiològiques. Després de la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta i de l'exposició a imatges desagradables es donava un període breu de

descans al subjecte durant el qual tampoc es registraven els senyals cardíac i electrodèrmic (veure procediment).

El registre de les respostes cardíques es va dur a terme amb una configuració Lead III (electrode positiu en el turmell dominant, electrode negatiu en el canell no dominant, i presa de terra en el turmell no dominant), mitjançant electrodes Ag/AgCl de 10 mm.

El registre de l'activitat electrodèrmica es realitzà mitjançant l'ús de dos electrodes de conductància de la pell ajustats amb tires de velcro al voltant de les superfícies de les falanges distals dels dits primer i segon de la mà no dominant de l'adolescent. El gel electrolític K-Y es col·locà en el buit de cada electrode abans de posar-los als dits. La conductància de la pell fou mostrejada en microsiemens (μS).

Reactivitat de la conductància de la pell. S'avaluà el nivell mitjà de conductància de la pell (CP) exhibida pels participants mentre executaven una tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta i durant un període d'adaptació. Es calculà l'índex de reactivitat restant el nivell mitjà de CP durant la tasca d'atenció sostinguda al nivell mitjà de CP durant el període d'adaptació (CP adaptació menys CP atenció sostinguda amb cost de resposta).

Respostes inespecífiques de la conductància de la pell. Es puntuaren com el nombre de fluctuacions per minut superiors a $0,05 \mu\text{S}$ observats durant l'adaptació i els períodes de línia base.

Intensitat de les fluctuacions electrodèrmiques (amplitud). Es puntuà com el valor màxim (μS) de les fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell detectades menys el seu valor mínim (μS) per a cada bloc experimental.

Quant a la resposta cardíaca, s'analitzaren la freqüència cardíaca, la variabilitat de la freqüència cardíaca i l'entropia mostral cardíaca, totes elles com a **mesures del domini temporal**.

Freqüència cardíaca (FC). Es calculà com el nombre de batecs per minut.

Variabilitat de la freqüència cardíaca (VFC). Es calculà a partir de la mitjana quadràtica dels quadrats de les diferències successives (*root mean of the squared successive differences*) entre batecs de les sèries temporals per a cada bloc experimental. S'emprà un detector automàtic del pic R per identificar l'interval entre batecs en milisegons.

Entropia mostral cardíaca (sampEn). S'emprà com una mesura de la irregularitat i la complexitat de les sèries temporals de la freqüència cardíaca (Richman & Moorman, 2000). Es calculà amb el software disponible en Physionet (Goldberger et al., 2000).

La resposta cardíaca també fou analitzada per **mesures del domini de freqüències**.

Potència de la banda d'alta freqüència cardíaca. La banda d'alta freqüència (HF) (0,15 - 0,4Hz) fou calculada sobre les sèries temporals de la freqüència cardíaca derivades dels registres de l'electrocardiograma (ECG) durant les tasques de respiració pautaada i línees base.

Potència de la banda de baixa freqüència cardíaca. La banda de baixa freqüència (LF) (0,04 - 0,15Hz) també es calculà sobre les sèries temporals de la freqüència cardíaca derivades dels registres d'ECG durant les tasques de respiració pautaada i línees base.

Les potències d'alta i baixa freqüència es calcularen amb la transformada de Fourier.

5.4. Procediment

Tots els Instituts d'Educació Secundària Obligatòria (ESO) de Mallorca foren convidats a participar en els estudis mitjançant una carta (veure Annexos), distribuïda a través de l'Associació de Directors i directores d'Educació Secundària de Mallorca (ADESMA). Sis centres acceptaren participar-hi. Els pares i mares dels alumnes de primer a quart d'ESO d'aquests centres reberen una descripció per escrit de l'objectiu

de l'estudi (veure Annexos), on també se'ls informava de l'opció de no participar. Aquells que acceptaren l'avaluació del seu fill/a hagueren de retornar el consentiment informat signat al centre escolar. Per a l'avaluació inicial, la bateria de qüestionaris autoinformatos es passà en grups de 20-25 joves en les seves aules. Els participants (N = 1441) completaren primer el SPSRQ-J, en segon lloc, el PANASN, seguidament el CERQ, després l'SCAS, i finalment respongueren el CDI. D'aquí s'obtingueren les dades per a l'estudi 1. Tot el treball, com ja s'ha indicat en l'apartat *Participants i procés de selecció*, fou aprovat prèviament pel comitè ètic de la Universitat de les Illes Balears.

Una vegada analitzades les puntuacions als qüestionaris, es convidà a participar en la resta del projecte (estudis 2, 3 i 4) als subjectes en risc (subjectes amb puntuacions superiors al percentil 80 en sensibilitat al càstig –SC-) i sense risc (subjectes amb puntuacions entre el percentil 20 i el percentil 80 en SC), i a les seves famílies. Per a això, es feren reunions col·lectives per a pares i mares en els centres escolars en les quals se'ls hi explicava en què consistia l'estudi general i quins eren els seus objectius. Aquells que acceptaren continuar participant en les següents fases de l'estudi foren citats per a una primera avaluació individual.

Les avaluacions es realitzaren als laboratoris del Grup de recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica de la Universitat de les Illes Balears. Els joves havien d'acudir al nostre centre de recerca acompanyats per almenys un dels progenitors o tutors legals.

En aquesta primera sessió d'avaluació es contemplaven diferents aspectes:

- L'entrevista amb els pares i amb els joves, per separat, per a l'avaluació de l'estatus diagnòstic de l'adolescent mitjançant l'entrevista diagnòstica K-SADS-PL (per als estudis 2, 3 i per a l'avaluació preintervenció de l'estudi 4).
- La resposta dels pares a dos qüestionaris en relació als comportaments i manifestacions emocionals dels seus fills/es: l'escala per a l'avaluació de simptomatologia ansiosa en els joves (SCAS-P), i el qüestionari per a l'avaluació de problemes internalitzants i externalitzants (CBCL) (per a l'avaluació preintervenció de l'estudi 4).

- Mesura del cortisol en saliva en els joves, abans i després d'una tasca de laboratori amb dues condicions estressògenes, i condicions de línia base, de respiració pautaada i d'exposició a imatges neutres (per a l'estudi 2)
- Mesures de la resposta cardíaca i de l'activitat electrodermica en diferents condicions experimentals: tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, exposició a imatges desagradables i a imatges neutres, línees base i respiracions pautaades (per a l'estudi 3 i per a l'avaluació preintervenció de l'estudi 4).

El procediment de l'avaluació al laboratori i les condicions experimentals es descriuen tot seguit.

La sessió d'avaluació per a tots els participants s'iniciava entre les 17 i les 19h i durava uns 90 minuts aproximadament. Al principi de la sessió, tant els pares com els joves signaven un nou consentiment informat per a les següents fases de l'estudi (veure Annexos). Tot seguit, dos avaluadors cecs entrevistaven als adolescents i als pares per separat amb l'entrevista diagnòstica K-SADS-PL, en habitacions diferents. Després de l'entrevista (45 min aprox.), els pares responien als qüestionaris sobre simptomatologia ansiosa i problemes internalitzants i externalitzants respecte als seus fills/es (SCAS-P i CBCL). Als adolescents, per la seva banda, just després de l'entrevista se'ls recollia una primera mostra de saliva (cinc minuts abans de l'inici de les tasques d'ordinador) per a la posterior anàlisi dels nivells de cortisol. Seguidament entraven a l'habitació de registre i s'asseien davant d'un ordinador, on se'ls col·locaven els electrodes per als registres cardíac i electrodermic. Tot seguit es procedia al registre d'aquestes respostes davant d'una tasca d'ordinador amb diferents condicions experimentals.

La tasca d'ordinador amb les diferents condicions experimentals es duia a terme en una habitació amb poc llum i sense renou. La presentació dels estímuls es controlava mitjançant un ordinador Pentium IV (1,6 GHz). Cada subjecte romania assegut a un metre aproximadament de la pantalla de l'ordinador de 17 polzades durant tot el temps de les tasques (30 min aprox). Al principi, l'experimentador introduïa i descrivia breument les tasques computeritzades. Les tasques experimentals consistien en vuit condicions i dos períodes de descans intercalats. Les instruccions escrites breument

apareixien en la pantalla abans de l'inici de cada condició. En aquests moments, l'avaluador també verbalitzava les instruccions projectades en la pantalla.

En l'ordre de presentació, les condicions i la seva durada foren les següents:

1. **Adaptació.** El subjecte havia de mirar una creu vermella que sortia en la pantalla de l'ordinador durant 120 segons.
2. **Respiració pautada 1.** La seva durada era de 180 segons. La freqüència respiratòria venia pautada per una imatge d'una cara humana amb fletxes en direcció cap a la boca quan s'havia d'inspirar i en direcció oposada quan s'havia d'expirar. La freqüència era de 15 respiracions per minut (0,25 Hz), utilitzat per Mezzacappa et al. (1997) en adolescents. En un estudi pilot previ, la majoria de subjectes trobaren que aquesta freqüència respiratòria era adequada.
3. **Tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta.** S'utilitzà la Tasca d'Atenció Sostinguda per a Infants (*Children Sustained Attention Task*, CSAT, Servera & Cardo, 2006) durant 420 segons. La tasca consistia en 600 estímuls (nombres de 0 a 9), d'uns 3,5 cm de tamany, que apareixien successivament en la pantalla de l'ordinador. El temps de presentació de cada estímulo era de 250 ms, i l'interval entre estímuls, de 500 ms. S'indicà als participants que havien de prémer el botó de resposta (barra espaciadora del teclat de l'ordinador) amb la seva mà dominant cada vegada que l'estímul objectiu (un 6 seguit d'un 3) apareixés en pantalla. El cost de resposta consistia en oferir 5 € als subjectes per participar en l'avaluació i retirar-los-en 0,50 € per cada errada comesa. Les errades podien ser degudes a l'omissió (no indicar quan l'estímul objectiu apareixia) o per comissió (identificar un estímulo objectiu quan no apareixia).
4. **Període de descans.** El subjecte no havia de fer res durant 60 segons. Durant aquest període no es registaven les respostes fisiològiques, així que el subjecte podia moure's sense aixecar-se de la cadira.
5. **Línea base 1.** Igual que en l'adaptació, el subjecte havia de mirar una creu vermella que apareixia en la pantalla de l'ordinador durant 120 segons.
6. **Exposició a 20 imatges desagradables.** Les imatges foren seleccionades del *International Affective Picture Series* (IAPS, Lang, Bradley & Cuthbert, 1999). Es presentaren les mateixes 20 imatges emprades per Leen-Feldner et al. (2004).

Les imatges eren mostrades consecutivament durant set segons cadascuna, essent el total de la durada de la condició de 140 segons. L'experimentador indicava al participant que veuria una sèrie d'imatges, i que únicament les havia d'observar. Als participants no se'ls hi deia si les imatges serien desagradables o neutres.

7. **Període de descans.** El subjecte no havia de fer res durant 60 segons. Igual que en el període de descans previ, el subjecte es podia moure lleugerament si ho necessitava, perquè no s'estaven registrant les respostes fisiològiques.
8. **Línea base 2.** Així com en l'adaptació i en la línea base 1, el subjecte havia de mirar una creu vermella que apareixia en la pantalla de l'ordinador durant 120 segons.
9. **Exposició a 20 imatges neutres.** Les imatges foren seleccionades del IAPS (Lang et al., 1999). Es presentaren les mateixes 20 imatges utilitzades en l'estudi de Waters, Lipp i Spence (2004). Les imatges es mostraven consecutivament durant 7 segons cadascuna, essent la durada total de l'exposició de 140 segons. Igual que en la condició 6 (exposició a imatges desagradables), l'experimentador indicava al subjecte que veuria unes imatges, i tan sols les havia d'observar. En aquest cas tampoc es va dir als subjectes si les imatges eren desagradables o neutres.
10. **Respiració pautada 2.** Les condicions eren les mateixes que en la respiració pautada 1. La freqüència respiratòria venia marcada mitjançant una cara humana amb fletxes dirigides cap a la boca indicant quan s'havia d'inspirar, i en direcció contrària quan s'havia d'expirar. La freqüència també era de 15 respiracions per minut (Mezzacappa et al., 1997).

Una vegada finalitzada la tasca de laboratori (uns 30 minuts aprox.) es recollia immediatament una segona mostra de saliva per a la valoració dels nivells de cortisol posttasca.

Després d'aquesta primera avaluació al laboratori, per a l'estudi 4, els 41 subjectes en risc que havien acceptat participar en l'estudi es repartiren aleatòriament (aleatorització estratificada controlant per edat i sexe) entre un grup d'intervenció (n =

21) i un grup en llista d'espera ($n = 20$) que no rebria intervenció fins després de l'avaluació de seguiment a un any. Per a completar la mostra es comptà amb els 20 subjectes sense risc (grup control Normal) que havien participat en els estudis 2 i 3.

Al grup d'intervenció se li aplicà el programa de prevenció selectiva, detallat en el següent apartat. Aquest programa consta de sis sessions grupals d'uns 45 a 60 minuts cadascuna, que es dugueren a terme amb una periodicitat d'una vegada per setmana en el mateix centre escolar dels participants, durant hores extraescolars. Els grups estaven formats per un màxim de 10 subjectes. Les terapeutes foren dues llicenciades en Psicologia, estudiants de tercer cicle, les quals es repartiren els diferents grups aleatòriament. En tots els casos, les terapeutes utilitzaren un manual en el qual es detallaven els objectius i les passes a seguir en cadascuna de les sessions (veure Annexos). D'igual manera, els joves també comptaven amb un quadern d'exercicis per anar practicant tot l'après (veure Annexos). Les sessions es duïen a terme mitjançant explicacions, sempre acompanyades d'exercicis pràctics, activitats de paper i llapis, explicació i pràctica d'algunes habilitats i experiments conductuals.

Els grups control en llista d'espera i amb puntuacions dins la Normalitat, reberen intervenció després de l'avaluació de seguiment als 12 mesos.

Després de la intervenció, es repetí el procediment d'avaluació inicial en tots els participants, sense la entrevista ni als pares ni als joves: els adolescents respongueren als autoinformes per a l'avaluació de la sensibilitat al càstig (SCSR-J), l'afecte negatiu (PANASN), la regulació emocional negativa (CERQ) i la simptomatologia ansiosa (SCAS), i tot seguit s'exposaren a les condicions de laboratori per a la mesura de la resposta cardíaca i l'activitat electrodermica; per altra banda, els pares respongueren als qüestionaris de simptomatologia ansiosa (SCAS-P) i de problemes internalitzants i externalitzants (CBCL) referents als joves.

Dotze mesos després, els subjectes i les seves famílies foren avaluats amb les mateixes mesures psicològiques i psicofisiològiques que en la primera avaluació, abans de la intervenció preventiva.

5.5. Descripció del programa de prevenció selectiva dels trastorns d'ansietat

El programa de prevenció selectiva que s'aplicà al grup experimental, era una versió revisada del programa utilitzat en els estudis de Tortella-Feliu et al. (2004) i Balle i Tortella-Feliu (2010). Aquest programa, com ja s'ha introduït en el marc general del treball, es va elaborar a partir del programa de prevenció i intervenció d'ansietat FRIENDS (Barrett et al., 1999). El nostre programa pretenia, com a objectiu principal, dotar de les habilitats necessàries per al maneig de les respostes d'ansietat i l'afrontament de problemes i/o situacions difícils, mitjançant estratègies d'entrenament cognitivoconductual amb eficàcia demostrada. A partir d'aquí se'n derivaven els següents subobjectius:

- a. Educació sobre ansietat: reconèixer les diferents sensacions o símptomes d'ansietat i els tres canals de resposta on es poden manifestar. Ensenyar la variabilitat, funcionalitat i interrelació d'aquestes respostes.
- b. Entrenament en tècniques de control de l'activació: distracció, relaxació i respiració controlada.
- c. Explicar el paper de l'exposició gradual davant situacions que provoquen ansietat.
- d. Detecció i modificació de pensaments automàtics negatius.

Els objectius i les activitats a dur a terme al llarg de cada una de les sis sessions vénen detallades en el manual per al terapeuta, que s'introdueix amb una definició de l'ansietat i les seves característiques, adreçat principalment a aquells professionals amb pocs coneixements de Psicologia (p. ex. mestres d'escola) i una breu explicació de la importància de la prevenció durant aquesta etapa del desenvolupament, on s'inclouen: la prevalença dels trastorns d'ansietat en la infància i l'adolescència, els motius que fan que aquest tipus de problemàtica sigui especialment important en aquest sector de la població i conseqüentment la justificació de la seva prevenció. Per acabar amb la introducció del manual es detallen els continguts del programa.

Els continguts i objectius per a cada sessió es descriuen a la Taula 1, objectius que al llarg del manual introdueixen els diferents apartats dedicats a cada una de les sessions. En aquests apartats es distingeixen la informació dirigida als terapeutes, com els objectius, definicions de conceptes bàsics i la descripció de les activitats a dur a

terme, i la informació que s'ha de dirigir als al·lots i al·lotes, la majoria de vegades en forma de diàleg per a que es pugui agafar com a referent.

Taula 1. Continguts bàsics de les sessions del programa de prevenció

SESSIÓ	CONTINGUTS BÀSICS
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Definir l'ansietat b. Ensenyar a reconèixer les diferents sensacions, símptomes o respostes d'ansietat i els tres canals de resposta en què es donen aquestes respostes: cognitiu, fisiològic i motor. c. Informar sobre la variabilitat de les respostes d'ansietat i explicar la funcionalitat de cada resposta o símptoma. d. Identificar situacions que poden provocar ansietat.
2	<ul style="list-style-type: none"> a. Explicar la funcionalitat de les respostes d'ansietat més comuns i de les respostes normals interpretades com a respostes d'ansietat. b. Ensenyar la interrelació de totes les respostes d'ansietat.
3	<ul style="list-style-type: none"> a. Destacar el paper de la hipervigilància en l'augment de les sensacions corporals, i de la distracció en la seva disminució. b. Ensenyar les relacions entre ansietat, preocupació, evitació motora i evitació cognitiva. c. Explicar el paper de l'exposició gradual.
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Entrenar en el maneig de l'ansietat: pràctica de relaxació muscular i respiració controlada. b. Introduir el concepte de pensament automàtic negatiu. Generar pensaments alternatius distractors i d'autoreforç, i detectar les condicions d'aplicació.
5	<ul style="list-style-type: none"> a. Distingir pensaments positius de pensaments negatius, i mostrar els seus efectes sobre els sentiments i sobre la tasca. b. Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (disfuncionals) pels positius (1^a part).
6	<ul style="list-style-type: none"> a. Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (disfuncionals) pels positius (2^a part). b. Repàs de les sessions anteriors.

A més del manual per als terapeutes, així com s'introduïa en la secció anterior, el programa compta amb un quadern d'exercicis per als adolescents. En ell s'inclouen explicacions per a entendre què és l'ansietat, què la provoca i com ho podem fer per a controlar-la, acompanyades d'exercicis per a dur a terme durant les sessions i posar-los després en comú amb els demés companys. Destaca el format gràfic (esquemes, dibuixos, etc) adjunt a les definicions, per a facilitar l'adquisició dels conceptes.

Un cop presentat el mètode general per a tot el treball, amb les especificitats corresponents per a cadascun dels estudis que el formen, en els següents capítols s'exposaran aquests estudis de forma independent.

Els capítols començaran amb els objectius específics i les hipòtesis de l'estudi, secció on també es recordaran molt breument alguns aspectes específics del mètode, es continuaran amb les anàlisis estadístiques realitzades i els resultats obtinguts, i es conclouran amb la discussió.

6. ESTUDI 1. RELACIONS ENTRE AFECTIVITAT NEGATIVA, REGULACIÓ EMOCIONAL I SIMPTOMATOLOGIA ANSIOSA I DEPRESSIVA EN ADOLESCENTS.

6.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis

L'objectiu d'aquest estudi fou examinar la relació entre l'afectivitat negativa (AN) i la regulació emocional (RE) en la determinació de la simptomatologia ansiosa i depressiva en adolescents. En tots els estudis d'aquest treball, l'AN inclou el concepte d'afecte negatiu del model tripartit (Clark & Watson, 1991; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) i la sensibilitat al càstig com a mesura del sistema d'inhibició conductual (SIC) de la teoria de la sensibilitat a la recompensa de Gray (1987). Aquests models han estat sistemàticament emprats en la recerca de les relacions entre personalitat i psicopatologia. Però, així com l'afecte negatiu s'ha estudiat en relació a la RE i l'autoregulació, existeix poca recerca que relacioni el SIC i la RE (Bijttebier et al., 2009).

Per a aquest estudi, com ja s'ha explicat al mètode (veure capítol 5), s'avaluaren 1441 subjectes d'entre 12 i 17 anys. Les mesures utilitzades foren el PANASN per a l'avaluació de l'afecte negatiu, el SCSR-J per a la sensibilitat al càstig (és a dir, la sensibilitat del SIC autoinformada), el CERQ per a la regulació emocional negativa, l'SCAS per a la simptomatologia ansiosa i el CDI per a la simptomatologia depressiva.

S'avaluaren dos models teòrics (veure figura 4) que relacionaven AN, RE i simptomatologia ansiosa i depressiva. Per a això s'empraren models d'equacions estructurals en una gran mostra no clínica d'adolescents. En el primer model, les trajectòries estructurals que relacionaven les variables latents incloïen trajectòries des de l'afecte negatiu, la sensibilitat al càstig i la RE negativa cap als símptomes d'ansietat, i una trajectòria addicional anava des dels símptomes d'ansietat als símptomes depressius. En aquest model, l'AN i la RE constituïen una contribució independent cap als símptomes d'ansietat (model no mediacional). El segon model (model mediacional) contemplava si l'AN determinava la RE negativa. Incloïa trajectòries des de l'afecte

Figura 4.

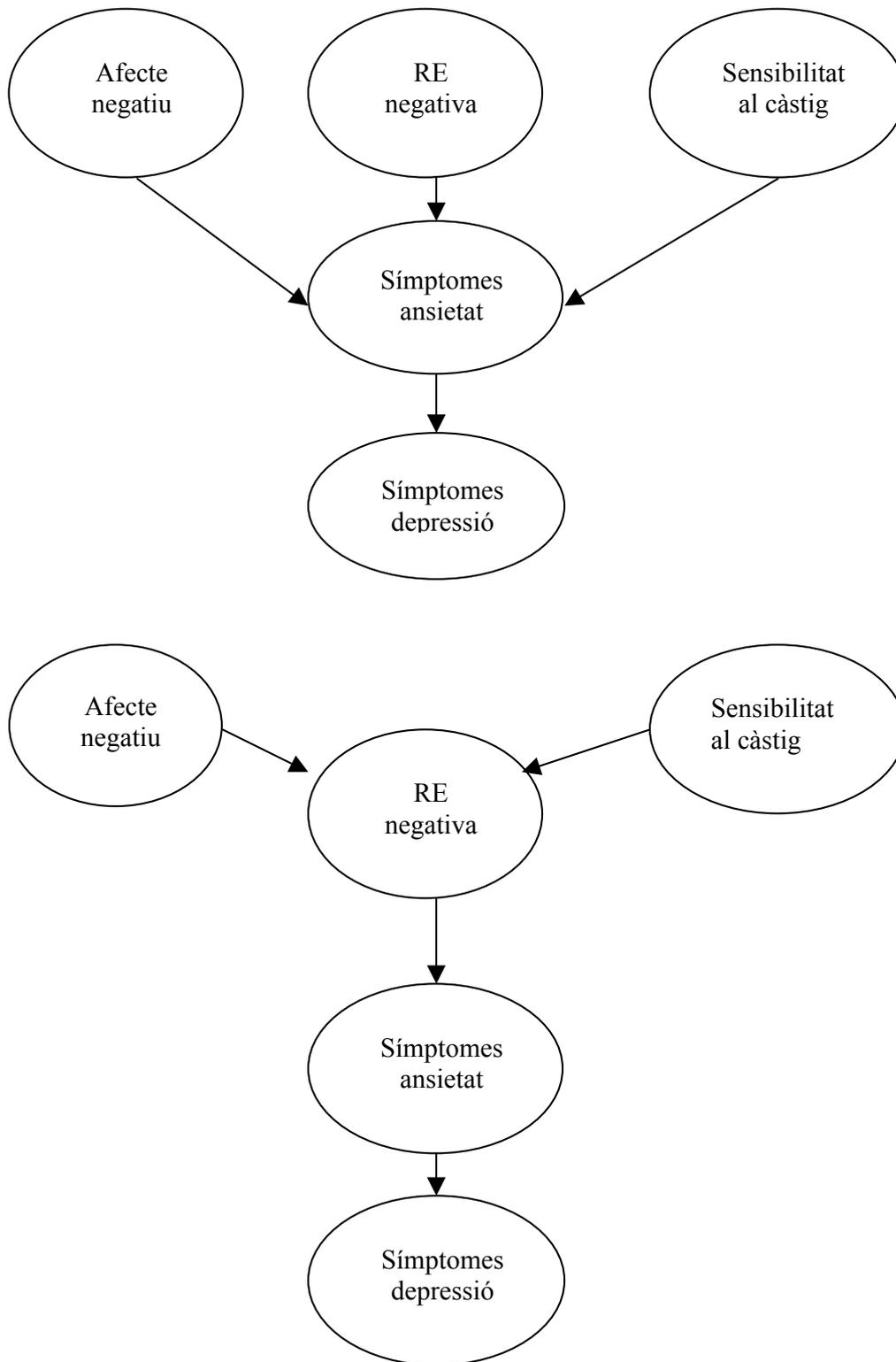


Figura 4. Models teòrics que relacionen afectivitat negativa, regulació emocional i simptomatologia ansiosa i depressiva: model no mediacional (dalt) i model mediacional (baix). RE = regulació emocional.

negatiu i la sensibilitat al càstig cap a la RE negativa. Des d'aquí, una següent trajectòria sorgia cap als símptomes d'ansietat, d'on s'iniciava una darrera trajectòria cap als símptomes depressius.

Amb la intenció d'avaluar més detalladament les relacions entre l'AN i la RE negativa, s'analitzà el patró de distribució d'ambdues variables al llarg de la mostra global. Això va permetre explorar la tendència dels individus amb elevada i baixa AN que també presentaven puntuacions elevades o baixes, respectivament, en RE negativa. D'aquesta manera, es pogueren comparar les submostres resultants en relació als símptomes d'ansietat i depressius autoinformatos.

Les nostres hipòtesis foren:

1. Tant una elevada AN com una RE negativa, independentment del paper mediacional o no mediacional de la RE, s'associarien amb els símptomes d'ansietat,
2. la simptomatologia depressiva estaria significativament determinada per la simptomatologia ansiosa,
3. una elevada AN es relacionaria amb un major ús d'estratègies de RE negatives, i
4. la RE mediarà la relació entre l'AN i els símptomes d'ansietat.

6.2. Anàlisis estadístiques

Les dades autoinformades d'AN, RE, i simptomatologia ansiosa i depressiva d'una mostra de 1441 participants de 12 a 17 anys foren analitzades mitjançant el model d'equacions estructurals. S'obtingueren els estadístics descriptius preliminars per a cada ítem per a determinar l'adequació del model d'equacions estructurals per a les dades. A més, s'avaluà la normalitat multivariant amb el programa PRELIS. S'utilitzà el software LISREL 8.80 (Jöreskog & Sörbom, 2006) amb l'estimació de probabilitat màxima per avaluar dos models alternatius: 1) el model no-mediacional que incloïa trajectòries des de l'afecte negatiu, la sensibilitat al càstig i la RE negativa cap als símptomes d'ansietat, amb una trajectòria addicional que s'estenia des dels símptomes d'ansietat cap als símptomes depressius; 2) el model mediacional que incloïa trajectòries des de l'afecte negatiu i la sensibilitat al càstig cap a la RE negativa, des d'on s'estenia una trajectòria

cap als símptomes d'ansietat, i una trajectòria addicional des dels símptomes d'ansietat cap als símptomes depressius.

Per avaluar l'adequació d'ambdós models s'utilitzaren l'índex χ^2 , el χ^2 relatiu (χ^2 dividit entre els graus de llibertat), l'Índex d'Ajustament Normatiu (NFI), l'Índex d'Ajustament Comparatiu (CFI), la Bondat de l'Índex d'Ajustament (GFI), la Mitjana Estandaritzada de l'Arrel Quadrada Residual (SRMR), i l'Error Quadràtic Mitjà d'Aproximació (RMSEA). Es considera que un model s'ajusta a les dades si $\chi^2/df < 2$; RMSEA $< ,05$; SRMR $< 0,08$; NFI $> ,90$; CFI $> ,90$; i GFI $> ,90$. Aquests índexs i els punts de tall proposats se seleccionaren en base a la seva execució en simulacions Monte-Carlo prèvies i recomanacions basades en aquestes simulacions (Hu & Bentler, 1999). Per a l'avaluació dels paràmetres individuals s'adoptà el criteri de significació al 5% (és a dir, valor t dels paràmetres de 2,00).

Per explorar més a fons les relacions entre l'AN i la regulació emocional negativa (RE-N), se seleccionaren els subjectes que puntuaren dins del primer i quart quartil en afecte negatiu, sensibilitat al càstig, i/o RE-N. Llavors, depenent de les puntuacions, els subjectes foren assignats a un dels següents quatre grups per a cada constructe de l'AN (afecte negatiu o sensibilitat al càstig): Alta AN + Alta RE-N, Alta AN + Baixa RE-N, Baixa AN + Alta RE-N, i Baixa AN + Baixa RE-N. Es realitzaren tests Khi-quadrat per avaluar les diferències en el nombre de subjectes assignats a cadascun dels grups esmentats. Es dugueren a terme anàlisis de la variància per comparar els símptomes d'ansietat i de depressió autoinformats entre els grups.

6.3. Resultats

Anàlisis preliminars

En els estadístics descriptius preliminars per a cada ítem inclòs en el model d'equacions estructurals, els diagrames de tija i fulles indicaren que les dades no es distribuïen normalment. Tot i això, l'asimetria de les distribucions oscil·lava entre -0,47 i 1,39 i la curtosi entre -1,53 i 1,51. Les lleugeres desviacions de zero de l'asimetria i la curtosi indiquen un allunyament molt baix o nul de la normalitat, pel que es justifica l'ús de models d'equacions estructurals per a l'anàlisi de les dades. D'altra banda, l'examen dels diagrames univariants i dels de dispersió, i la inspecció visual de les dades no revelaren valors extrems. A més a més, s'analitzà la normalitat multivariada

amb el programa PRELIS, a partir de la qual s'observà un valor de curtosi multivariat relatiu d'1,108. Aquest resultat indicà que no existien desviacions serioses de la normalitat multivariada. També es verificà l'adequació de l'estimació de màxima versemblança utilitzada en aquest estudi.

Model d'equacions estructurals

Els índexos d'ajustament per a ambdós models es presenten en la Taula 2.

Els resultats del model no-mediacional mostraren un ajustament raonable de les dades. Així com s'indica en la Taula 2, l'índex Khi-quadrat fou estadísticament significatiu; tot i que els índexos elementals (NFI, CFI i GFI) obtingueren valors inadequats inferiors a ,95. L'RMSEA, el seu valor de probabilitat per a un ajust proper ($P = 1,00$) i l'SRMR foren indicadors d'un bon ajustament global. Tots els paràmetres foren estadísticament significatius ($p < ,01$).

Taula 2. Índexos d'ajustament per als models alternatius (no-mediacional / mediacional).

Índexos	Model no-mediacional	Model mediacional
χ^2 (gl)	11112,2870 (2620)	9396,5211 (2622)
p	<,0001	<,0001
χ^2 /gl	4,2413	3,5837
RMSEA	,04744	,04850
CI 90% RMSEA	(,04653; ,04836)	(,04759; ,04940)
P (RMSEA<0,05)	1,00	,9968
SRMR	,05404	,06213
NFI	,9186	,9154
CFI	,9407	,9375
GFI	,8274	,8225

El model mediacional també obtingué un bon ajustament de les dades, i aconseguí resultats semblants (veure taula 2). La Khi-quadrat fou estadísticament significativa: χ^2/df va ser major que dos. Els índexos elementals obtingueren valors inferiors a ,95, tots ells indicadors d'un pobre ajustament, però l'RMSEA, el seu valor de probabilitat per a un ajust proper i l'SRMR demostraren un ajustament global raonable per al model.

Tots el paràmetres també foren estadísticament significatius ($p < ,01$).

En les figures 5 i 6 es mostren uns diagrames simplificats dels models no-mediacional (figura 5) i mediacional (figura 6). Les càrregues factorials de les variables latents no s'han representat per a simplificar l'esquema.

En el model no-mediacional, la sensibilitat al càstig explica el 20,5% dels símptomes d'ansietat, l'afecte negatiu n'explica un 3,8%, i la RE negativa un 7,8%. De forma global, les tres variables latents expliquen un 65,19% de la variància dels símptomes d'ansietat.

En el model mediacional, l'afecte negatiu i la sensibilitat al càstig expliquen un 28,7% i un 4,6% de la RE negativa, respectivament. Agafades conjuntament, l'afecte negatiu i la sensibilitat al càstig determinen el 49,6% de l'estil de RE, mentre que la RE explica un 49,2% dels símptomes d'ansietat. En ambdós models, els símptomes d'ansietat expliquen al voltant d'un 40% de la variància dels símptomes depressius.

Vist un ajustament global semblant en els dos models, es realitzà una Khi-quadrat per avaluar les diferències entre les discrepàncies. La diferència entre els valors de Khi-quadrat ($|\Delta\chi^2|=|11112.2863-9396.5211|=1715.7652$) fou estadísticament significativa ($p < ,0001$) amb dos graus de llibertat ($|\Delta df|=|2620 - 2622|=2$), i indicà que el model mediacional era més efectiu significativament per a l'explicació de les dades que el model no-mediacional. Tot i això, l'RMSEA i l'SRMR obtingueren millors valors per al model no-mediacional (veure Taula 2).

Anàlisi del patró de la distribució de les puntuacions en AN i RE.

Se seleccionaren els participants amb puntuacions extremes en les distribucions d'AN i RE-N de cara a explorar la relació entre l'AN i la RE i la seva interacció en la determinació de la simptomatologia ansiosa i depressiva. Concretament, així com s'ha esmentat en la secció d'anàlisis estadístiques, la selecció va incloure participants amb puntuacions dins dels quartils menor i major de la distribució d'AN (tant afecte negatiu com sensibilitat al càstig), i RE-N. Això donà lloc a quatre grups per a cada constructe de l'AN (afecte negatiu o sensibilitat al càstig): Alta AN + Alta RE-N, Alta AN + Baixa RE-N, Baixa AN + Alta RE-N, i Baixa AN + Baixa RE-N. En la Taula 3 es mostren el nombre de subjectes inclosos en cadascun dels quatre grups i les seves puntuacions mitjanes i desviacions estàndar en simptomatologia ansiosa i depressiva, així com les

comparacions entre grups.

Figura 5.

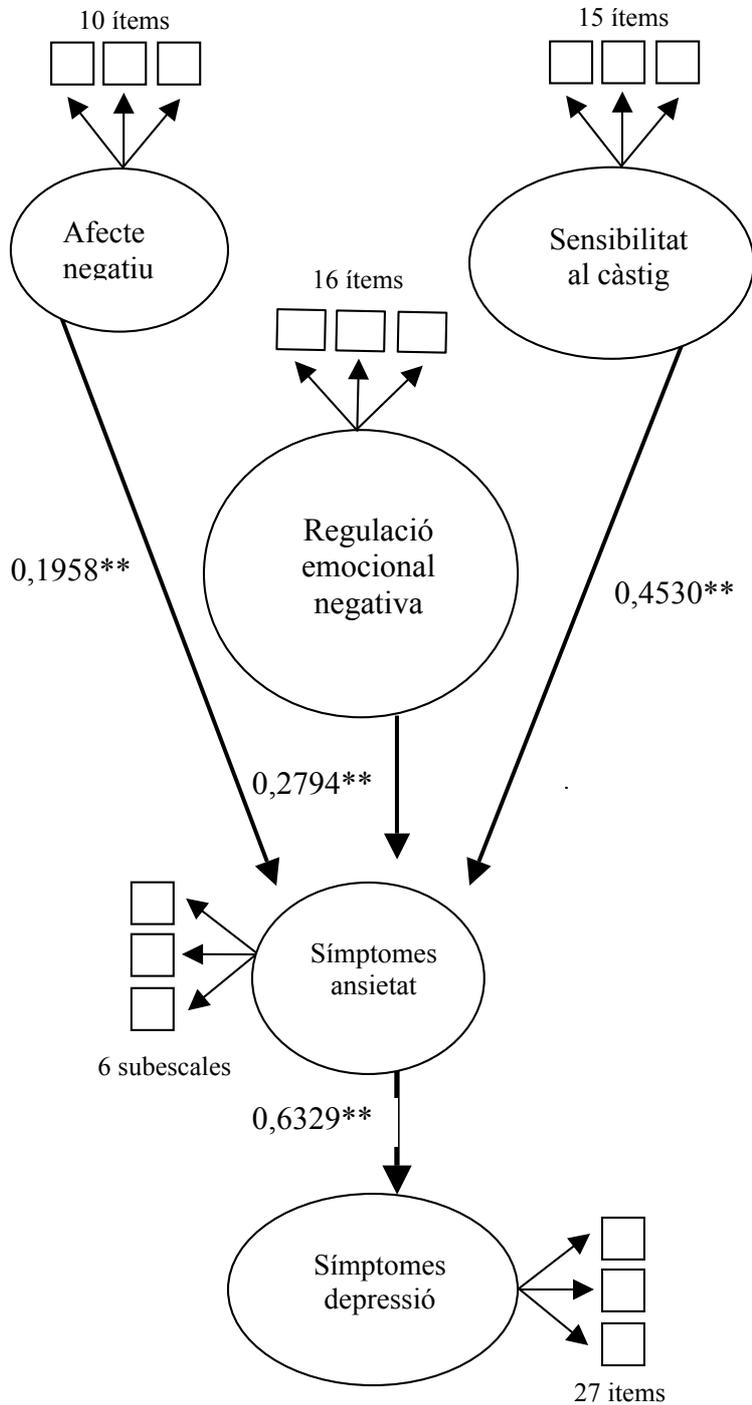


Figura 5. Trajectòries del model no mediacional amb els coeficients estandaritzats de les trajectòries.

** $p < ,01$

Figura 6.

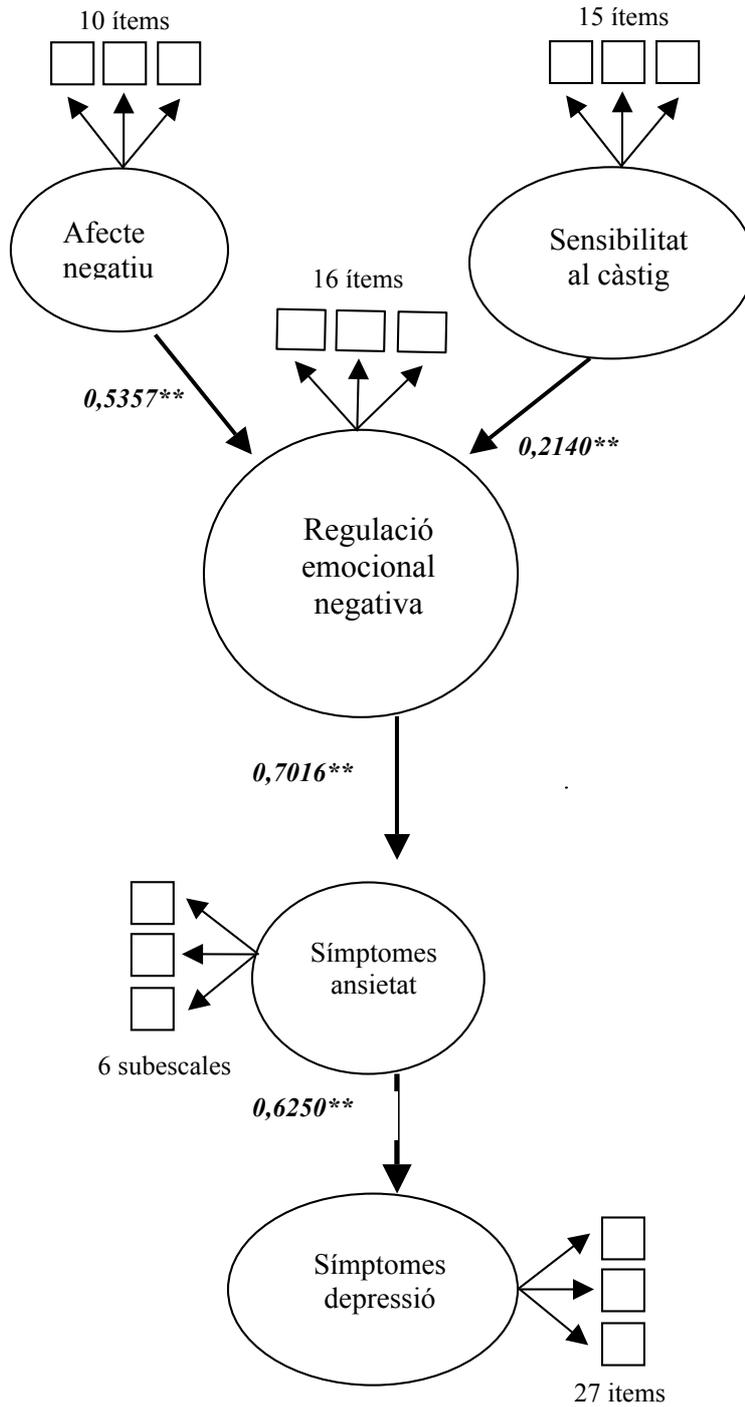


Figura 6. Trajectòries del model mediacional amb els coeficients estandaritzats de les trajectòries.

** $p < ,01$

Els Khi-quadrat mostren que els grups difereixen significativament en el nombre de subjectes ubicats en cada categoria (veure Taula 3). La majoria de subjectes que puntuaren alt en AN, independentment que el constructe utilitzat fos afecte negatiu o sensibilitat al càstig, també puntuaren alt en RE-N (91,95% i 88,88% respectivament); la majoria de subjectes que puntuaren baix en AN també puntuaren baix en RE-N (83,44% i 79,35%). Pocs subjectes (d'un 8,5% a un 20,65%) puntuaren alt o baix en un dels dos constructes d'AN alhora que en el quartil oposat en RE-N.

Taula 3. Estadístics descriptius dels símptomes d'ansietat i depressió i comparacions entre grups que puntuen en els quartils major i menor en afecte negatiu, sensibilitat al càstig i regulació emocional negativa.

	Afecte negatiu alt		Afecte negatiu baix		<i>F/χ²</i>	<i>p</i>
	RE-N ^a alta	RE-N baixa	RE-N alta	RE-N baixa		
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>		
SCAS ^c	49,28 (15,94)	34,29 (12,36)	35,74 (18,87)	15,96 (9,41)	138,33	,0001
CDI ^d	18,86 (6,94)	16,57 (7,21)	12,22 (7,07)	8,40 (7,33)	52,66	,0001
N grup	160	14	27	136	193,67	,0001
	SC ^b alt		SC baix		<i>F/χ²</i>	<i>p</i>
	RE-N alta	RE-N baixa	RE-N alta	RE-N baixa		
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>		
SCAS	50,53 (15,22)	31,50 (12,64)	28,58 (10,68)	15,00 (9,47)	165,03	,0001
CDI	18,98 (7,15)	14,79 (6,23)	11,97 (6,63)	7,62 (6,05)	60,33	,0001
N grup	112	14	32	123	125,38	,0001

^a Regulació Emocional Negativa, ^bSensibilitat al Càstig, ^c*Spence Children's Anxiety Scale*, ^d*Children's Depression Inventory*

Així com es pot observar en la Taula 3, els quatre grups també diferiren significativament en els símptomes d'ansietat i depressius. Per a la simptomatologia ansiosa, les anàlisis post-hoc revelaren que totes les comparacions múltiples entre grups eren estadísticament significatives ($p < ,01$ en totes les diferències de mitjanes), excepte per a les comparacions entre els grups Alta NA + Baixa RE-N i Baixa AN + Alta RE-N (diferència de mitjanes 1,45, $p = ,992$ quan l'AN era mesurada com a afecte negatiu i diferència de mitjanes -2,92, $p = ,913$ quan l'AN era mesurada com a sensibilitat al càstig). Les puntuacions més elevades en simptomatologia ansiosa les presentaren els

subjectes del grup Alta AN (independentment de si era afecte negatiu o sensibilitat al càstig) + Alta RE-N, mentre que les més baixes les obtinguren els subjectes del grup Baixa AN + Baixa RE-N.

En relació als símptomes de depressió, quan l'AN era mesurada com a sensibilitat al càstig, les anàlisis post-hoc eren estadísticament significatives ($p < ,02$) en la comparació entre el grup Baixa AN + Baixa RE-N i els altres tres grups, i en la comparació entre Baixa AN + Alta RE-N i Alta AN + Alta RE-N. No s'observaren diferències per a les comparacions entre Alta AN + Baixa RE-N i Alta AN + Alta RE-N ($p = ,171$) i Baixa AN + Alta RE-N ($p = ,626$). Quan l'AN era avaluada com a afecte negatiu, les anàlisis post-hoc només divergien respecte a quan era avaluada com a sensibilitat al càstig, en que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els grups Baixa AN + Baixa RE-N i Baixa AN + Alta RE-N ($p = ,094$).

6.4. Discussió

Així com hipotetitzàvem, les nostres dades donen suport a la idea que tant una elevada AN (afecte negatiu i sensibilitat al càstig) i un estil de RE negatiu s'associen a una major presència de símptomes d'ansietat (hipòtesi 1) i que l'ansietat mediatitza el desenvolupament de simptomatologia depressiva (hipòtesi 2). Aquests resultats vénen recolzats pels models d'equacions estructurals i, en part, per les comparacions entre grups amb puntuacions extremes en AN i RE-N.

Una major AN (tant afecte negatiu com sensibilitat al càstig) semblen associar-se amb un major ús d'estils negatius de RE (així com indicàvem en la hipòtesi 3). Més enllà de les limitacions inherents a l'estudi transaccional que impedeix la possibilitat d'establir relacions causals, els dos models obtingueren ajustaments globals semblants. Pel que fa a l'anàlisi de diferències entre les discrepàncies del model, el model mediacional sembla explicar millor les dades que el model no-mediacional (hipòtesi 4). Des d'una perspectiva analítica, en relació als coeficients estandarditzats de les trajectòries, la força de l'associació entre les variables latents és major en el model mediacional que en el no-mediacional. És a dir, així com s'observa en els models d'ajustament global, l'enfocament analític també indica que el model mediacional explica millor les relacions trobades en les dades, amb l'AN determinant en gran mesura la RE negativa.

A més a més, les anàlisis addicionals mostren com els individus que puntuaven alt en afecte negatiu o en sensibilitat al càstig també tendien a puntuar alt en RE negativa; així mateix, aquells que puntuaven baix en una de les variables de l'AN també puntuaven baix en RE negativa. És a dir, molts pocs subjectes amb elevada o baixa AN exhibien alta o baixa RE negativa respectivament. Aquests resultats suggereixen que les formes negatives de RE podrien no només mediatitzar la relació entre AN i ansietat i depressió, sinó que també podria ser que adolescents que puntuen alt en AN fossin propensos a utilitzar estils disfuncionals de RE. La RE negativa, entesa com una tendència a utilitzar estils inapropiats de control de les respostes emocionals, podria ser en certa manera una forma de control reactiu en aquells subjectes propensos a la reactivitat emocional. Això duu a la qüestió de si un estil negatiu de RE és més bé un procés automàtic/inconscient i no tant un procés intencional/conscient notablement determinat per trets temperamentals. Algunes formes de RE negativa, com la supressió del pensament o el pensar de forma negativa repetidament (p. ex. ruminació, preocupació) poden ser intents volitius de reduir la capacitat de resposta emocional (Barlow et al., 2004); però també es pot argumentar que la RE negativa reflecteix una inhabilitat per inhibir automàticament el processament de les senyas d'amenaça, o problemes amb els mecanismes d'execució i el control cognitiu. La força de l'associació en els resultats entre l'elevada AN i les elevades puntuacions en RE negativa, i contràriament, entre la baixa AN i les baixes puntuacions en RE negativa, podria donar suport a aquesta idea del control reactiu; per altra banda, l'associació també podria suggerir que la intensitat de l'afecte negatiu determina almenys en part el grau pel qual les emocions són controlades amb un estil negatiu de RE, com ja havien vist prèviament Lynch et al. (2001), Suveg et al. (2009), i Suveg i Zeman (2004).

En el model mediacional, el coeficient estandaritzat de la trajectòria des de l'afecte negatiu cap a la RE és marcadament superior que l'observat des de la sensibilitat al càstig. En l'únic estudi d'aquest tipus, pel que coneixem, a on es relaciona l'activació del sistema d'inhibició conductual amb estratègies de RE, Dennis (2007) trobà que l'ús d'una estratègia de regulació emocional (la supressió de l'expressió) s'associava a una major ansietat tret en subjectes que presentaven una baixa sensibilitat del sistema d'inhibició conductual; a partir d'aquí va concloure que la supressió podia representar una vulnerabilitat d'expressió única per a l'ansietat tret.

Així com s'ha hipotetitzat en investigacions prèvies, l'associació entre ansietat i depressió podria ser explicada per un component compartit d'afecte negatiu (veure Anderson & Hope, 2008 per a una revisió del model tripartit en joves); mentre que la connexió entre AN i depressió podria venir determinada per l'ansietat (p. ex. Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet & Bogie, 2001). Aquesta associació entre els dos tipus de problemàtica podria estar relacionada amb un processament inflexible dels estímuls afectius que possiblement impacta no tan sols sobre aspectes de l'activació o de la reactivitat emocional, sinó també sobre el control conductual, fet que contribueix a la desregulació emocional (Drabant et al., 2006).

L'estudi presenta una sèrie de limitacions. Primer, el disseny de l'estudi és transaccional, fet que limita la possibilitat d'establir relacions causals. Així mateix, i com és freqüent en qualsevol model d'equacions estructurals, existeix un nombre infinit de models equivalents que donarien lloc a exactament el mateix ajustament estadístic però que alhora podrien canviar completament la perspectiva teòrica. Conseqüentment, no podem inferir causalitat des d'aquestes dades i l'evidència per a l'ajustament d'aquests dos models s'hauria d'estudiar més a fons. No obstant això, l'ús de models d'equacions estructurals permet posar a prova teories complexes i controlar la fiabilitat dels elements diferencials, cosa que no és possible amb les anàlisis clàssiques, com la regressió múltiple o l'anàlisi de la variància (Mobbs, Ghisletta & Van der Linden, 2008).

Una segona limitació de l'estudi és que les dades sorgeixen únicament d'autoinformes, mentre que hauria estat desitjable incloure mesures addicionals com concomitants fisiològics de les variables i processos analitzats (Nigg, 2006) durant tasques experimentals de laboratori (veure l'Estudi 2 per a una anàlisi de les mesures fisiològiques en una submostra). Addicionalment, de cara a promoure la integració de diverses tradicions de recerca en RE, seria interessant introduir altres mesures d'aquest constructe així com d'altres conceptes relacionats, com el control intencional.

La tercera limitació és que l'estudi inclou adolescents dins d'un ampli rang d'edats. Depenent de l'edat dels individus poden aparèixer diferents relacions entre variables; però, així com indica Weems (2008), l'emoció ansiosa seria més estable que trastorns d'ansietat específics al llarg de la infància (p. 492). Això podria obrir camí a l'estudi de les trajectòries del desenvolupament de l'emoció ansiosa desadaptativa, no

només en relació a la simptomatologia ansiosa, sino també en relació a altres característiques com els trets temperamentals i estils de RE específics. També seria interessant explorar les possibles modificacions d'estils de RE en intervencions primerenques i preventives de l'ansietat en infants i adolescents, de cara a millorar la comprensió del paper de la RE en el manteniment i la causa dels símptomes d'ansietat.

Finalment, una quarta limitació és que les variables latents dels nostres models han estat aquelles més citades en la literatura com a associades a l'ansietat. D'aquesta manera, hem exclòs altres factors destacats. Per exemple, un estudi recent s'adreçava al paper de la regulació de l'afecte positiu en els trastorns d'ansietat (Eisner, Johson & Carver, 2009), i exposava que la tendència a apaivagar l'afecte positiu i la pobre habilitat per gaudir-lo estan relacionats amb la simptomatologia ansiosa i amb la majoria de trastorns d'ansietat. Aquests resultats indiquen que a l'hora d'estudiar els processos reguladors de l'afecte i l'emoció en la recerca en ansietat, seria desitjable incloure anàlisis de com la gent maneja l'afecte positiu a més de com regula l'afecte negatiu. Reprendrem aquesta qüestió en el tercer bloc del treball.

7. ESTUDI 2. RELACIONS ENTRE LA SENSIBILITAT AUTOINFORMADA DEL SIC I EL CORTISOL EN SALIVA EN JOVES.

7.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis

L'objectiu del present estudi fou analitzar les relacions entre la sensibilitat del sistema d'inhibició conductual (SIC), la regulació emocional negativa i els nivells de cortisol salivar en joves suposadament en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat. Aquest risc venia determinat per puntuacions elevades en la sensibilitat del SIC autoinformada o sensibilitat al càstig (puntuacions superiors al percentil 80 en l'escala de sensibilitat al càstig -SC- del SCSR-J). Els participants en risc ($n = 20$) es compararen amb un grup de subjectes sense risc ($n = 20$), amb puntuacions dins la Normalitat en la variable de selecció (puntuacions entre el percentil 20 i el percentil 80 en sensibilitat al càstig) (per a una descripció detallada del mètode vegeu el capítol 5).

Els objectius específics de l'estudi foren:

- a. Determinar la utilitat dels nivells de cortisol salivar, mesurats abans i després d'una tasca potencialment estressògena (veure apartat de procediment del capítol 5), per a la diferenciació entre joves en risc i sense risc per a l'ansietat, i
- b. explorar el paper de les formes negatives de regulació emocional juntament a la sensibilitat del SIC en la determinació de les respostes del cortisol salivar.

A partir d'aquests objectius, les hipòtesis foren les següents:

1. El cortisol salivar abans de la tasca, després de la tasca i la reactivitat del cortisol (diferència entre els nivells de cortisol en la segona mostra de saliva –posttasca– menys els nivells de cortisol en la primera mostra de saliva –pretasca–) s'associaran positivament amb la sensibilitat del SIC, l'afecte negatiu (mesurat amb el PANASN), la regulació emocional negativa (mesurat amb el CERQ) i la simptomatologia ansiosa (mesurat amb l'SCAS).

2. Els nivells de cortisol seran majors en els joves amb elevada sensibilitat del SIC que en els participants controls, amb puntuacions dins de la Normalitat, tant abans com després de la tasca potencialment estressògena. S'espera que els nivells de cortisol augmentin després de la tasca en ambdós grups, però que l'augment sigui major en els participants amb una major sensibilitat del SIC autoinformada.
3. La sensibilitat del SIC predirà els nivells de cortisol, però un model que també inclogui la regulació emocional negativa podrà predir una major quantitat de variància en els nivells de cortisol.

7.2. Anàlisis estadístiques

Es realitzà una transformació logarítmica en les dades de cortisol per a les mostres de saliva 1 i 2, per corregir una asimetria positiva significativa. Les anàlisis estadístiques es dugueren a terme amb les dades transformades. S'examinaren els diagrames de dispersió per a la detecció de possibles outliers mitjançant una inspecció visual. La reactivitat del cortisol fou calculada a partir de la sostreta dels nivells de cortisol en la primera mostra de saliva dels nivells de cortisol en la segona mostra. La transformació logarítmica d'aquestes dades no s'efectuà perquè la majoria de valors eren iguals a zero o negatius. Per tant, s'executaren anàlisis no paramètriques per a la reactivitat del cortisol, donat que la seva distribució era asimètrica positivament.

Amb l'objectiu d'analitzar les associacions entre les variables contínues de l'estudi, es realitzaren correlacions de Pearson per a les mostres de saliva, i correlacions d'Spearman per a la reactivitat del cortisol.

Es dugueren a terme proves *t* per a explorar les diferències entre els subjectes amb una elevada sensibilitat del SIC i els subjectes controls, en els nivells de cortisol i en les variables autoinformades (afecte negatiu, regulació emocional negativa i simptomatologia ansiosa). La mateixa prova es realitzà per comparar l'edat entre els grups. S'executà una prova Khi-quadrat per comparar les distribucions per sexe entre ambdós grups. Posteriorment s'efectuà una anàlisi multivariant de la variància (MANOVA) per examinar les diferències entre els nivells de cortisol d'abans a després de la tasca per a cada grup. La prova U de Mann-Withney s'aplicà per a les comparacions per grups en la reactivitat del cortisol. Finalment, per determinar el paper

de la sensibilitat del SIC i de la regulació emocional negativa en la predicció dels nivells de cortisol, es dugué a terme una anàlisi de regressió múltiple jeràrquica, a on s'entrà en primer lloc la sensibilitat del SIC i en segon lloc la regulació emocional negativa.

7.3. Resultats

Els grups en risc i control no es diferenciaren ni en l'edat ni en el sexe (veure Taula 4).

Taula 4. Comparacions entre grups en les variables demogràfiques i psicològiques, i nivells de cortisol (transformats logarítmicament)

	Grup control <i>N</i> = 20	Grup en risc <i>N</i> = 20	<i>t</i> (38) / χ^2 (1)
Dones [N (%)]	7 (35)	10 (50)	0,921
Edat [mitjana (DE)]	13,45 (1,32)	14,25 (1,23)	-1,975
log C1	-1,25 (0,584)	-1,02 (0,43)	-1,423
log C2	-1,40 (0,578)	-1,34 (0,586)	-0,344
Sensibilitat al càstig	5,10 (1,971)	11,15 (1,089)	-12,015***
Afecte negatiu	17,70 (2,473)	21,25 (3,782)	-3,513***
Regulació emocional negativa	38,50 (9,785)	49,50 (9,790)	-3,554***
Autoculpabilització	9,95 (2,762)	13 (3,403)	-3,112**
Ruminació	10,20 (3,915)	13,75 (3,432)	-3,050**
Catastrofització	8,80 (2,949)	12,80 (3,473)	-3,926***
Culpabilització d'altres	9,55 (3,456)	9,95 (2,892)	-0,397
Simptomatologia ansiosa	28,90 (15,096)	47,05 (17,769)	-3,481***

Nota: C1 = nivell de cortisol pre-tasca; C2 = nivell de cortisol post-tasca

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

Així com es representa en la taula 5, els nivells de cortisol abans de la tasca s'associaren positivament a la SC, l'afecte negatiu, i l'ús de la ruminació com a forma de regulació emocional. Després de la tasca, els nivells de cortisol només correlacionaren significativament de forma positiva amb la ruminació. Les associacions entre SC, afecte negatiu, i regulació emocional negativa foren positives i estadísticament significatives, excepte per la subescala culpabilització dels altres.

Taula 5. Correlacions de Pearson entre variables ($N = 40$)

1. log C1	-								
2. log C2	,870***	-							
3. Sensibilitat al càstig	,332*	,190	-						
4. Afecte Negatiu	,364*	,274	,621***	-					
5. RE negativa	,273	,181	,522***	,672***	-				
6. Autoculpabilització	,195	,066	,460**	,690***	,889***	-			
7. Ruminació	,514***	,421**	,487***	,539***	,843***	,697***	-		
8. Catastrofització	,259	,183	,537***	,552***	,863***	,712***	,726***	-	
9. Culpabilització d'altres	-,216	-,193	,076	,273	,454**	,310	,072	,149	-
10. Síntomes d'ansietat	,276	,188	,557***	,665***	,648***	,535***	,572***	,544***	,325*

Nota: C1 = nivell de cortisol pre-tasca; C2 = nivell de cortisol post-tasca; RE = regulació emocional

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$

Per a la reactivitat del cortisol, les correlacions d'Spearman mostraren com només en el cas de l'afecte negatiu ($r_s = -,311$; $p = ,051$) i la simptomatologia ansiosa ($r_s = -,279$; $p = ,081$) apareixien associacions negatives amb tendència a la significació. Per a la resta de les variables, no es trobaren correlacions significatives amb aquesta reactivitat (SC $r_s = -,187$; $p = ,247$; puntuació total en RE-N $r_s = -,182$; $p = ,261$; auto-culpabilització $r_s = -,205$; $p = ,205$; culpabilització dels altres $r_s = ,123$; $p = ,448$; ruminació $r_s = -,251$; $p = ,118$; catastrofització $r_s = -,135$; $p = ,408$).

En les comparacions entre grups, en el grup en risc s'observaren majors nivells d'afecte negatiu, simptomatologia ansiosa, i regulació emocional negativa (excepte en la subescala de culpabilització dels altres, on no es trobaren diferències) que en el grup control, però no sorgiren diferències en els nivells de cortisol salivar, ni abans ni després de la tasca entre els grups (veure taula 4). El mateix succeí amb la reactivitat del cortisol on no es trobaren diferències ($U = 149$; $p = ,165$) entre el grup en risc ($M = -0,046$; $DE = 0,058$) i el grup control ($M = -0,029$; $SD = 0,070$).

Analitzant les diferències entre els nivells de cortisol abans i després de la tasca, la MANOVA revelà un efecte principal significatiu per moment [$F(1, 38) = 29,042$; $p < ,001$]. Ambdós grups mostraren majors nivells de cortisol abans que després de la tasca ($p < ,05$). De fet, 28 participants (70%) minvaren els seus nivells de cortisol d'abans a després de la tasca, 8 participants (20%) romangueren estables, i només quatre participants (10%) augmentaren els seus nivells de cortisol. No es trobaren diferències ni per grup [$F(1, 38) = 0,767$; $p = ,387$] ni per la interacció grup per moment [$F(1, 38) = 3,698$; $p = ,062$].

Per avaluar la contribució de la SC i de les formes negatives de regulació emocional sobre els nivells de cortisol abans i després de la tasca, i sobre la reactivitat del cortisol, es van realitzar anàlisis de regressió múltiple jeràrquica. Tenint en compte que, com s'ha descrit abans, només la ruminació es va veure associada als nivells de cortisol, aquesta fou la única forma de regulació emocional negativa que es va incloure en les anàlisis de regressió. La SC s'entrà la primera en el model i després s'hi entrà la ruminació.

Així com pot apreciar-se en la taula 6, la SC per ella mateixa va explicar un 8,6% de la variància dels nivells de cortisol abans de la tasca, però no va predir ni els nivells de cortisol després de la tasca ni la reactivitat del cortisol. Amb la ruminació en l'equació de regressió, el model explicà una major quantitat de variància dels nivells de cortisol pretasca (22,3%), i també va predir de forma significativa els nivells de cortisol després de la tasca, explicant un 13,3% de la variància en els nivells de cortisol en aquest moment. El model no va ser predictiu per a la reactivitat del cortisol.

7.4. Discussió

Aquest segon estudi es dirigia a explorar les relacions entre la sensibilitat del SIC, la regulació emocional negativa i el cortisol salivar en joves suposadament en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat, segons les puntuacions elevades en SC, juntament a un grup control.

En la primera hipòtesi, coincidint amb estudis previs, els nivells de cortisol inicials, abans de la tasca, es relacionaren de forma positiva amb les variables temperamentals (SC i afecte negatiu), i amb una forma de regulació emocional negativa (la ruminació). Però no ho feren amb la regulació emocional negativa entesa globalment, ni amb la simptomatologia ansiosa, així com havíem suposat. Contràriament a les nostres expectatives, només la ruminació mantingué l'associació positiva amb els nivells de cortisol després de la tasca. Per a la reactivitat del cortisol només s'observaren associacions negatives, sense arribar ben bé a ser significatives, amb l'afecte negatiu i la simptomatologia ansiosa.

En relació a la segona hipòtesi, els resultats no s'ajustaren a cap de les nostres expectatives. Els grups no es diferenciaren en els nivells de cortisol en cap de les dues mostres de saliva, ni en l'índex de reactivitat del cortisol. A més, els nivells de cortisol minvaren significativament d'abans a després de la tasca en ambdós grups. La teoria i la recerca prèvia han suggerit que els adolescents tant en risc com amb trastorns d'ansietat mostrarien una reactivitat del cortisol elevada, i/o una major resposta anticipatòria que els controls sans (Dorn et al., 2003; van West et al., 2008). Malgrat això, alguns estudis no han trobat cap relació entre la reactivitat del cortisol i la simptomatologia ansiosa o l'ansietat estat (van West et al., 2008). En el nostre estudi, els resultats són coherents

amb dades prèvies en el sentit que tant una major sensibilitat al SIC, com un major afecte negatiu, han estat clarament associats als nivells de cortisol abans de la tasca, però no s'hi ha relacionat després, ni tampoc ho han fet amb l'índex de reactivitat. A part d'això, cal destacar que les mesures de cortisol no han estat capaços de discriminar entre subjectes suposadament en risc de controls normals.

Centrant-nos en els resultats abans de la tasca, alguns autors han apuntat que la inhibició conductual, o el temperament de retirada, sovint ha estat associada a nivells basals de cortisol, més que a la reactivitat (Gunnar, 2003). Per altra banda, l'afecte negatiu s'ha vist lligat a una major secreció del cortisol en situacions estressants (Schlotz, Schulz, Hellhammer, Stone & Hellhammer, 2006). Es podria entendre que les mesures abans de la tasca, com indica Craske (2003), “representen un estat d'ansietat anticipatòria sobre els propers procediments experimentals, i són representatives de la vulnerabilitat per respondre a una àmplia varietat de situacions amb ansietat elevada” (p. 87). D'aquesta manera, d'acord amb l'autora, la manca d'una associació significativa entre la sensibilitat del SIC i les mesures de cortisol després de la tasca i a nivell reactiu podrien relacionar-se amb el fet que “els individus ansiosos mostren sensibilitat front les condicions estressants, però no una resposta de por exagerada davant senyals explícits” (p. 87). És més, en el nostre estudi, ambdós grups mostren una disminució significativa en els nivells de cortisol d'abans a després de la tasca. En aquesta línia, recentment alguns investigadors han començat a notar un patró potencialment alterat, anomenat “declivi”, durant els estressors de laboratori. Aquest terme es refereix a la disminució del cortisol no només per davall dels nivells d'abans de la tasca (els quals podrien ser elevats per l'anticipació de l'avaluació) sinó també per davall dels nivells basals habituals en aquella hora (Shirtcliff, Granger, Booth, & Johnson, 2005). Altres estudis coincidents amb les nostres troballes han observat aquest declivi tant en grups en risc com en controls sans, així com també en mostres clíniques (Klimes-Dougan et al., 2001; Martel et al., 1999). A banda del paper de l'anticipació en aquests resultats, s'hauria de tenir en compte un altre factor important: el fracàs d'alguns paradigmes clàssics de tasques de laboratori en provocar augments significatius en el cortisol (Gunnar, Talge et al. 2009; Jansen, Beijers, Riksen-Walraven, & de Weerth, 2010). A més, Gunnar, Talge et al. (2009) també concloueren que l'eficàcia de les tasques estressògenes per provocar augments en el cortisol canviaria al

llarg del desenvolupament. En el nostre estudi, la mostra incloïa adolescents de 12 a 17 anys, tots ells exposats a les mateixes tasques de laboratori. En els infants més grans, les tasques de laboratori que amenacen l'autoestima social són especialment útils com a estressors per mesurar la reactivitat del cortisol agut. Això també podria haver contribuït en el fracàs per provocar un augment del cortisol. Una de les possibles limitacions del nostre estudi fou no utilitzar aquest tipus de tasca estressògena; en comptes d'això, utilitzarem les tasques tradicionals per als estudis de sensibilitat al SIC (cost de resposta, exposició a imatges desagradables). Una altra limitació del nostre estudi va ser que la mostra era massa petita; fou molt difícil convèncer a possibles participants del grup control per realitzar avaluacions addicionals en el laboratori. Això podria haver contribuït en el nostre fracàs en identificar diferències entre els grups en risc i control en relació als nivells de cortisol. Com es descriu a continuació, les variables temperamentals i la ruminació es veren associades als nivells de cortisol (almenys abans de la tasca) i, com s'explicava en la secció de resultats i s'indicava anteriorment, varen predir un percentatge significatiu de la variància en les respostes de cortisol. Tal vegada aquestes associacions, tot i ser estadísticament significatives, no són suficientment sòlides per discriminar entre participants en risc i controls; contràriament, potser les diferències només puguin ser detectades amb mostres majors. En qualsevol cas, els resultats del nostre estudi demostren que la mesura dels nivells de cortisol salivar encara no és recomanable en les avaluacions de selecció per a intervencions preventives, dissenyades per detectar participants en risc.

Tot i les limitacions esmentades, un dels resultats més destacats en el nostre estudi es relaciona amb la ruminació. Després de la tasca, els nivells de cortisol només correlacionaren significativament i de forma positiva amb aquest estil de regulació emocional negatiu. A més, com s'indicava en la nostra tercera hipòtesi, la reactivitat del SIC i la ruminació varen predir una quantitat significativa (22,3%) de la variància en els nivells de cortisol abans de la tasca, i després d'aquesta (13,3%), mentre que quan s'inclogué només la reactivitat del SIC en el model, les prediccions foren únicament significatives per als nivells de cortisol abans de la tasca, explicant un 8,6% de la variància. Gunnar, Talge et al. (2009) contempen els estils de regulació emocional, o els recursos disponibles d'afrontament, com una font de les diferències individuals en diversos patrons de resposta de l'eix HPA. Els autors afirmen que “aquestes diferències

poden ser importants per a identificar subgrups d'infants que poden mostrar sensibilitat als augments de cortisol en relació amb els seus companys, fet que potser encaixaria en diferents models de risc i en la capacitat de recuperació pel que fa (p. ex.) al desenvolupament de la psicopatologia” (Gunnar, Talge et al., 2009, p. 964).

La ruminació ha estat considerada un dels principals estils de regulació emocional associats a una elevada activitat de l'eix HPA en adults, pel que, tal vegada pensaments intrusius repetitius perllonguen les respostes fisiològiques a l'estrès (p. ex. Zoccola, Dickerson & Zaldivar, 2008). Una pobre regulació emocional també s'ha trobat en infants amb trastrons d'ansietat (Suveg & Zeman, 2004) i ha estat associada amb símptomes ansiosos i depressius quan apareixia juntament a una elevada freqüència de l'afecte negatiu (Suveg et al., 2009). Concretament, s'ha trobat que la ruminació mediatitza parcialment la relació entre l'afectivitat negativa i els símptomes ansiosos i depressius en adolescents (Muris, Fokke & Kwik, 2009; Verstraeten, Vasey et al., 2009). Com veurem en les perspectives de futur, en el bloc III, aquests resultats animen a continuar estudiant el paper de la regulació emocional negativa en la determinació dels nivells de cortisol salivar.

8. ESTUDI 3. DISTINCIÓ DE JOVES EN RISC DE DESENVOLUPAR TRASTORNS D'ANSIETAT A PARTIR DE LA SENSIBILITAT AUTOINFORMADA DEL SIC I ELS SEUS CORRELATS PSICOFISIOLÒGICS. AVALUACIÓ DE LA RESPOSTA CARDÍACA I L'ACTIVITAT ELECTRODÈRMICA.

8.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis

L'objectiu del present estudi fou investigar els concomitants psicofisiològics (resposta cardíaca i activitat electrodèrmica) de la sensibilitat del sistema d'inhibició conductual (SIC) autoinformada (sensibilitat al càstig, SC). Concretament ens interessava estudiar varies mesures de la resposta cardíaca i la conductància de la pell en joves en risc i sense risc de desenvolupar trastorns d'ansietat. Així com ja s'ha avançat en el capítol 5 (Mètode), el risc venia determinat per les puntuacions en SC, mesurada amb el qüestionari SCSR-J. La mostra final per aquest estudi fou de 20 subjectes en risc (puntuacions superiors al percentil 80 en SC) i 20 subjectes sense risc (puntuacions entre el percentil 20 i el percentil 80 en SC).

Els objectius específics de l'estudi foren:

- a. Estudiar la relació entre la sensibilitat del SIC autoinformada i l'afecte negatiu (mesurat amb el PANASN), la regulació emocional negativa (mesurada amb el CERQ) i la simptomatologia ansiosa (mesurada amb l'SCAS), en adolescents en i sense risc de patir problemes d'ansietat.
- b. Explorar els concomitants psicofisiològics de la sensibilitat del SIC autoinformada en joves en risc i sense risc de desenvolupar trastorns d'ansietat.

Les variables psicofisiològiques que ens interessaven eren:

- La reactivitat de la conductància electrodèrmica sota condicions d'amenaça. S'obtingué a partir del nivell mitjà de conductància durant la condició d'adaptació menys el nivell de conductància durant la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta.

- Les fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell i la seva intensitat en condicions de repòs. Les fluctuacions es puntuaren com el nombre de canvis sobtats superiors a 0,05 μ S durant l'adaptació i els períodes de línia base, i la seva intensitat com la diferència entre els valors màxim i mínim de la fluctuació.
- Les respostes cardíaques a nivell fàsic, mesurades a partir del domini temporal de l'electrocardiograma. S'analitzaren la freqüència cardíaca (batecs per minut), la variabilitat de la freqüència cardíaca (RMSSD) i l'entropia mostral de la freqüència cardíaca (sampEn) durant les condicions d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línia base 1, exposició a imatges desagradables, línia base 2 i exposició a imatges neutres.
- Les respostes cardíaques a nivell tònic, mesurades a partir del domini espectral de l'electrocardiograma. S'analitzaren l'activació simpàtica (a partir de la potència de la banda de baixa freqüència del registre cardíac –LF-) i el to vagal (a partir de la potència de la banda d'alta freqüència del registre cardíac –HF-) durant les condicions de respiracions pautades i línees base.

A partir dels objectius de l'estudi, les hipòtesis que es plantejaren foren:

1. La sensibilitat del SIC autoinformada s'associarà de forma positiva amb l'afecte negatiu, els símptomes d'ansietat i la regulació emocional negativa. A més, els subjectes amb elevada sensibilitat del SIC autoinformada presentaran major afecte negatiu, major regulació emocional negativa i més simptomatologia ansiosa que els subjectes controls.
2. Els joves que puntuïn alt en SC mostraran una major reactivitat de la conductància de la pell (CP) en condicions amenaçants (no-recompensa frustrant, cost de resposta) que els seus companys controls. Per altra banda, mostraran més respostes de CP inespecífiques en les condicions de repòs i/o aquestes respostes seran més intenses. Segons Nikula (1991) "les respostes de CP inespecífiques podrien ser una important eina per al seguiment d'emocions negatives" (p. 89). Crowell et al. (2006) també han utilitzat les fluctuacions inespecífiques en la resposta de la CP com a correlat de trastorns externalitzants en infants, tot i que, pel que sabem no ha estat emprat en infants amb o en risc de trastorns internalitzants.

3. Els joves que puntuen alt en SC mostraran una menor potència de la banda de la LF en condicions de repòs que els participants que puntuen dins del rang Normal en SC. Com ja s'ha introduït abans, la potència de la banda de la LF (és a dir, el component de baixa freqüència de la VFC) és considerada una mesura de l'activació simpàtica, tot i que també es veu influïda per altres variables fisiològiques. La hipòtesi exposa que una elevada SC s'associarà a una menor activació simpàtica en repòs, mentre que una menor SC es relacionarà amb un estat de disposició a actuar degut a la major activitat simpàtica.
4. Els joves que puntuen alt en SC mostraran un menor to vagal (potència de la banda de la HF) en condicions de repòs (línea base i respiració pautaada) que els seus companys amb puntuacions Normals en SC. Un to vagal disminuït, com s'ha explicat en la introducció teòrica, és un marcador àmpliament acceptat de diversos trastorns d'ansietat i, per tant, si una elevada SC és característica de joves en risc per a una sèrie de trastorns, un to vagal disminuït s'hauria de veure en aquests joves.
5. Els joves que puntuen alt en SC mostraran una menor flexibilitat autònoma (menys canvis en les mesures cardíques al llarg de diferents condicions experimentals) que els seus companys controls amb una SC dins la Normalitat. Com també ja s'ha vist, els sistemes sans són aquells que mostren suficient flexibilitat per adaptar-se a les condicions ambientals canviants, pel que la labilitat fisiològica no és un indicador de patologia. Si joves amb una elevada SC estan en risc de patir trastorns d'ansietat, es pot esperar certa manca de flexibilitat en el seu funcionament cardíac.

Així com s'esmentava en la introducció teòrica alguns índexs de la resposta cardíaca s'han vist especialment units a la regulació emocional. Per aquest motiu, i com es veurà tot seguit, l'estil de regulació emocional negativa s'ha controlat per a les anàlisis de les relacions entre la sensibilitat del SIC i les mesures cardíques.

8.2. Anàlisis estadístiques

En la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, d'una durada de 420 segons, es calcularen les mesures fisiològiques per als primers tres minuts.

Pel que fa a la primera hipòtesi, les comparacions entre el grup en risc i el grup control respecte a les variables demogràfiques i psicològiques (reactivitat autoinformada del SIC, simptomatologia ansiosa, i regulació emocional) es realitzaren mitjançant les proves t i χ^2 , per a les dades contínues i categòriques, respectivament. Es calcularen els coeficients de correlació de Pearson per analitzar les relacions entre les variables psicològiques.

Per avaluar si els joves que puntuaven alt en SC mostraven una major reactivitat de la CP baix condicions amenaçants en comparació als joves controls (així com s'indica en la hipòtesis 2), es dugueren a terme comparacions de mitjanes (prova t) de la reactivitat de la CP entre els grups en risc i control. Per explorar si els subjectes que puntuaven alt en SC mostraven més respostes inespecífiques de la CP (fluctuacions i amplitud) en condicions de repòs, es realitzaren anàlisis multivariants de la variància (MANOVA) amb 2 grups (risc i control) i 3 condicions (adaptació, línia base 1 i línia base 2).

Es realitzaren anàlisis multivariants de la covariància (MANCOVA) per comparar les respostes cardíaques entre els grups en risc i control, amb l'estil de regulació emocional negatiu com a covariant.

Pel que fa a les hipòtesis 3 i 4 (els joves que puntuaven alt en SC mostrarien menors potències de les bandes HF i LF que els seus iguals controls en condicions de repòs), s'executaren MANCOVAs amb un disseny 2 (grups en risc i control) x 4 (respiració pautaada 1 i 2, i línia base 1 i 2).

Per a les mesures cardíaques del domini temporal (freqüència cardíaca, VFC, entropia mostral) s'hipotetitza que els joves que puntuaven alt en SC presentarien menys canvis al llarg de les diferents condicions experimentals que els seus companys controls. Per aquest motiu, es dugué a terme una MANCOVA amb disseny 2 (grup en risc i grup control) x 5 (tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línees base 1 i 2, i exposició a imatges desagradables i neutres).

Les mesures amb distribucions que no complien el supost de Normalitat (potències de les bandes d'alta i baixa freqüència i variabilitat de la freqüència cardíaca) es transformaren a \ln abans de dur a terme les anàlisis.

El nivell d'alfa s'establí a ,05 i s'ajustà (Bonferroni) per a les comparacions múltiples.

Totes les anàlisis es dugueren a terme amb el programa SPSS 17.

8.3. Resultats

Variables demogràfiques i psicològiques

Així com mostra la taula 7, els grups en risc i control no diferiren ni per edat ni per sexe.

Les comparacions en les variables psicològiques autoinformades revelaren diferències significatives entre grups. Els participants en risc mostraven sempre majors puntuacions en afecte negatiu, regulació emocional negativa i simptomatologia ansiosa que els controls (veure taula 7). Totes aquestes variables correlacionaren significativament en sentit positiu (veure taula 8).

Taula 7. Comparacions entre grups en les variables demogràfiques i psicològiques

	Control <i>N (%) / M (DE)</i>	Risc <i>N (%) / M (DE)</i>	<i>t(38) / $\chi^2(2)$</i>
Dones	7 (35)	12 (60)	2,506
Edat	13,45 (1,32)	13,89 (1,21)	1,108
Sensibilitat al càstig	5,10 (1,971)	11,30 (1,218)	11,967***
Afecte negatiu	17,70 (2,473)	20,70 (3,614)	3,064**
RE negativa	38,50 (9,785)	46,60 (7,983)	2,869**
Simptomatologia ansiosa	28,90 (15,096)	42,35 (15,806)	2,752**

Nota. RE = regulació emocional.

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

Taula 8. Correlacions de Pearson [interval de confiança] entre les variables psicològiques

	Sensibilitat al càstig	Afecte negatiu	RE negativa	Simptomatologia ansiosa
Afecte Negatiu	,528***	—		
RE negativa	,447**	,514***	—	
Simptomatologia ansiosa	,501***	,514***	,581***	—

Nota. RE = regulació emocional.

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

Reactivitat de la conductància electrodermica

El grup en risc ($M = 4,39$; $DE = 3,94$) i el grup control ($M = 4,97$; $DE = 3,22$) no diferiren en la reactivitat de la CP (μS) durant la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta $t(38) = 0,511$; $p = ,612$.

Fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica

Així com pot observar-se en la taula 9, la MANOVA només mostrà un efecte principal significatiu per a la variable condició. Ni l'efecte principal per grup, ni la interacció grup per condició foren significatius. Els contrastos post-hoc intra-grup mostraren una disminució amb tendència a la significació del nombre de fluctuacions per minut des de la fase d'adaptació a la línia base 2 en el grup control ($p = ,056$), i des de la línia base 1 a la línia base 2 en el grup en risc ($p = .051$). Els contrastos post-hoc entre grups revelaren més respostes inespecífiques de la CP en el grup en risc durant la línia base 2 ($p = ,020$).

Intensitat de les fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica

Pel que fa a la intensitat de les fluctuacions (amplitud de la resposta), cap dels efectes principals fou estadísticament significatiu (veure taula 9), tot i que apareix una tendència a la significació per a l'efecte grup amb una major intensitat de les fluctuacions en el grup en risc respecte al grup control.

Taula 9. Comparacions entre condicions i grups (MANOVA) en les respostes inespecífiques de la CP (nombre de fluctuacions per minut) i en la seva intensitat (μS)

	Adaptació		LB1	LB2	F	p	η^2
	M (DE)	M (DE)					
Fluctuacions electrodermiques inespecífiques	Control	4.00 (3.55)	2.88 (2.01)	2.83 (2.06)	Interacció: $F(2, 37) = 2,17$	,128	,105
	Risc	3.78 (2.40)	4.68 (2.62)	3.50 (3.00)	Grup: $F(1, 38) = 1,11$	,298	,028
					Condicció: $F(2, 37) = 4,03$	,026	,179
Intensitat fluctuacions electrodermiques	Control	0.29 (0.22)	0.35 (0.29)	0.35 (0.20)	Interacció: $F(2, 76) = 0,13$	,874	,004
	Risc	0.44 (0.26)	0.51 (0.44)	0.56 (0.61)	Grup: $F(1, 38) = 3,37$	,074	,081
					Condicció: $F(2, 76) = 1,38$	,259	,035

Nota: LB1 = línia base 1; LB2 = línia base 2.

Freqüència cardíaca

Es realitzà una MANCOVA 2 (grup) x 5 (condició) per investigar les diferències entre grups en freqüència cardíaca. No s'obtingueren efectes principals significatius, ni per al grup ni per a la condició (veure taula 10). Només els participants del grup control mostraren diferències entre les condicions respecte a la freqüència cardíaca, mentre que els subjectes del grup en risc es mantingueren estables. En el grup control, els contrastos post-hoc indicaren que la freqüència cardíaca durant la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta era major que la freqüència cardíaca durant la línia base 1 ($p < ,05$) i durant les imatges desagradables ($p < ,01$). La freqüència cardíaca durant la línia base 2 i l'exposició a imatges neutres també fou major que la mostrada durant l'exposició a imatges desagradables ($p < ,01$).

Variabilitat de la freqüència cardíaca

En relació a la VFC, la MANCOVA no revelà efectes significatius ni per a condició, ni per a grup, ni per a condició per grup (veure taula 10).

Entropia Mostral

La MANCOVA calculada amb els valors de l'entropia mostral revelà un efecte principal significatiu per a la interacció grup per condició (veure taula 10). Els contrastos post-hoc mostraren com el valors de l'entropia del grup control eren majors en la tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta que l'entropia mostral observada en la línia base 1 i durant l'exposició a imatges desagradables ($p < ,05$), l'exposició a imatges neutres ($p < ,01$) i la línia base 2 ($p < ,001$). En canvi, l'entropia del grup en risc es mantingué estable al llarg de les diferents condicions experimentals.

Potència de la banda de HF

La MANCOVA de la potència de HF mostrà un efecte significatiu per grup (veure taula 11). A partir del contrastos post-hoc es veié com el grup control presentava un major to vagal que els participants en risc durant la respiració pautaada 1 ($p < ,01$) i la respiració pautaada 2 ($p < ,05$). No foren significatius ni els efectes principals per a condició ni per a la interacció grup per condició.

Taula 10. Comparacions entre condicions i grups (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en FC, VFC (RMSSD – transformat a \ln -) i entropia mostral

	AS+CR	LB1	ID	LB2	IN	F	p	η^2	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)				
FC	Control	83,67 (15,06)	77,88 (11,43)	76,80 (11,17)	79,52 (12,26)	79,05 (12,09)	Interacció: $F(4, 34) = 1,36$ Grup: $F(1, 37) = 0,11$	,270 ,736	,138 ,003
	Risc	78,77 (9,55)	75,78 (9,63)	74,99 (9,97)	75,92 (10,12)	75,56 (10,32)	Condicció: $F(4, 34) = 2,41$	,068	,221
VFC	Control	3,99 (0,68)	4,01 (0,56)	4,09 (0,72)	3,95 (0,57)	3,90 (0,55)	Interacció: $F(4, 34) = 0,78$ Grup: $F(1, 37) = 1,78$	,545 ,190	,084 ,046
	Risc	3,86 (0,52)	3,83 (0,53)	3,88 (0,44)	3,78 (0,51)	3,83 (0,52)	Condicció: $F(4, 34) = 1,50$	,224	,150
Entropia mostral	Control	,83 (,18)	,73 (,14)	,73 (,18)	,67 (,18)	,73 (,17)	Interacció: $F(4, 148) = 2,92$ Grup: $F(1, 37) = 0,26$	,023 ,610	,073 ,007
$-\ln[A^m(r) / B^m(r)]$	Risc	,79 (,14)	,73 (,16)	,73 (,17)	,77 (,17)	,77 (,12)	Condicció: $F(4, 148) = 0,71$	,585	,019

Nota. FC = freqüència cardíaca; VFC = variabilitat de la freqüència cardíaca; RMSSD = mitjana quadràtica dels quadrats de les diferències successives (*root mean of the squared successive differences*); AS+CR = atenció sostinguda amb cost de resposta; LB1 = línia base 1; ID = imatges desagradables; LB2 = línia base 2; IN = imatges neutres.

Taula 11. Comparacions entre condicions i grups (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en les potències d'alta i baixa freqüència.

		RP1	LB1	LB2	RP2	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
HF	Control	7,71 (0,62)	6,51 (0,77)	6,44 (0,79)	7,53 (0,64)	Interacció: $F(3, 35) = 2,39$	,085	,170
In (bts ² /Hz)	Risc	6,87 (0,95)	6,06 (0,86)	5,83 (0,89)	6,89 (0,82)	Grup: $F(1, 37) = 5,88$	,020	,137
						Condicció: $F(3, 35) = 1,41$	,257	,108
	Comparacions per grups	Control > Risc**			Control > Risc*			
LF	Control	7,17 (0,58)	6,65 (0,49)	6,82 (0,76)	7,53 (0,66)	Interacció: $F(3, 35) = 0,92$	,443	,073
In (bts ² /Hz)	Risc	6,61 (0,59)	6,28 (0,81)	6,02 (0,96)	7,02 (0,62)	Grup: $F(1, 37) = 8,30$	,007	,183
	Comparacions per grup	Control > Risc**		Control > Risc*	Control > Risc*	Condicció: $F(3, 35) = 1,00$	,404	,079

Nota. LF = baixa freqüència; HF = alta freqüència; RP1 = respiració pautaada 1; LB1 = línia base 1; LB2 = línia base 2; RP2 = respiració pautaada 2.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Potència de la banda de LF

Pel que fa a la potència de la banda de LF, la MANCOVA no fou significativa per a l'efecte condició ni per a l'efecte grup per condició. L'efecte principal per a grup va ser significatiu. Els contrastos post-hoc mostraren com el grup control exhibia una major potència de la banda de LF que el grup en risc durant la respiració pautaada 1 ($p < ,01$), la línia base 2 ($p < ,05$), i la respiració pautaada 2 ($p < ,05$).

8.4. Discussió

El present estudi es dirigia a explorar els concomitants psicofisiològics de la reactivitat del SIC autoinformada en joves suposadament en risc de trastorns d'ansietat, a partir de les seves puntuacions elevades en SC.

Així com hipotetitzàvem, coherentment amb estudis previs, el grup en risc manifestà puntuacions més elevades que el grup control en les mesures d'afecte negatiu, estil de regulació emocional negativa i simptomatologia ansiosa. Totes aquestes mesures també correlacionaren positivament de forma significativa.

Contràriament a la nostra segona hipòtesi, els grups no es diferenciaren en la reactivitat de la CP durant la tasca atencional amb cost de resposta així com també havien observat estudis previs (p.ex. Brenner et al., 2005; Colder & O'Connor, 2004). Tal vegada aquest resultat sigui degut a les característiques de la tasca. En aquesta línia, Fowles (1988) estudià els efectes de l'incentiu monetari sobre les respostes cardíaca i electrodermica. Mentre que observà una major freqüència cardíaca davant aquest tipus de tasca, no trobà cap tipus d'efecte sobre la conductància de la pell, resposta prou reactiva front altres tipus de tasca.

En estat basal, en canvi, els participants en risc exhibiren més respostes electrodermiques inespecífiques que el grup control durant la línia base 2. Això, en part, dóna suport a la idea que la mesura d'aquestes respostes inespecífiques podria ser útil per detectar subjectes propensos a experimentar emocions negatives (Nikula, 1991; Crowell et al., 2006).

Pel que fa als concomitants cardíacs, els resultats més destacats són els relacionats amb les mesures del domini de freqüències. En la tercera hipòtesi de l'estudi s'indicava

que els joves que puntuaven alt en SC mostrarien una menor potència de la banda de LF en condicions de repòs (línea base i respiració pautaada) que els participants que puntuaven en un rang Normal en SC, i això és el que hem observat en els nostres resultats. Si consideram la potència de la banda de LF com una mesura de l'activació simpàtica, a partir dels resultats veiem com els subjectes en risc mostraven una baixa activació simpàtica en repòs, cosa que es pot considerar un estat inapropiat de la disposició a actuar (és a dir, una elevada inhibició conductual). Alhora es podria relacionar aquest estat amb certes característiques bàsiques dels trastorns d'ansietat com el predomini de la retirada o inhibició en lloc de conductes proactives. Aquests resultats discrepen dels exposats per Gunnar, Wewerka et al. (2009) a on un major to simpàtic basal –indicat pel període de preejecció, una mesura no contemplada en el nostre estudi– fou associat a una major sensibilitat del SIC.

En la mateixa línia, els participants del grup en risc mostraren un menor to vagal durant períodes basals que el grup control. Això s'ajusta a la nostra quarta hipòtesi, i és especialment interessant donat que un to vagal reduït és un marcador àmpliament acceptat de diversos trastorns d'ansietat. Però, altra vegada, les nostres dades no són del tot consistents amb les de la literatura sobre el SIC en infants i adolescents (veure Blair, 2003; Blair et al. 2004).

En relació a les mesures cardíaques del domini temporal, els resultats referents a la cinquena hipòtesi són variats. Mentre que els grups no es diferenciaren en la VFC en cap de les condicions experimentals, s'ha observat una major flexibilitat global del sistema al llarg de les condicions experimentals en el grup control respecte al grup en risc en la freqüència cardíaca i en l'entropia mostral cardíaca. És necessari subratllar que els participants del grup control mostraren una major irregularitat i complexitat en les seves sèries temporals de la freqüència cardíaca al llarg de la tasca d'atenció amb cost de resposta que en les altres condicions experimentals, mentre que els participants en risc no experimentaren cap canvi al llarg de les condicions. Un patró semblant de flexibilitat es va poder observar en la freqüència cardíaca en el grup control. Aquests resultats ofereixen un suport parcial a la idea general que els sistemes sans necessiten ser flexibles per adaptar-se a les demandes dels ambients canviants. En unes altres paraules, una certa manca de flexibilitat pot ser esperable des de sistemes (participants) menys sans (en risc).

Probablement les troballes més destacades del nostre estudi són aquelles relacionades amb la utilitat de l'avaluació psicofisiològica durant condicions de repòs (línea base i respiració pautaada) i l'anàlisi del patró de reposta de flexibilitat-rigidesa al llarg de diferents condicions, més que la focalització en índexos de reactivitat davant de tasques experimentals específiques. En aquest cas, l'objectiu és diferenciar entre subjectes en base a la seva reactivitat del SIC o, més en general, trobar concomitants fisiològics de l'afectivitat negativa i/o detectar individus que es troben en risc per a trastorns d'ansietat. Així com es revisava en la introducció, la literatura mostra importants incongruències o associacions molt complexes entre la reactivitat del SIC autoinformada, o informada pels cuidadors, i la resposta psicofisiològica durant diferents condicions experimentals. Una possible explicació és que les tasques experimentals seleccionades no són capaços de produir l'activació del SIC, perquè no arriben a captar totalment les característiques que, en la vida quotidiana, provoquen aquesta reacció. Però també seria possible que els joves en risc de patir trastorns d'ansietat poguessin ser detectats mentre romanen en repòs. En la nostra opinió, el fet que les diferències en les potències de LF i HF s'observassin en condicions de repòs és especialment rellevant. Posem un exemple d'un altre tipus: els infants agressius. Serà fàcil de detectar un nin o una nina agressius si els insultam o els colpejam, però podria ser gairebé impossible dir si un infant que es troba assegut o en repòs és agressiu o no. Els adolescents ansiosos baix condicions estressants poden ser més o menys fàcilment identificables, però aquest diagnòstic podria ser detectat massa tard. Una prevenció efectiva requereix eines per detectar joves en risc abans que sorgeixin els problemes, i l'avaluació del to vagal i simpàtic amb un simple registre d'ECG podria ser una d'aquestes eines. Tot plegat concorda amb la hipòtesi de Thayer i Lane (2009) sobre la baixa VFC com un endofenotip dels trastorns d'ansietat. Recordem que els joves de la nostra mostra no patien cap trastorn d'ansietat (malgrat puntuassin alt en el qüestionari de simptomatologia ansiosa), i aquest és un dels requisits d'un endofenotip.

Les respostes cardíques s'han emprat tradicionalment com a marcadors o almenys com a concomitants de la regulació emocional. Per aquesta raó, en el nostre estudi decidírem controlar el possible efecte de l'estil de regulació emocional negatiu de cara a aclarir millor l'associació entre la sensibilitat del SIC i les mesures cardíques. Malgrat tot és necessari tenir en compte, així com s'ha vingut reconeixent de cada

vegada més des de la literatura, i nosaltres hem observat en l'estudi 1, que una elevada afectivitat negativa s'associa amb un major ús d'estils de regulació emocional negatius o disfuncionals.

El nostre estudi presenta una sèrie de limitacions. Per començar, i de forma destacada, reconeixem que la mostra és massa petita. Això es deu, com ja s'ha comentat en la discussió de l'estudi 2, a la gran dificultat per convèncer a potencials participants del grup control per dur a terme avaluacions addicionals en el laboratori. Per altra banda, com ja indicàvem més amunt, seria possible que les tasques experimentals fallassin en l'intent d'elicitar l'activació del SIC per no presentar les característiques que, en el dia a dia, provoquen aquesta reactivitat. Nosaltres utilitzàrem com condicions potencialment estressògenes, una tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta –un procediment tradicional per avaluar la reactivitat del SIC–, i les mateixes 20 imatges desagradables emprades en l'estudi de Leen-Feldner et al. (2004) per estudiar la reactivitat del SIC en joves. Potser de cara a futurs estudis ens haguem de plantejar l'ús d'altres tasques.

Adicionalment, com indicaven Gunnar, Wewerka et al. (2009) en el seu estudi sobre els canvis al llarg del desenvolupament en l'activitat hipotàlamicopituitariadrenal, les mesures de l'activitat simpàtica revelen una modulació simpàtica incrementada amb l'edat. En el nostre estudi, els participants tenen una edat de 12 a 17 anys. D'aquesta manera, es podria suposar que alguns dels resultats obtinguts podrien veure's afectats per l'ampli rang d'edat dels joves, i que amb una mostra amb intervals d'edat menors podrien aparèixer resultats diferents.

Finalment, el nostre estudi, com qualsevol altre que investiga les respostes cardíaques, es veu afectat per algunes qüestions metodològiques. Com vèiem en el tercer capítol de la introducció teòrica, no existeix un total acord sobre quina és la millor mesura del to vagal; mentre que alguns investigadors mesuren l'arítmia sinusal respiratòria, altres prefereixen estimacions espectrals (com en el nostre estudi). Les coses són semblants pel que fa a les mesures del domini temporal, de manera que l'elecció de la mitjana quadràtica dels quadrats de les diferències successives o qualsevol altra de les mesures no és senzill. Afortunadament, el Grup de Treball de la Societat Europea de Cardiologia i la Societat Nord-americana d'Electrofisiologia i

Marcapassos (Task Force, 1996) aporten llum sobre aquests problemes, però molts d'ells encara romanen en estudi.

Els resultats obtinguts en aquest tercer estudi són força esperançadors, pel que fa a un tema de màxima actualitat com són, de forma molt més general, els biomarcadors en Psicologia i Psiquiatria (Singh & Rose, 2009). Reprendrem aquest tema en el darrer bloc del treball.

9. ESTUDI 4. APLICACIÓ D'UN PROGRAMA DE PREVENCIÓ SELECTIVA DELS TRASTORNS D'ANSIETAT EN JOVES SENSIBLES AL CÀSTIG: EFECTES PSICOLÒGICS I PSICOFISIOLÒGICS.

9.1. Introducció a l'estudi, objectius i hipòtesis

En aquest darrer estudi es plantejaren diversos objectius, tots ells amb la finalitat, en darrer terme, d'analitzar l'eficàcia d'un programa breu de prevenció selectiva de l'ansietat en adolescents en risc, aplicat a l'escola. Aquest programa, de poques sessions i dirigit exclusivament als joves, s'havia mostrat parcialment eficaç en estudis previs (Tortella-Feliu et al., 2004; Balle & Tortella-Feliu, 2010), especialment a mig termini (següiments als tres i sis mesos), però tot just tenint en compte mesures autoinformades. Amb aquest nou estudi, ens interessava superar algunes de les limitacions dels estudis anteriors, i anar una passa més enllà en l'anàlisi dels resultats. Així, els objectius plantejats foren:

- a. Estudiar si el programa de prevenció es mostraria eficaç en la reducció dels factors de vulnerabilitat per a l'ansietat autoinformats: sensibilitat al càstig (SC, mesurada amb el SCSR-J), afecte negatiu (mesurat amb el PANASN) i regulació emocional negativa (RE-N, mesurada amb el CERQ). A més, volíem avaluar si també provocaria una disminució en la simptomatologia ansiosa autoinformada (mesurada amb l'SCAS).
- b. Conèixer si el programa provocaria canvis observables pels pares en els símptomes d'ansietat dels adolescents de forma específica (mesurats amb l'SCAS-P), i en els problemes internalitzants (mesurats amb els CBCL), de forma més general.
- c. Analitzar si l'aplicació del programa evitaria l'aparició de trastorns d'ansietat, auto i heteroinformats (pels pares), un any després de la intervenció.
- d. Valorar l'efecte de la intervenció sobre les mesures fisiològiques en les quals s'havien observat diferències entre grups en risc i sense risc al pretractament (veure estudi 3).

Les variables psicofisiològiques es registraven durant una tasca de laboratori amb diferents condicions experimentals (per a una descripció detallada veure capítol 5). Per a aquest estudi només es tingueren en compte les variables i les condicions de la tasca en les quals s'havien obtingut diferències estadísticament significatives entre subjectes en risc i sense risc (veure estudi 3).

Tant les variables psicofisiològiques com les condicions en les que s'analitzaren s'indiquen a continuació.

- Les fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica i la seva intensitat en condicions basals. Es puntuaren com el nombre de fluctuacions per minut superiors a $0,05 \mu\text{S}$, i la intensitat s'obtingué a partir de la diferència entre els seus valors màxim i mínim. Només es tingueren en compte durant els períodes de línia base.
- Les respostes cardíques a nivell fàsic, mesurades a partir del domini temporal de l'electrocardiograma. S'analitzaren, per a aquest estudi, la freqüència cardíaca (batecs per minut) i l'entropia mostral de la freqüència cardíaca (sampEn) durant les condicions d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línia base 1, exposició a imatges desagradables, línia base 2 i exposició a imatges neutres.
- Les respostes cardíques a nivell tònic, mesurades a partir del domini espectral de l'electrocardiograma. S'analitzaren l'activació simpàtica (a partir de la potència de la banda de baixa freqüència del registre cardíac, LF) i el to vagal (a partir de la potència de la banda d'alta freqüència del registre cardíac, HF) durant les condicions de respiració pautaada.

Per dur a terme l'estudi, els 41 subjectes suposadament en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat (puntuacions superiors al percentil 80 en sensibilitat al càstig), que havien acceptat participar en l'estudi, foren assignats aleatòriament (aleatorització estratificada controlant per edat i sexe) a un grup al què s'aplicaria el programa de prevenció ($n = 21$) o a un grup en llista d'espera ($n = 20$). Els 20 subjectes sense risc (puntuacions entre el percentil 20 i el percentil 80 en sensibilitat al càstig), formaren part d'un grup control Normal.

Es dugueren a terme tres avaluacions de les variables psicològiques i psicofisiològiques: abans de l'aplicació del programa de prevenció (veure capítol 5 per a una descripció detallada del programa), després de la intervenció i en un seguiment als 12 mesos.

Un cop finalitzada la darrera avaluació s'aplicà el programa preventiu al grup en llista d'espera i al grup control Normal.

A partir dels objectius de l'estudi, les hipòtesis plantejades foren les següents:

1. L'aplicació del programa provocarà reduccions significatives en el grup de prevenció després de l'aplicació del programa en les mesures autoinformades (SC, afecte negatiu, RE-N i simptomatologia ansiosa) i heteroinformades (problemes internalitzants i simptomatologia ansiosa segons els pares). Els resultats es mantindran al cap d'un any. En canvi els grups en llista d'espera i control Normal no experimentaran canvis estadísticament significatius en cap de les mesures autoinformades ni heteroinformades.
2. El grup de prevenció i el grup control Normal no presentaran diferències significatives en les mesures psicològiques autoinformades i heteroinformades, després de l'aplicació del programa ni 12 mesos més tard. Per altra banda, el grup de prevenció puntuarà més baix que el grup en llista d'espera en totes aquestes mesures, al posttractament i al seguiment.
3. Els participants del grup d'intervenció continuaran sense presentar cap trastorn d'ansietat un any després de l'aplicació del programa, mentre que algun/s participant/s del grup en llista d'espera n'hauran desenvolupat un o més.
4. El grup de prevenció mostrarà canvis estadísticament significatius a nivell psicofisiològic després de la intervenció que es mantindran 12 mesos després. Aquests canvis es manifestaran en: (a) menor nombre de fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell i de menor intensitat a nivell basal (b) major to vagal (HF) i major activació simpàtica (LF), en situacions de repòs amb respiració pautaada; (c) major flexibilitat en els patrons de la freqüència cardíaca i de l'entropia mostral a nivell fàsic (canvis al llarg de les diferents condicions experimentals). En els grups en llista d'espera i control Normal no s'esperen canvis significatius ni en les respostes cardíques ni en l'activitat electrodermica.

9.2. Anàlisis estadístiques

Es realitzaren una prova *t* i una prova Khi-quadrat per avaluar les diferències entre grups de tractament respecte a l'edat i el sexe.

Per a l'anàlisi dels efectes de la intervenció en les variables psicològiques (auto i heteroinformades) es realitzaren anàlisis multivariants de la variància factorial mixtes (MANOVAs), en disseny 3x3 d'un factor entre (grup) amb tres categories o nivells (grup de prevenció, grup en llista d'espera i grup control Normal) i un factor intra (temps), també amb tres nivells (pre-intervenció, post-intervenció i seguiment als 12 mesos). Després de l'anàlisi dels efectes principals, s'examinaren els resultats comparant els nivells de cada factor, a partir de contrastos multivariats.

Mitjançant proves Khi-quadrat, es compararen els grups respecte a la presència d'algun diagnòstic de trastorn d'ansietat (absent, probable, definitiu), informat pels joves i pels pares. Aquesta anàlisi es dugué a terme per als diagnòstics abans de la intervenció i 12 mesos després.

Es calculà la significació clínica dels canvis observats en els diferents grups per a tres de les variables autoinformades (SC, RE-N i simptomatologia ansiosa) mitjançant l'Índex de Significació Clínica de Jacobson & Truax (1991). No fou possible l'obtenció d'aquest índex per a l'afecte negatiu degut a la manca d'informació necessària per al seu càlcul (l'autor no facilita la fiabilitat test-retest de l'instrument de mesura – PANASN-, Sandín, 2003). També s'obtingué el percentatge de reducció simptomàtica per a totes les variables autoinformades avaluades.

Per a l'avaluació dels possibles efectes fisiològics de la intervenció, s'analitzaren únicament aquelles variables en les què s'havien observat diferències entre grups abans de l'aplicació del programa (veure estudi 3).

Es dugueren a terme MANOVAs (3x3) per comparar els grups en els diferents moments d'avaluació respecte a les fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermàtica i la seva intensitat, durant les condicions línia base 1 i línia base 2.

Per controlar el possible efecte de la regulació emocional sobre els resultats referents a les respostes cardíaques, es realitzaren anàlisis multivariants de la covariància (MANCOVAs) per comparar aquestes respostes entre els tres grups al llarg dels tres moments d'avaluació, amb l'estil de RE-N com a covariant.

Per a l'anàlisi de les mesures espectrals de la resposta cardíaca (potències de les bandes d'alta -HF- i baixa freqüència -LF-), s'executaren MANCOVAs amb un disseny

3 (grup experimental, grup en llista d'espera i grup control Normal) x 3 (preintervenció, postintervenció i seguiment) d'ambdues mesures en les tasques respiració pautaada 1 i respiració pautaada 2.

Respecte a les mesures cardíaques del domini temporal (freqüència cardíaca i entropia mostral) ens interessava conèixer el patró de resposta a nivell fàsic (entre tasques) dels tres grups, abans i després de la intervenció, i als 12 mesos. Per aquest motiu, es dugué a terme una MANCOVA per a cada mesura amb un disseny 3 (pre, post i seguiment) x 5 (tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línees base 1 i 2, i exposició a imatges desagradables i neutres) x 3 (grup experimental, grup en llista d'espera i grup control Normal).

Les mesures amb distribucions que no complien el supost de Normalitat (HF i LF) es transformaren a *ln* abans de dur a terme les anàlisis.

El nivell α s'establí a ,05 i s'ajustà (Bonferroni) per a les comparacions múltiples.

Totes les anàlisis es realitzaren amb el programa SPSS 17.

9.3. Resultats

A partir de l'anàlisi de dades, no es trobaren diferències entre grups respecte a l'edat ($F(2,57) = 2,25; p = ,11 ns$), però sí se'n trobaren per al sexe ($\chi^2 = 12,73, p < ,01$). El grup control Normal comptava amb més homes que els altres dos grups. Si eliminàvem aquest grup de l'anàlisi, el grup de prevenció i el grup en llista d'espera no mostraven diferències respecte a aquesta variable ($\chi^2 = 2,97, p = ,085 ns$).

9.3.1. Variables psicològiques

Variables avaluades mitjançant qüestionaris

Pel que fa a les mesures autoinformades (veure taula 12), en l'avaluació abans de la intervenció, el grup de prevenció i el grup en llista d'espera presentaren puntuacions majors a les del grup control Normal en totes les variables (SC, afecte negatiu, RE-N i simptomatologia ansiosa). Després de la intervenció, aquestes diferències es mantingueren per a la SC i la RE-N, mentre que no s'observaren diferències estadísticament significatives entre els tres grups ni en l'afecte negatiu, ni en la simptomatologia ansiosa. Al seguiment, 12 mesos després, només el grup en llista d'espera obtingué puntuacions majors que el grup control Normal en SC i simptomatologia ansiosa, mentre que el grup de prevenció i el control Normal no mostraren diferències estadísticament significatives en aquestes variables. En aquesta

darrera avaluació, no s'observaren diferències entre els tres grups en afecte negatiu i RE-N.

Quant a l'evolució dels grups al llarg dels tres moments d'avaluació, el grup de prevenció minvà significativament les puntuacions en SC i simptomatologia ansiosa del pre al posttractament, mentre que en afecte negatiu i RE-N es mantingué estable. Al seguiment als 12 mesos, aquest grup, que havia rebut intervenció preventiva, disminuï les puntuacions en totes les variables autoinformades (SC, afecte negatiu, RE-N i simptomatologia ansiosa) respecte a l'avaluació pretractament. Els grups en llista d'espera i control Normal mantingueren estables les puntuacions en totes les variables al llarg de les tres avaluacions.

Respecte a les mesures heteroinformades pels pares (veure taula 12), no s'observaren diferències entre grups ni en la simptomatologia ansiosa ni en els problemes internalitzants, en cap dels moments d'avaluació. El grup de prevenció mantingué estables les puntuacions en simptomatologia ansiosa del pre al posttractament, i les minvà del posttractament al seguiment; mentre que els altres dos grups les mantingueren estables al llarg dels tres moments d'avaluació. Per altra banda, cap grup manifestà canvis en els problemes internalitzants al llarg de les avaluacions.

A part d'analitzar els resultats atenent a la seva significació estadística, també s'analitzà la seva significació clínica en la sensibilitat al càstig, la regulació emocional negativa i la simptomatologia ansiosa (veure taula 13).

Com es pot apreciar a la taula 13, cap subjecte es recuperà. Per aquest motiu, s'eliminà aquesta categoria de les anàlisis posteriors. En totes les variables avaluades, el percentatge de subjectes que milloraren sempre fou més elevat en el grup de prevenció que en els altres dos grups en el posttractament, però especialment en el seguiment. De fet, els percentatges de millora més elevats s'observaren als 12 mesos en la sensibilitat al càstig i en la simptomatologia ansiosa en el grup de prevenció. Els grups en llista d'espera i control Normal es mantingueren més estables que el grup que rebé intervenció tant al post com al seguiment. Quant al nombre de subjectes que empitjoraren, el major percentatge s'observà en el grup en llista d'espera amb un 14,3% d'empitjoraments en sensibilitat al càstig i en simptomatologia ansiosa, després de 12 mesos de la intervenció.

Taula 12. Comparacions entre grups i moments d'avaluació (MANOVA), en les mesures psicològiques

		M (SD)			F	Comparacions per parells
	n	PRE	POST	SEG		
Sensibilitat al càstig						
		Moment per grup $F(4, 86) =$				Grup de prevenció:
PREV	17	11,47 (1,42)	8,29 (4,48)	7,24 (4,44)	1,324	PRE > POST, SEG**
LLE	14	11 (0,877)	9 (4,35)	8,86 (4,64)	Moment $F(2, 42) =$	Grup en LLE: ns
CN	15	5,33 (1,95)	4,4 (3,2)	3,67 (3,04)	11,869***	Grup Control Normal: ns
		Grup $F(2, 43) = 14,172***$				PRE: PREV, LLE > CN***
						POST: PREV, LLE > CN*
						SEG: LLE > CN*
Afecte negatiu						
		Moment per grup $F(4, 86) =$				Grup de prevenció:
PREV	17	21,94 (3,03)	19,76 (3,83)	18,82 (4,23)	1,606	PRE > SEG**
LLE	14	21,86 (4,45)	20,36 (5,08)	20,43 (4,86)	Moment $F(2, 42) = 4,799*$	Grup en LLE: ns
CN	15	18,40 (1,76)	19 (1,93)	18,13 (2,95)	Grup $F(2, 43) = 2,197$	Grup Control Normal: ns
						PRE: PREV, LLE > CN**
						POST: ns
						SEG: ns

(continua)

Taula 12. Comparacions entre grups i moments d'avaluació (MANOVA), en les mesures psicològiques (continuació)

		M (SD)				F	Comparacions per parells
	n	PRE	POST	SEG			
Regulació emocional							
negativa							
PREV	17	48,65 (5,82)	44,65 (8,05)	41,65 (9,96)	Moment per grup $F(4, 86) = 0,742$	Grup de prevenció: PRE > SEG*	
LLE	14	46,71 (10,49)	45 (9,06)	44,07 (10,25)	5,707**	Grup en LLE: ns Grup Control Normal: ns	
CN	15	38,6 (10,21)	36,27 (6,79)	35,93 (7,21)	Grup $F(2, 43) = 6,35^{**}$	PRE: PREV > CN***; LLE > CN ($p = ,056$) POST: PREV, LLE > CN* SEG: ns	
Síntomatologia ansiosa							
PREV	17	48,88 (17,26)	37,94 (22,52)	30,06 (19,22)	Moment per grup $F(4, 86) = 1,993$	Grup de prevenció: PRE > POST, SEG*	
LLE	14	42,29 (15,27)	37 (17,21)	39,36 (18,30)	Moment $F(2, 42) = 7,53^{**}$	Grup en LLE: ns Grup Control Normal: ns	
CN	15	31,60 (15,57)	24,07 (12,89)	22,6 (14,17)	Grup $F(2, 43) = 4,031^*$	PRE: PREV > CN*** POST: ns SEG: LLE > CN*	

(continua)

Taula 12. Comparacions entre grups i moments d'avaluació (MANOVA), en les mesures psicològiques (continuació)

		M (SD)				F	Comparacions per parells
	n	PRE	POST	SEG			
Sintomatologia ansiosa							
(Pares)						Moment per grup $F(4, 86) =$	Grup de Prevenció:
	PREV	17	15,18 (12,85)	17,35 (12,77)	11,65 (7,82)	0,740	POST > SEG**
	LLE	14	11,50 (8,74)	15,07 (9,79)	12,29 (8,65)	Moment $F(2, 86) = 6,913^{**}$	Grup en LLE: ns
	CN	15	11,93 (6,09)	14,07 (12,69)	10,67 (7,91)	Grup $F(1, 43) = 0,320$	Grup Control Normal: ns
Problemes internalitzants							
(Pares)						Moment per grup $F(4, 86) =$	
	PREV	17	11,35 (8,22)	12,47 (8,94)	9,71 (7,79)	1,115	
	LLE	14	12,43 (9,79)	9,93 (7,75)	11 (10)	Moment $F(2, 58) = 2,437$	
	CN	15	10,93 (7,75)	11,27 (9,27)	7,87 (6,16)	Grup $F(1, 43) = 0,114$	

Nota: PREV = grup de prevenció; LLE = llista d'espera; CN = grup control Normal; PRE = avaluació abans de la intervenció; POST = avaluació després de la intervenció; SEG = avaluació de seguiment un any després de la intervenció; ns = no significatiu

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Per analitzar la relació entre el grup i la significació clínica es calculà l'estadístic Khi-Quadrat per al posttractament i per al seguiment (veure taula 13). A partir dels valors obtinguts, al seguiment es pot apreciar una relació significativa entre la Millora Clínica Significativa (les categories "millora", "manté" i "empitjora") i el grup d'intervenció, en sensibilitat al càstig i simptomatologia ansiosa.

Taula 13. Millora Clínica Significativa al post-tractament i al seguiment als 12 mesos per a la sensibilitat al càstig, la regulació emocional negativa i la simptomatologia ansiosa.

		POST			12 MESOS		
		Millora	Manté	Empitjora	Millora	Manté	Empitjora
Sensibilitat al càstig	Experimental	29,4% (n = 5)	70,6% (n = 2)	0% (n = 0)	47,1% (n = 8)	52,9% (n = 9)	0% (n = 0)
	LLE	28,6% (n = 4)	71,4% (n = 0)	0% (n = 0)	21,4% (n = 3)	64,3% (n = 9)	14,3% (n = 2)
	Control	13,3% (n = 2)	86,7% (n = 13)	0% (n = 0)	13,3% (n = 2)	86,7% (n = 13)	0% (n = 0)
	χ^2 (gl)	1,372 (2)			9,485 (4)*		
Regulació emocional negativa	Experimental	11,8% (n = 2)	88,2% (n = 15)	0% (n = 0)	11,8% (n = 2)	82,4% (n = 14)	5,9% (n = 1)
	LLE	7,1% (n = 1)	92,9% (n = 13)	0% (n = 0)	7,1% (n = 1)	85,7% (n = 12)	7,1% (n = 1)
	Control	0% (n = 0)	100% (n = 15)	0% (n = 0)	6,7% (n = 1)	93,3% (n = 14)	0% (n = 0)
	χ^2 (gl)	1,822 (2)			1,404 (4)		
Simptomatologia ansiosa	Experimental	29,4% (n = 5)	64,7% (n = 11)	5,9% (n = 1)	41,2% (n = 7)	58,8% (n = 10)	0% (n = 0)
	LLE	7,1% (n = 1)	92,9% (n = 13)	0% (n = 0)	7,1% (n = 1)	78,6% (n = 11)	14,3% (n = 2)
	Control	13,3% (n = 2)	86,7% (n = 13)	0% (n = 0)	13,3% (n = 2)	86,7% (n = 13)	0% (n = 0)
	χ^2 (gl)	4,97 (2)			10,28 (4)*		

* $p < ,05$

Pel que fa a les variables autoinformades, finalment es calcularen els percentatges de reducció simptomàtica (taula 14). Els de la sensibilitat al càstig, l'afecte negatiu i la regulació emocional negativa foren majors en el grup de prevenció que en els altres dos grups, tant després de la intervenció com al seguiment. La reducció de la simptomatologia ansiosa fou molt superior en el grup de prevenció respecte al grup en llista d'espera (més del doble al post, i més del quàdruple al seguiment), però s'apropà molt a la reducció del grup control Normal, en els dos moments d'avaluació. Les reduccions simptomàtiques més elevades foren al seguiment en la sensibilitat al càstig (grup de prevenció) i en la simptomatologia ansiosa (grups de prevenció i control Normal).

Taula 14. Percentatges de reducció simptomàtica en sensibilitat al càstig, afecte negatiu, regulació emocional negativa i simptomatologia ansiosa del pre al post-tractament i del pre-tractament al seguiment per als tres grups.

		PRE-POST	PRE-SEGUIMENT
Sensibilitat al càstig	Experimental	27,72%	36,88%
	Llista d'espera	18,18%	19,45%
	Control Normal	17,45%	31,14%
Afecte negatiu	Experimental	9,94%	14,22%
	Llista d'espera	6,86%	6,54%
	Control Normal	-3,26%	1,47%
Regulació emocional negativa	Experimental	8,22%	14,39%
	Llista d'espera	3,66%	5,65%
	Control Normal	6,04%	6,92%
Simptomatologia ansiosa	Experimental	26,40%	28,21%
	Llista d'espera	12,51%	6,93%
	Control Normal	23,83%	28,48%

Diagnòstic de trastorns d'ansietat

En relació als diagnòstics de trastorns d'ansietat s'analitzà la informació de les entrevistes amb els joves i amb els pares per separat, abans de l'aplicació del programa i 12 mesos després (veure taula 15). Segons les entrevistes amb els joves del grup de prevenció, els subjectes amb diagnòstic d'ansietat probable minvaren del pretractament al seguiment, en canvi en el grup en llista d'espera, els diagnòstics probables es mantingueren estables. En aquest mateix grup, al seguiment apareixé un diagnòstic definitiu, absent abans de la intervenció. En el grup control Normal, s'observà un diagnòstic probable en la primera avaluació, i augmentà a dos als 12 mesos. La presència o absència de diagnòstic es relacionà amb el grup d'intervenció abans dels tractament ($\chi^2(2) = 7,14; p = ,028$) i mostrà una tendència a la significació al seguiment ($\chi^2(4) = 9,11; p = ,058$).

Taula 15. Diagnòstic de trastorns d'ansietat segons l'entrevista K-SADS amb els adolescents i els pares

		PRE			SEGUIMENT		
		Absent	Probable	Definitiu	Absent	Probable	Definitiu
Entrevista joves	PREV (n = 17)	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0	14 (82,4%)	3 (17,6%)	0
	LLE (n = 14)	7 (50%)	7 (50%)	0	6 (42,9%)	7 (50%)	1 (7,1 %)
	CN (n = 15)	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0	13 (86,7%)	2 (13,3%)	0
Entrevista pares	PREV (n = 17)	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0	14 (82,4%)	3 (17,6%)	0
	LLE (n = 14)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0
	CN (n = 15)	12 (80%)	3 (20%)	0	12 (80%)	3 (20%)	0

Nota: PREV = grup de prevenció; LLE = grup en llista d'espera; CN = grup control Normal

Segons l'entrevista amb els pares, els subjectes amb diagnòstic d'ansietat probable del grup de prevenció minvaren del pretractament al seguiment, mentre que els del grup en llista d'espera augmentaren. Dels controls Normals, els subjectes amb diagnòstic probable es mantingueren. A partir de la informació facilitada pels pares, no s'observà relació entre la presència de diagnòstic d'ansietat i els grups ni abans de l'aplicació del programa ($\chi^2(2) = 1,019; p = ,601$), ni 12 mesos després ($\chi^2(2) = 2,96; p = ,228$).

9.3.2. Variables fisiològiques

Així com s'indicava a l'apartat d'anàlisis estadístiques d'aquest quart estudi, només s'analitzaren aquelles variables fisiològiques en les quals s'havien observat diferències estadísticament significatives entre el grup en risc i el grup sense risc en l'estudi 3.

Fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica i la seva intensitat

Les MANOVAs (3x3) en les fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell no mostraren diferències entre grups en cap dels moments d'avaluació, ni durant la línia base 1, ni la línia base 2 (veure taula 16). En la línia base 1, el grup de prevenció minvà el nombre de fluctuacions del post al seguiment, i el grup en llista d'espera ho va fer del pre al seguiment, mentre que el grup control Normal es mantingué estable. En la segona línia base, el grup d'intervenció augmentà el nombre de respostes inespecífiques de la conductància del pre al posttractament i els minvà al seguiment, mentre que el grup control Normal també els disminuí del post al seguiment. El grup en llista d'espera es mantingué estable.

En relació a la intensitat d'aquestes fluctuacions, tampoc s'observaren diferències entre grups en cap de les dues condicions experimentals, ni en els moments d'avaluació (veure taula 16). Tant el grup de prevenció com el grup en llista d'espera augmentaren l'amplitud de les seves respostes durant la línia base 1 d'abans a després de la intervenció, i la disminuïren al seguiment. El grup control Normal mostrà la mateixa davallada del post al seguiment. Durant la línia base 2, el grup de prevenció repetí el mateix patró que en la primera línia base, augment de pre a post i disminució de post a seguiment, mentre que els altres dos grups es mantingueren estables.

Taula 16. Comparacions entre grups i moments d'avaluació durant les línies base 1 i 2 (MANOVA), en el número de fluctuacions inespecífiques per minut de la conductància electrodermica i la seva intensitat (μS).

		M (SD)					
		n	PRE	POST	SEG	F	Comparacions per parells
Fluctuacions a LB1							
PREV	17	3,5 (2,47)	4,26 (3,34)	2,29 (2,19)	0,410	Moment per grup $F(4, 86) =$	PREV: POST > SEG*
LLE	14	4,25 (2,92)	4,03 (2,67)	2,07 (2,25)		Moment $F(2, 86) =$	LLE: PRE > SEG*
CN	15	2,8 (2,14)	3,53 (2,75)	1,7 (1,44)	11,751***		CN: ns
						Grup $F(2, 43) = 0,713$	
Fluctuacions a LB2							
PREV	17	2,35 (2,16)	4,15 (2,63)	2,03 (1,56)	1,126	Moment per grup $F(4, 86) =$	PREV: POST > SEG**
LLE	14	4,14 (2,54)	3,89 (2,18)	3,07 (2,61)			LLE: ns
CN	15	2,77 (2,20)	3,90 (2,83)	1,8 (1,81)		Grup $F(2, 43) = 1,395$	Moment $F(2, 86) = 8,05***$ CN: POST > SEG*

(continua)

Taula 16. Comparacions entre grups i moments d'avaluació durant les línies base 1 i 2 (MANOVA), en el número de fluctuacions inespecífiques de la conductància electrodermica i la seva intensitat (μS) (continuació).

Intensitat de les fluctuacions a LB1		Moment per grup $F(1, 27) =$		PREV: POST > PRE,	
		1,117			SEG*
PREV	17	0,345 (0,309)	0,682 (0,613)	0,275 (0,215)	LLE: POST > PRE,
LLE	14	0,555 (0,496)	1,052 (0,571)	0,304 (0,492)	SEG**
CN	15	0,375 (0,314)	0,675 (0,421)	0,291 (0,321)	CN: POST > SEG*
Intensitat de les fluctuacions a LB2		Moment per grup $F(4, 86) =$		PREV: POST > PRE,	
		0,255			SEG*
PREV	17	0,33 (0,321)	0,903 (1,137)	0,383 (0,489)	LLE: ns
LLE	14	0,687 (0,686)	1,045 (0,572)	0,589 (0,552)	CN: ns
CN	15	0,355 (0,225)	0,702 (0,563)	0,351 (0,344)	Grup $F(2, 43) = 2,222$

Nota: LB = línia base; PREV = grup de prevenció; LLE = grup en llista d'espera; CN = grup control Normal; PRE = avaluació abans de la intervenció; POST = avaluació després de la intervenció; SEG = avaluació de seguiment un any després de la intervenció.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

HF de la resposta cardíaca

S'analitzà la potència de la banda d'alta freqüència davant les condicions de respiració pautaada 1 i 2 per separat, en cadascun dels moments d'avaluació, controlant l'efecte de la regulació emocional negativa (dues MANCOVAs 3x3). Durant la primera respiració pautaada, no s'observaren diferències entre grups en cap dels moments d'avaluació. Els grups d'intervenció i en llista d'espera es mantingueren estables al llarg dels tres moments, mentre que el grup control minvà la seva resposta de pre a post ($p < ,05$) i continuà minvant, fins a també assolir una diferència significativa entre la pre-intervenció i el seguiment ($p < ,05$). Davant la segona respiració pautaada no s'observaren diferències entre grups en la HF en cap dels moments d'avaluació, i tots ells es mantingueren estables des d'abans del tractament fins a 12 mesos després.

LF de la resposta cardíaca

Igual que per a la potència de la banda d'alta freqüència, s'analitzà la de baixa freqüència davant les condicions de respiració pautaada 1 i 2 per separat, en els tres moments d'avaluació, controlant l'efecte de la regulació emocional negativa (MANCOVAs 3x3). No es trobaren diferències significatives entre grups ni entre moments d'avaluació, davant cap de les condicions experimentals.

Freqüència cardíaca

Per avaluar els possibles canvis en la flexibilitat de la freqüència cardíaca del grup d'intervenció en comparació als altres dos grups, es realitzà una MANCOVA 3 (moment) x 5 (tasca) x 3 (grup), controlant l'efecte de la regulació emocional negativa. Es mostren els patrons de resposta en la Figura 7, mentre que els efectes principals i d'interacció es presenten en la taula 18. Cap dels efectes principals (moment, tasca, grup) ni la interacció entre ells (moment x grup, tasca x grup, moment x tasca, moment x tasca x grup) es mostraren significatius. Tot i aixó, alguns efectes simples rellevants per a les nostres hipòtesis presentaren significació estadística. Tant el grup d'intervenció com el grup en llista d'espera mantingueren un patró inflexible davant les tasques (no s'obtingueren diferències entre tasques), en tots els moments d'avaluació. En canvi el grup control Normal mostrà una major flexibilitat, amb diferències entre les tasques, abans de la intervenció i 12 mesos després, mentre que al post es mostrà inflexible. Al pretractament, els subjectes control presentaren una major freqüència cardíaca davant la

Taula 17. Comparacions entre grups i moments d'avaluació durant les respiracions pautades 1 i 2 (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en els components espectrals d'alta i baixa freqüència de la resposta cardíaca (transformació logarítmica)

		M (SD)				
		n	PRE	POST	SEG	F
Alta freqüència a RP1						
PREV	17	7,02 (1,17)	6,92 (0,96)	7,17 (1,22)	Moment per grup $F(4, 84) = 2,689^*$	
LLE	14	7,03 (0,79)	6,66 (0,71)	6,95 (0,66)	Moment $F(2, 84) = 0,818$	
CN	15	7,74 (0,64)	7,19 (0,86)	7,30 (0,86)	Grup $F(2, 42) = 0,684$	
Alta freqüència a RP2						
PREV	17	7,13 (0,89)	7,05 (0,77)	7,25 (0,83)	Moment per grup $F(4, 84) = 0,605$	
LLE	14	6,86 (0,76)	6,81 (0,63)	6,92 (0,87)	Moment $F(2, 84) = 1,604$	
CN	15	7,59 (0,64)	7,26 (0,62)	7,29 (0,63)	Grup $F(2, 42) = 1,494$	
Baixa freqüència RP1						
PREV	17	6,50 (1,19)	6,75 (1,06)	6,67 (0,99)	Moment per grup $F(4, 84) = 0,969$	
LLE	14	6,97 (0,69)	7,10 (0,59)	6,84 (0,68)	Moment $F(2, 84) = 0,848$	
CN	15	7,10 (0,51)	7,08 (0,77)	6,88 (0,62)	Grup $F(2, 42) = 0,912$	
Baixa freqüència RP2						
PREV	17	7,16 (0,84)	7,53 (0,68)	7,34 (0,56)	Moment per grup $F(4, 84) = 0,646$	
LLE	14	7,16 (0,64)	7,47 (0,69)	7,34 (0,71)	Moment $F(2, 84) = 0,252$	
CN	15	7,44 (0,61)	7,43 (0,64)	7,46 (0,68)	Grup $F(2, 42) = 0,124$	

Nota: RP = respiració pautada; PREV = grup de prevenció; LLE = grup en llista d'espera; CN = grup control Normal; PRE = avaluació abans de la intervenció; POST = avaluació després de la intervenció; SEG = avaluació de seguiment un any després de la intervenció.

* $p < ,05$

tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta que davant la línia base 1 i les imatges desagradables ($p < ,05$). A més, aquesta freqüència cardíaca també fou més elevada durant la línia base 2 que durant la línia base 1. Dotze mesos després, la freqüència cardíaca fou major durant la segona línia base que durant la tasca d'imatges desagradables ($p < ,05$).

Figura 7.

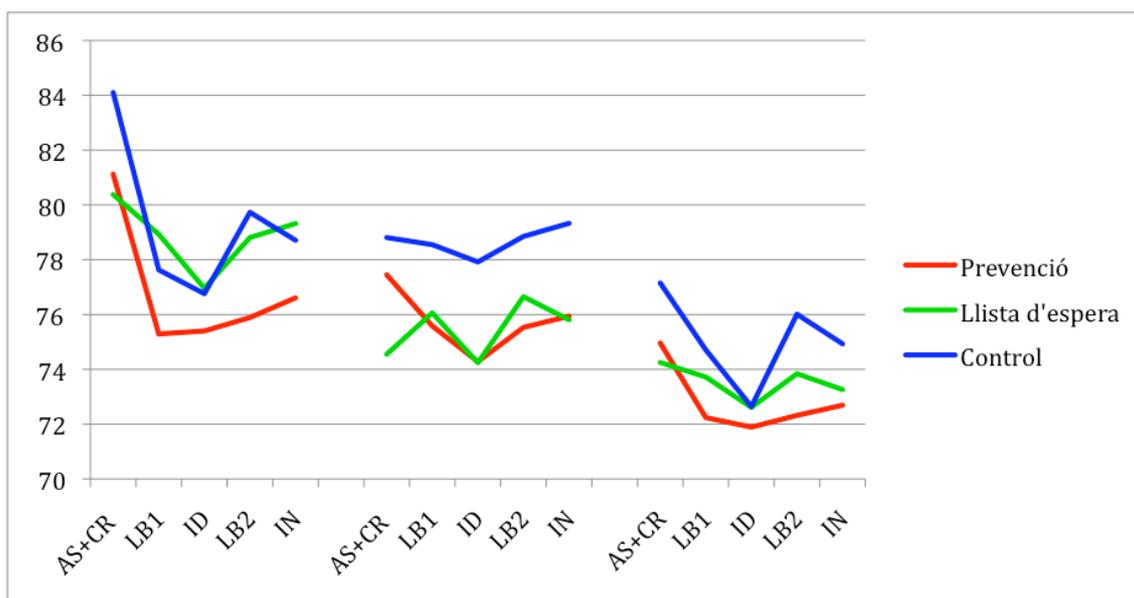


Figura 7. Puntuacions mitjanes en freqüència cardíaca (bats/minut) dels diferents grups davant les condicions experimentals, abans (esquerra), després (centre) i passats 12 mesos (dreta) des de la intervenció. AS+CR = tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, LB1 = línia base 1, ID = imatges desagradables, LB2 = línia base 2, IN = imatges neutres.

Entropia mostral de la resposta cardíaca

Per a l'avaluació dels possibles canvis en l'entropia mostral es dugué a terme la mateixa anàlisi que per a la freqüència cardíaca (MANCOVA 3x5x3 controlant per REN). En la figura 8 es mostren els patrons de resposta de l'entropia mostral de la freqüència cardíaca, mentre que els efectes principals i d'interacció es presenten també en la taula 18. En relació als efectes principals i d'interacció, igual que per a la freqüència cardíaca, tampoc s'obtingueren diferències estadísticament significatives. Però en la mateixa línia, també es trobaren alguns efectes simples amb significació

estadística d'interès per a les hipòtesis. De la mateixa manera que amb la freqüència cardíaca, els grups experimental i en llista d'espera mostraren inflexibilitat (no diferències entre tasques) en l'entropia de la seva resposta cardíaca durant l'exposició a les tasques en els tres moments d'avaluació. Per la seva banda, el grup control Normal tornà a mostrar una major flexibilitat de la resposta abans de la intervenció (*sampEn* durant tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta > *sampEn* durant línia base 2, $p = ,001$), mentre que al seguiment, les diferències entre tasques només mostraren una tendència a la significació (*sampEn* durant tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta > *sampEn* durant línia base 2, $p = ,057$; *sampEn* davant imatges desagradables > *sampEn* durant línia base 2, $p = ,060$). Al posttractament, el grup control Normal no presentà diferències entre les tasques.

Figura 8.

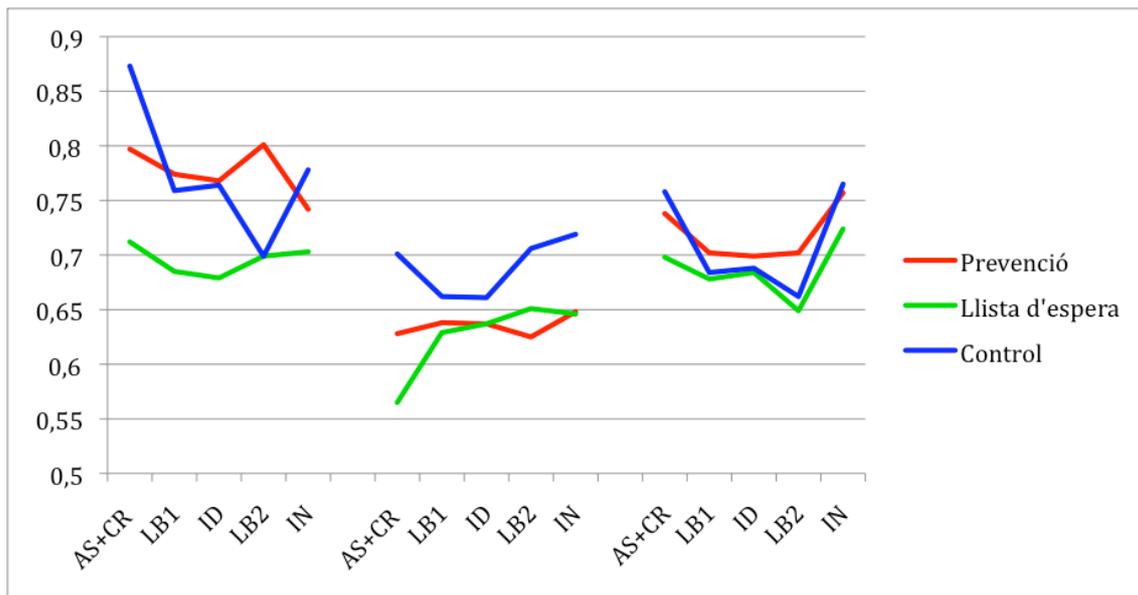


Figura 8. Puntuacions mitjanes en entropia (*sampEn*) dels diferents grups davant les condicions experimentals, abans (esquerra), després (centre) i passats 12 mesos (dreta) des de la intervenció. AS+CR = tasca d'atenció sostinguda amb cost de resposta, LB1 = línia base 1, ID = imatges desagradables, LB2 = línia base 2, IN = imatges neutres.

Taula 18. Efectes principals de les comparacions entre grups, moments d'avaluació i condicions (MANCOVA), controlant per regulació emocional negativa, en la freqüència cardíaca i l'entropia mostral cardíaca

	Efectes	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Freqüència	Moment	2, 84	0,016	,984
Cardíaca	Condició ¹	4, 39	1,093	,373
	Grup	2, 42	0,298	,744
	Moment x grup	4, 84	0,318	,865
	Condició x grup	8, 80	1,543	,156
	Moment x condició	8, 35	1,187	,334
	Moment x condició x grup	16, 72	0,572	,895
	Entropia Mostral	Moment	2, 84	0,550	,579
Condició		4, 39	0,338	,816
Grup		2, 42	0,636	,534
Moment x grup		4, 84	1,320	,269
Condició x grup		8, 80	1,551	,153
Moment x condició		8, 336	0,770	,629
Moment x condició x grup		16, 336	0,879	,594

¹Condició: l'efecte condició contempla les tasques d'atenció sostinguda amb cost de resposta, línia base 1, exposició a imatges desagradables, línia base 2 i exposició a imatges neutres.

9.4. Discussió

Aquest quart estudi tenia com a principal objectiu l'avaluació dels efectes d'un programa breu de prevenció selectiva de l'ansietat en adolescents amb elevada sensibilitat al càstig, sobre l'afectivitat negativa, la regulació emocional negativa i la simptomatologia ansiosa. Ens interessava valorar els canvis a partir de la informació facilitada pels subjectes, així com pels seus pares. Addicionalment, volíem estudiar els possibles efectes del programa a nivell psicofisiològic.

En la primera hipòtesi, ens plantejàrem que la intervenció provocaria una disminució significativa en els factors de vulnerabilitat autoinformats, en la simptomatologia ansiosa tant subjectiva com informada pels pares, i des d'una visió

més global, en els problemes internalitzants observats també pels pares. S'esperava que aquests resultats es mantinguessin al cap d'un any. Igualment, pensàvem que els grups en llista d'espera i control Normal no experimentarien canvis.

La hipòtesi es complí parcialment. Només el grup que havia rebut intervenció mostrà una reducció significativa en sensibilitat al càstig i simptomatologia ansiosa, que es mantingué al seguiment a un any. En aquest moment, també s'observà un davallada significativa en les demés variables autoinformades (afecte negatiu i regulació emocional negativa) respecte a la preintervenció. Igualment, en la línia esperada, no s'observaren canvis en els altres dos grups al llarg de les avaluacions. Malgrat tot, el grup de prevenció no arribà a diferenciar-se del grup en llista d'espera en cap de les variables ni al posttractament ni al seguiment, tot i igualar-se al grup control Normal en la SC i la simptomatologia ansiosa als 12 mesos, com suposàvem en la segona hipòtesi.

Aquests resultats referents als autoinformes van en la línia de les nostres expectatives, malgrat no es pugui parlar definitivament d'eficàcia, atès que no s'han observat diferències estadísticament significatives entre el grup de prevenció i el grup en llista d'espera.

Els nostres resultats coincideixen amb els exposats per Neil i Christensen (2009) en la seva revisió. Cap dels programes de prevenció selectiva aplicats a l'escola obtingué diferències entre grups ni després del tractament ni al seguiment en simptomatologia ansiosa (Castellanos & Conrod, 2006; Malgady et al., 1990; Stolberg & Mahler, 1994). Rapee (2002) en el seu estudi de prevenció selectiva tampoc observà diferències a nivell conductual entre els infants del grup d'intervenció i els del grup en llista d'espera. De fet, la literatura suggereix que els participants en un programa de prevenció necessitarien passar per un període d'elevat risc ambiental per poder posar en marxa les estratègies apreses i així veure els efectes de la prevenció, cosa que pot necessitar d'un cert temps (Gillham, Shatté, & Reivich, 2001). Si nosaltres, tot i les disminucions, no hem arribat a observar diferències entre el grup de prevenció i el grup en llista d'espera, pot ser degut a que alguns subjectes encara no han passat per aquesta etapa d'alt risc, en què probablement es conjugarien les influències temperamentals i algun esdeveniment ambiental estressogen que facilitàs la utilització de les tècniques apreses i, conseqüentment, una major autopercepció d'eficàcia (i menor ansietat) en l'adolescent.

La informació facilitada pels pares no dona suport als resultats obtinguts amb els adolescents. D'entrada, no s'observaren diferències entre grups en les variables avaluades en cap dels moments d'avaluació. La simptomatologia ansiosa percebuda pels pares minvà del posttractament al seguiment només en el grup de prevenció, però no s'observaren canvis en els problemes internalitzants.

Aquest desacord entre pares i fills en les avaluacions del funcionament psicològic dels seus fills és bastant freqüent, principalment en l'avaluació de problemes internalitzants, o més en concret de l'ansietat (p. ex., Grills & Ollendick, 2002, 2003; Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994). En aquesta línia, Birmaher et al. (1997) observaren una baixa correspondència ($r = ,33$) entre pares i fills en l'avaluació de símptomes d'ansietat a partir de l'SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, Birmaher et al., 1997), i de problemes internalitzants a partir del CBCL ($r = ,25$). A partir de l'SCAS i l'SCAS-P, Nauta et al. (2004) trobaren correlacions d'entre ,41 i ,66 en una mostra clínica d'infants i joves (6-18 anys) i d'entre ,23 i ,60 en una mostra Normal de les mateixes edats. En la nostra mostra, les correlacions entre l'SCAS i l'SCAS-P foren semblants, oscil·lant entre ,39 (avaluació posttractament) i ,49 (avaluació de seguiment). Aquest lleu desacord pot donar-se de diferents formes. Per exemple, alguns estudis suggereixen que els infants sovint informen de més símptomes d'ansietat que els seus pares, i més severs, probablement degut a l'habilitat limitada dels seus progenitors per observar el malestar dels seus fills (Bird, Gould & Staghezza, 1992; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover & Calas, 1986; Herjanic & Reich, 1982) (recordem com els joves ansiosos solen passar desapercibuts davant els adults, donada la seva naturalesa sovint inhibida i submissa). A més, com indiquen Nauta et al. (2004), els infants, i especialment els adolescents, no solen compartir els seus pensaments i sentiments amb els seus pares. D'aquesta manera, podríem interpretar que els resultats observats a partir de la informació facilitada pels pares fos deguda al seu desconeixement més que a la manca d'influència del programa de prevenció.

Per completar les anàlisis referents als autoinformes, s'obtingueren la millora clínica significativa i la reducció simptomàtica de les variables. El primer índex mostrà com el percentatge de subjectes que milloraven sempre era major en el grup de prevenció que en els altres dos grups a posttractament, però sobretot al seguiment. En

aquest moment, la classificació dels subjectes en les categories “millora”, “manté” i “empitjora” s’associava al grup de tractament, en la SC i la simptomatologia ansiosa.

La reducció simptomàtica en totes les variables fou superior en el grup de prevenció respecte al grup en llista d’espera, en els dos moments d’avaluació després de la intervenció, especialment en la simptomatologia ansiosa. Els percentatges obtinguts en aquesta variable, propers al 30%, són semblants als observats en els estudis de prevenció universal de Barrett, Lock i Farrell (2005) (28% al posttractament) i Barrett, Sonderegger i Xenos (2003) (23,65% al posttractament i 23,75% a un seguiment als sis mesos); i de prevenció indicada de Dadds et al., (1997) (32% al posttractament). Això mereix una valoració positiva quant a la relació cost-eficàcia de la nostra intervenció, donat que aquests altres programes compten amb un major nombre de sessions i impliquen als pares en la intervenció, i tot i això, els resultats són similars als nostres.

Malgrat tot, crida l’atenció la reducció observada al seguiment pel grup control Normal en SC (31,14%) i simptomatologia ansiosa (28,48%). Aquests canvis de vegades s’han observat en altres estudis. En un estudi amb una àmplia mostra comunitària d’infants-joves, Hale, Raaijmakers, Muris, van Hoof i Meeus (2008) observaren una lleugera disminució dels símptomes d’ansietat al llarg de 5 anys, excepte els relacionats amb la fòbia social, que es mantinguren més o menys estables. Comparant entre sexes, la simptomatologia ansiosa en les dones augmentava, mentre que en els homes disminuïa. Ambdós fets poden explicar la reducció simptomàtica observada en el nostre grup de controls Normals, especialment si tenim en compte que el grup estava format sobretot per homes. Aquesta diferència de sexes entre grups risc-no risc era esperable, donat que en general les al·lotes puntuen més alt en ansietat que els al·lots (p. ex. Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998; Merikangas, 2005; Costello et al., 2003; Breton et al., 1999).

A banda de l’avaluació realitzada en els pares, l’avaluació dels diagnòstics d’ansietat en una avaluació de seguiment fou una altra aportació novetosa respecte als nostres estudis previs. Així com anticipàvem en la tercera hipòtesi, segons l’entrevista amb els adolescents, els subjectes del grup de prevenció continuaren sense presentar cap trastorn d’ansietat 12 mesos després de la intervenció, mentre que un subjecte del grup control en llista d’espera en va desenvolupar un. A banda de la presència de diagnòstic definitiu, també analitzàrem la presència de diagnòstic probable. En aquest cas, el grup

de tractament minvà el nombre de diagnòstics probables, i el grup control Normal l'augmentà, mentre que el grup en llista d'espera es mantingué estable. La categoria referent a la presència de diagnòstic (“absent”, “probable” i “definitiu”) s'associà al grup de tractament abans de la intervenció i 12 mesos després. Els resultats de l'entrevista realitzada amb els pares seguí la mateixa línia que en els joves, tot i que en aquest cas no s'observà cap diagnòstic definitiu, el grup en llista d'espera augmentà el nombre de diagnòstics probables i la variable grup (prevenció, llista d'espera i control Normal) no s'associà a la presència de diagnòstic (absent, probable i definitiu). A partir d'aquests resultats, altra vegada observam una certa manca de coincidència entre la informació facilitada pels joves i la facilitada pels pares. Respecte a això, Safford, Kendall, Flannery-Schroeder, Webb i Sommer (2005) avaluaren l'acord entre pares i fills en el diagnòstic d'ansietat, al llarg d'un període d'aproximadament 7 anys, en una mostra d'infants que havia rebut tractament per a trastorn d'ansietat. L'acord fou de pobre a moderat en cadascun dels moments d'avaluació (pretractament, posttractament i seguiment a 7,4 anys). Tot i això, els efectes del tractament es consideraren positius, amb la qual cosa els autors varen concloure que no era necessari un acord excel·lent entre la informació facilitada pels pares i la facilitada pels fills, per interpretar com a satisfactoris els resultats de la intervenció. En el nostre cas, tot i les tendències positives (millora del grup de prevenció i manteniment o empitjorament del grup en llista d'espera), els canvis observats són molt modestos, pel que no podem concloure que el programa hagi tingut un efecte beneficiós sobre l'estatus diagnòstic.

En la quarta hipòtesi de l'estudi, plantejarem que el grup experimental mostraria canvis a nivell fisiològic després de la intervenció que es mantindrien 12 mesos més tard. Alhora, esperàvem que els altres dos grups no variessin el seu patró fisiològic al llarg dels tres moments d'avaluació. La valoració dels canvis es va fer a partir de l'activitat electrodermica i de la resposta cardíaca a nivell tònic i fàsic.

A partir de la resposta electrodermica, esperàvem que els subjectes que reberen intervenció presentessin un menor nombre de fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell i de menor intensitat que abans de la intervenció. No podem afirmar que la hipòtesi es complís tal i com l'havíem plantejada, donat que els tres grups mostraren algun canvi al llarg dels moments d'avaluació en la resposta electrodermica

(nombre de fluctuacions i intensitat) sense arribar a assolir diferències entre ells. Tot i que el grup de prevenció minvà tant el nombre de fluctuacions com la seva intensitat del post al seguiment, durant les dues línies base, els canvis no s'havien observat del pre al post. Contràriament, en la majoria de casos, s'observava un augment tant del nombre de fluctuacions com de la seva intensitat. Per la seva banda, els altres dos grups també mostraren canvis en algun moment, amb patrons semblants als del grup de prevenció (augment de pre a post i disminució a seguiment), mentre que en d'altres es mantingueren estables. D'aquesta manera, no podem considerar els canvis observats com efectes de la intervenció, ja que tots els grups en mostren algun entre diferents moments d'avaluació. Donada l'aparent aleatoritat d'aquests canvis, és a dir, canvis en els tres grups, independentment de la condició experimental (prevenció, llista d'espera i control Normal) i no sempre en les mateixes condicions d'avaluació, es fa difícil aportar una explicació prou fonamentada d'aquests resultats. Reprendrem la qüestió juntament a la discussió dels resultats observats en les mesures cardíques.

Pel que fa a la mesura tònica de la resposta cardíaca, hipotetitzarem un major to vagal i una major activitat simpàtica davant situacions de repòs amb respiració pautaada, després de la intervenció en el grup de prevenció. Els nostres pronòstics respecte a aquestes variables tampoc es compliren. El grup de prevenció i el grup en llista d'espera mantingueren un to vagal estable al llarg dels tres moments d'avaluació, mentre que el grup control Normal el minvà després de la intervenció durant la primera respiració pautaada. En cap moment s'observaren diferències entre els grups. En la mateixa línia, no es trobaren diferències entre els grups respecte a l'activitat simpàtica en cap moment i els tres grups es mantingueren estables al llarg dels moments d'avaluació.

Finalment, a partir de la mesura fàstica de la resposta cardíaca, esperàvem observar una major flexibilitat en el patró de la freqüència cardíaca i de l'entropia mostral al llarg de les condicions experimentals en el grup de prevenció després de la intervenció. Amb aquesta darrera hipòtesi referida a les respostes psicofisiològiques tampoc es veren complides les nostres expectatives. Tant el grup de prevenció com el grup en llista d'espera mantingueren un patró inflexible de la freqüència cardíaca i de l'entropia mostral davant les tasques, en tots els moments d'avaluació. Per la seva banda, el grup control Normal mostrà una major flexibilitat (en ambdós indicadors) entre les tasques

abans de la intervenció i al seguiment. Tot i els diferents patrons de resposta, no s'observaren diferències entre grups en cap moment d'avaluació.

Així com introduïem en el quart capítol de la introducció teòrica, no coneixem estudis de prevenció d'ansietat en joves que hagin mesurat els efectes de la intervenció a nivell fisiològic. És més, sembla que fins i tot en estudis de tractament d'ansietat en població clínica, aquesta línia d'investigació ha estat poc explotada. Vèiem com només dos estudis de tractament d'exposició en una sola sessió avaluaven els efectes psicofisiològics de la intervenció. En aquests, Muris et al. (1997) no trobaren canvis després del tractament d'infants amb fòbia a les aranyes en la conductància de la pell, i Öst et al. (2001) tampoc observaren canvis en la freqüència cardíaca després de la intervenció en joves amb diferents fòbies.

És possible que el fet de no trobar efectes a nivells psicofisiològic després d'una intervenció cognitivoconductual, tant per tractar com per prevenir l'ansietat, sigui degut als mateixos continguts del programa d'intervenció. Com defensa Rapee (2008), el tractament cognitivoconductual es dirigeix per definició, a modificar els components cognitiu i conductual de la resposta emocional, prestant una menor atenció al component fisiològic, tot i la coneixença de la seva importància. Tal vegada seria interessant adreçar-se en major mesura a modificar aquest component. De fet, en el tractament de l'ansietat en adults, alguns autors (p. ex. Wilhelm, Gevritz & Roth, 2001) donen suport a la respiració controlada com a estratègia terapèutica bàsica en la modificació de processos fisiològics alterats presents als trastorns d'ansietat (com arítmies cardíques o palpitations, determinades sovint per un baix to parasimpàtic). Per la seva banda, Beauchaine i els seus col·laboradors (2008) exposen diverses raons per les que s'hauria de donar major pes als processos biològics en la recerca en prevenció i tractament, de cara a millorar la seva eficàcia. Anant encara més enllà, suggereixen que l'eficàcia i/o eficiència dels programes d'intervenció millorarien si es contemplessin els mecanismes biològics de la psicopatologia.

Aquest darrer estudi del treball presenta algunes limitacions. La primera, ja present en els dos estudis previs, fa referència al tamany de la mostra. Malgrat la gran mostra inicial utilitzada per al garbeig dels subjectes en risc, el nivell de participació de les famílies en les fases següents del treball fou molt baix. Aquesta poca col·laboració

podria venir donada per la necessitat de traslladar-se al laboratori per realitzar les avaluacions fisiològiques i la manca de motivació per fer-ho. En la majoria de casos, la distància des del lloc de residència de les famílies fins a la Universitat de les Illes Balears, a on es realitzaven les avaluacions, era d'uns 55 km de mitjana. Si a això li afegim la manca d'interferència quotidiana actual en els subjectes en risc i/o en les seves famílies, comentada en la introducció, els motius per participar en l'estudi probablement perdrien força.

Una altra limitació, també esmentada en els estudis previs d'aquest treball, fou l'ampli rang d'edat de la mostra. Sembla ser que l'edat és una variable associada als resultats de la intervenció cognitivoconductual en població jove (Sauter, et al., 2009), tot i que no està del tot clar si les millores s'associen més a una major o a una menor edat (Hudson et al., 2002). Alguns estudis han observat una resposta més pobre en la intervenció de l'ansietat en infants més joves (p. ex., Cobham, Dadds, & Spence, 1998), mentre que d'altres han observat pitjors resultats en adolescents d'edats més avançades (p. ex., Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001). Lock i Barrett (2003) observaren una major reducció en la simptomatologia ansiosa d'infants de 9 a 10 anys que en joves de 14 a 16, després de l'aplicació d'un programa de prevenció d'ansietat universal. El grup d'infants més joves mantingué aquesta reducció 24 i 36 mesos després, amb una menor simptomatologia ansiosa autoinformada que joves d'un grup control en llista d'espera (Barrett et al., 2006). Contràriament, en la mateixa línia dels nostres resultats, els adolescents de 14 a 16 anys no presentaren diferències respecte al grup control en llista d'espera en cap dels moments d'avaluació (Barrett et al., 2006). Potser la plasticitat adolescent en els rangs de major edat no afavoreixi tant com ens pensàvem la modificació dels factors de vulnerabilitat per a l'ansietat, i haguem de dirigir més els nostres esforços a joves que es troben en la primera etapa de l'adolescència (10-14 anys).

Finalment, la darrera limitació seria la realització d'una única avaluació de seguiment als 12 mesos. Tot i haver augmentat el temps respecte als nostres estudis previs (Balle & Tortella-Feliu, 2010; Tortella-Feliu et al., 2004), és possible que aquesta durada encara no fos suficient per observar un efecte prou clar. La literatura existent insisteix en la necessitat de realitzar seguiments a llarg plaç per poder observar els efectes de qualsevol intervenció preventiva (Barrett et al., 2006; Feldner et al., 2004; Gillham et al., 2001; Ginsburg, 2004). En el nostre cas, vérem com les variables

autoinformades minvaven en el grup de prevenció, però no s'arribaven a assolir diferències respecte al grup en llista d'espera. Potser una segona avaluació de seguiment als dos anys hagués reforçat les tendències ja mostrades als 12 mesos. De fet, alguns estudis de prevenció no troben diferències entre grups fins passats alguns anys des de la intervenció. Dadds i els seus col·laboradors (1997, 1999), per exemple, fins al seguiment als dos anys no observaren diferències clares entre el grup d'intervenció i el grup en llista d'espera. En la mateixa línia, Barrett et al. (2006) hagueren d'esperar als tres anys per trobar diferències significatives entre el grup d'intervenció i el grup control respecte al nombre de subjectes en risc. Tal vegada hauríem d'anar encara més enllà, i allargar els seguiments fins a l'edat adulta, moment en què és més probable l'aparició de trastorns, previ risc a l'adolescència. Ampliarem aquest i altres punts en les perspectives de futur, en el bloc III.

BLOC III:
DISCUSSIÓ GENERAL I
CONCLUSIONS

10. DISCUSSIÓ GENERAL

Els objectius d'aquest treball eren, en primer lloc, analitzar la relació entre l'afectivitat negativa (AN) i la regulació emocional (RE) (com a vulnerabilitats bàsiques per al desenvolupament de l'ansietat) i com aquestes influïen en la simptomatologia ansiosa i depressiva dels adolescents (estudi 1). Per altra banda, ens interessava avaluar els concomitants psicofisiològics de la sensibilitat del sistema d'inhibició conductual (SIC) autoinformada (sensibilitat al càstig), concretament, la resposta neuroendocrina, la conductància electrodermica i la resposta cardíaca (estudis 2 i 3). Finalment, volíem valorar els efectes d'un programa de prevenció selectiva de l'ansietat aplicat a l'escola en joves en risc, tant a nivell psicològic auto i heteroinformat, com a nivell fisiològic (estudi 4).

Sintèticament, les principals conclusions dels diferents estudis han estat:

Estudi 1

- a. L'afectivitat negativa i l'estil de regulació emocional negatiu, com a factors de vulnerabilitat bàsics per a l'ansietat, s'associen a una major presència de símptomes d'ansietat, els quals mediatitzen el desenvolupament de simptomatologia depressiva.
- b. Les formes negatives de regulació emocional mediatitzen la relació entre afectivitat negativa i ansietat. Això és, la tendència de base a experimentar emocions negatives provocarà una major ansietat quan es posin en marxa estratègies inadequades de regulació emocional.
- c. Els subjectes que puntuen alt en afectivitat negativa són propensos a utilitzar estils disfuncionals de regulació emocional. És a dir, que els estils de regulació emocional negativa no semblen ser del tot independents dels nivells d'afectivitat negativa.

Estudi 2

- d. Pel que fa als concomitants psicofisiològics de la vulnerabilitat a l'ansietat autoinformada, els nivells de cortisol salivar previs a una tasca potencialment estressògena s'associen de forma positiva amb l'afectivitat negativa (sensibilitat al càstig i afecte negatiu) i amb la ruminació. Només aquesta darrera associació es manté després de la tasca.
- e. Les mesures de cortisol no discriminen entre joves suposadament en risc (amb puntuacions elevades en sensibilitat al càstig) de controls normals, amb la qual cosa, de moment, no sembla que sigui aconsellable, donant per bones les nostres dades, recomanar la seva utilització en la pràctica clínica per a seleccionar grups a qui adreçar la intervenció.
- f. La ruminació, com a estil de regulació emocional negatiu, contribueix als nivells de cortisol salivar i incrementa l'activitat de l'eix hipotalamicopituïtariadrenal (HPA) en adolescents. Per això, sembla especialment important centrar-se en els aspectes de la regulació emocional en l'àmbit de la vulnerabilitat i la prevenció.

Estudi 3

- g. Quant a l'activitat electrodermica, ja hi havia dades que la relacionaven amb la sensibilitat del SIC. Consistent amb aquesta recerca prèvia, hem vist com els adolescents en risc mostren més fluctuacions inespecífiques de la conductància de la pell que els adolescents del grup control en estat de repòs.
- h. Pel que fa a les respostes cardíques, aquestes gairebé no havien estat estudiades en relació a la sensibilitat del sistema d'inhibició conductual, fet que suposava una aportació novetosa del nostre treball. Respecte a aquestes relacions, d'acord amb el que s'havia hipotetitzat, els joves en risc presenten una baixa activació simpàtica i un menor to vagal que els joves sense risc durant períodes basals.
- i. També en les respostes cardíques, s'observa una major flexibilitat global del sistema a nivell fàsic en adolescents sense risc respecte a adolescents vulnerables a l'ansietat, en la freqüència cardíaca i en l'entropia mostral cardíaca. Així, el nostre estudi afegeix evidències respecte a les relacions positives entre la flexibilitat i complexitat del sistema i la millor adaptació, saludable, a l'ambient.

Estudi 4

- j. Un programa de prevenció selectiva de l'ansietat breu provoca reduccions significatives en l'afectivitat negativa, l'estil de regulació emocional negatiu i la simptomatologia ansiosa autoinformada d'un grup de subjectes en risc d'ansietat. Aquests efectes s'observen especialment al cap d'un any de la intervenció. Tot i això, no hi ha diferències entre el grup de prevenció i un grup en llista d'espera, per la qual cosa, a partir d'aquests resultats, no podem concloure que el programa de prevenció sigui eficaç.
- k. La presència de diagnòstic d'ansietat autoinformada es relaciona amb el grup al què pertanyen els adolescents (prevenció, llista d'espera, control normal) un any després del tractament. Tot i això, els canvis observats a nivell diagnòstic són més bé modestos, pel que no podem deduir un efecte beneficiós del programa sobre l'estatus diagnòstic.
- l. Tot i la millora autoinformada pels subjectes que reberen intervenció, el programa preventiu no mostra efectes a nivell heteroinformat (pels pares) ni a nivell fisiològic, per la qual cosa, altre cop, no podem parlar d'eficàcia del programa.

A partir de totes aquestes conclusions, malgrat les limitacions ja exposades per a cadascun dels estudis, creiem haver avançat d'alguna forma en l'aclariment de les complexes relacions entre diferents factors de vulnerabilitat personal per a l'ansietat i la seva associació amb algunes respostes psicofisiològiques. Per altra banda, pel que fa a la prevenció de problemes d'ansietat en joves, certament no hem obtingut evidències en el sentit esperat, però creiem que els resultats obtinguts ens poden ser útils de cara a amplificar línees d'investigació futures.

En relació als factors de vulnerabilitat personal, hem pogut observar com l'afectivitat negativa (concretament l'afecte negatiu i la sensibilitat al càstig) determina en gran mesura la regulació emocional negativa, fet que pot veure's reforçat per la major propensió dels joves amb elevada afectivitat negativa a posar en marxa estils de regulació emocional disfuncionals. Aquests, per la seva banda, actuen com a mediadors en la relació entre afectivitat negativa i ansietat, mentre que la connexió entre afectivitat

negativa i depressió sembla venir determinada per l'ansietat. Tot això és especialment important ja que, com hem anat comentant al llarg del treball, una major comprensió de les interrelacions entre les variables de vulnerabilitat a l'ansietat, ens permetrà dur a terme intervencions de prevenció més concretes, i potser més efectives. D'aquesta manera, si, com apunten els nostres resultats, la utilització d'estratègies de regulació emocional inadequades en joves amb elevada afectivitat negativa pot dur a una major simptomatologia ansiosa, potser les estratègies de prevenció s'haurien de dirigir principalment a modificar aquests estils de regulació emocional inadaptatius. Reprendrem aquesta qüestió en el següent capítol, en les conclusions i perspectives de futur.

Per millorar encara més la comprensió de l'entramat de vulnerabilitats bàsiques i el seu efecte sobre el desenvolupament de l'ansietat, i sota la influència del paradigma de la Psicopatologia del Desenvolupament, es feia imprescindible incorporar algunes variables fisiològiques a l'equació. En el moment que procedim d'aquesta manera, trobam tota una sèrie de resultats interessants. Tot i que el segon estudi fracassa en diferenciar entre adolescents amb i sense risc per a l'ansietat en base als seus nivells de cortisol salivar, veiem com es confirma que la sensibilitat del SIC autoinformada i altres característiques temperamentals com l'afecte negatiu s'associen positivament amb el cortisol salivar abans de la tasca. Això probablement representi un estat d'ansietat anticipatòria, essent aquesta situació d'anticipació més efectiva a l'hora de detectar les característiques centrals dels subjectes amb risc temperamental per a trastorns d'ansietat, que no pas l'anàlisi de la presència de respostes d'ansietat exagerada davant senyals més específics. Paral·lelament, l'estudi mostra que l'estil de regulació emocional negatiu de ruminació contribueix significativament als nivells de cortisol salivar i incrementa l'activitat HPA en adolescents. Així, novament apareix en un paper destacat la regulació emocional negativa. Tal vegada, la seva modificació (de la ruminació, més concretament) pugui influir en la resposta de l'eix HPA, normalitzant el seu funcionament.

En relació al tercer estudi, consideram que contribueix a estendre el coneixement sobre les associacions entre la sensibilitat del SIC i la resposta cardíaca i la conductància electrodermica. En aquest cas, controlàrem intencionadament l'efecte de

la regulació emocional, per estudiar de forma més acurada la relació entre la sensibilitat del SIC i la resposta cardíaca. El més destacat de l'estudi, probablement sigui la manca de flexibilitat cardíaca i els tons vagal i simpàtic disminuïts observats en condicions de repòs, en subjectes amb una elevada sensibilitat del SIC autoinformada. Aquestes tendències percebudes en estat basal, podrien considerar-se un endofenotip d'elevada utilitat a l'hora de detectar de forma fiable subjectes en risc. Darrerament, l'estudi dels endofenotips va adquirint de cada dia més importància en l'àmbit de la intervenció i prevenció de psicopatologies (p. ex., Beauchaine, 2009; Singh & Rose, 2009; Thayer & Lane, 2009). "Els endofenotips –indica Beauchaine- prometen molt en la investigació en prevenció, ja que poden ser utilitzats per identificar a aquells [individus] que es troben en alt risc de desenvolupar trastorns psiquiàtrics" (Beauchaine, 2009, p. 2). D'aquesta manera, i com defensa Beauchaine, si l'etiologia dels trastorns es coneix millor, les estratègies d'intervenció tindran un objectiu més específic i millorarà l'eficàcia tant del tractament com de la prevenció.

Amb el quart estudi, tot i que part dels resultats no siguin del tot satisfactoris, creiem necessari continuar en la mateixa línia d'investigació, malgrat s'hagin d'introduir alguns canvis. No hem de perdre de vista la població amb la què treballam i la importància de la seva implicació. Per a que aquesta es doni, i com hem fet fins ara, s'haurà de facilitar tant com sigui possible la participació dels joves en les intervencions, amb un major apropament en el seu context més habitual (l'escola), una menor interferència en la vida quotidiana (poques sessions per afavorir l'adherència al tractament) i el foment tant com sigui possible la independència (eliminant la participació dels pares). Tot i això, i en la línia dels resultats obtinguts en el primer estudi, potser el contingut del programa de prevenció s'hauria de dirigir especialment a la modificació d'estratègies de RE inadaptatives. A més, s'hauria d'aclarir quin és el moment més adequat per a la intervenció, comparant els seus efectes en diferents grups d'edat, per exemple: adolescència primerenca (10-13 anys), adolescència mitjana (14-16 anys) i, tal vegada, afegir l'adolescència tardana (17-19 anys). Per altra banda, es fa del tot necessari comparar els efectes del programa breu amb els d'un altre més llarg i amb la implicació dels pares. I, finalment, seria molt interessant dur a terme seguiments més llargs, malgrat sabem que això és tremendament difícil i costós. Reprendrem aquestes i d'altres qüestions en el següent capítol.

Pel que fa a aquest últim estudi, a banda de l'intent d'aprofundir en la relació cost-eficàcia dels programes de prevenció de l'ansietat, creiem haver emprès una nova via d'investigació, mitjançant l'avaluació dels efectes a nivell psicofisiològic dels programes de prevenció d'ansietat en gent jove. Tot i que en el nostre cas no haguem obtingut resultats significatius, consideram indispensable mantenir aquest tipus d'avaluacions en els estudis de prevenció per poder apreciar els possibles efectes de la intervenció a tots els nivells, i millorar-ne la seva eficàcia.

11. CONCLUSIONS I PERSPECTIVES DE FUTUR

Tot i la informació aportada en el nostre primer estudi, on observàvem una relació entre l'afectivitat negativa i la simptomatologia ansiosa mediada per estils negatius de regulació emocional, encara no és possible establir relacions causals entre les variables. Aquesta manca de coneixement sobre les complexes interrelacions entre els diversos factors de risc per al desenvolupament de trastorns d'ansietat, limita el desenvolupament d'intervencions preventives selectives més exitoses. Per això, és necessari aclarir tot l'entramat d'influències de cara a elaborar intervencions més específiques. Per començar, serien interessants, si no necessaris, estudis longitudinals amb grans mostres que poguessin aclarir aquestes complexes relacions, i intentassin establir associacions de causa-efecte.

En aquesta línia, d'entrada, tenim previst a curt termini l'estudi transaccional de les relacions entre les vulnerabilitats de base (afectivitat negativa i regulació emocional negativa) i la seva influència sobre la simptomatologia ansiosa i depressiva en diferents grups d'edat. Amb això, podríem començar a aclarir el paper de l'edat sobre aquestes interrelacions. Simultàniament, em trobaré fent una estada de treball a Barcelona, en col·laboració amb professionals de la Unitat d'Ansietat de l'Hospital del Mar i de la Universitat Autònoma de Barcelona, on treballaré en un projecte sobre trajectòries simptomàtiques d'infants i joves en risc de desenvolupar trastorns d'ansietat, amb l'objectiu d'explorar les influències recíproques esmentades i la seva evolució amb el pas del temps.

Si ens centram en els estudis longitudinals, aquests no s'haurien d'aturar en l'avaluació d'aspectes psicològics, sinó que també haurien de contemplar els processos biològics subjacents, a poder ser, des d'una perspectiva dinàmica. L'essència d'aquest treball es troba dins del paradigma de la Psicopatologia del Desenvolupament, on s'emfatitza, com ja hem vist, la necessitat d'integrar perspectives científiques que incloguin la biologia, neurologia, fisiologia, psicologia i sociologia. Hem explicat que la interacció entre aquestes àrees suposa un complex entramat de relacions recíproques, que dubtosament podrà ser explicat a partir de teories lineals. En canvi, "una

perspectiva dinàmica (no lineal) pot ajudar als investigadors a organitzar les seves troballes i a integrar de forma parsimònica vàries teories sobre diferents nivells en un model coherent” (Granic, 2005, p. 389). Amb el nostre tercer estudi, perseguíem a nivell general aquest objectiu, però encara hi ha un llarg camí per recórrer.

Tot i que de cada dia siguin més nombrosos els estudis a on s’avaluen processos fisiològics en relació a factors de risc i/o vulnerabilitat per a la psicopatologia (l’ansietat, en el cas que ens ocupa), algunes mesures no lineals que contemplen aspectes tan rellevants com la inflexibilitat del sistema, són encara infrautilitzades. S’hauria de continuar aprofundint en aquest assumpte i, anant encara més enllà, observar l’evolució d’aquesta relació inflexibilitat/estabilitat - vulnerabilitat ansiosa. En termes dinàmics, els sistemes passen per períodes temporals d’instabilitat alternats amb etapes d’estabilitat, observant-se així canvis no lineals en la seva auto-organització (Granic, 2005). Aquests canvis abruptes són entesos com a transicions de fase, períodes sensibles que poden provocar nous patrons de comportament i precedir el desenvolupament d’una psicopatologia (Granic & Patterson, 2006). D’aquesta manera, l’avaluació d’aquestes trajectòries al llarg del desenvolupament, integrant variables conductuals i psicofisiològiques, ens facilitaria la comprensió dels processos de fluctuació, continuïtat o canvi en les respostes d’ansietat en joves. És més, segons Granic (2005), aquestes transicions de fase podrien ser períodes ideals per a la intervenció (preventiva), donada la seva elevada sensibilitat, i facilitarien un major impacte d’aquest tipus de tractament. Per aquest motiu, el seu estudi aportaria informació rellevant no només respecte a la vulnerabilitat, sinó també de cara al moment més adequat per dur a terme la prevenció.

En aquesta línia, tot i que en població adulta, actualment hem iniciat un projecte d’investigació titulat “Dinàmica de la desregulació emocional: mesures no lineals per a la comprensió dels mecanismes implicats”. Aquest projecte s’està duent a terme a la Universitat de les Illes Balears i cerca, com a un dels seus principals objectius, trobar i descriure els patrons de desregulació emocional que es poden trobar subjacents a trastorns ansiosodepressius molt diversos. Donada la multimodalitat inherent al concepte de regulació emocional, investigar aquests patrons exigirà l’estudi dels sistemes emocional i fisiològic, i de les relacions existents entre ambdós, la qual cosa farem des de la perspectiva dinàmica no lineal.

En relació a la prevenció, pel que fa als programa de prevenció selectiva de l'ansietat, vèiem a la introducció la gran importància de la relació cost-eficàcia per a poder arribar a un major nombre d'adolescents. En aquest sentit, el nostre programa, amb les modificacions pertinents (per ex. instruir en estratègies de regulació emocional positiva), podria augmentar l'acceptació per part de la direcció i del claustre del centre, ja que sis sessions grupals dirigides només als adolescents no interferirien excessivament en el currículum escolar. És més, es podria contemplar la possibilitat d'incloure el programa en el projecte curricular del centre, impartint-se, per exemple, en forma d'Acció Tutorial com ja es fa amb altres programes (p. ex. prevenció de consum de drogues), aplicat pels mestres. Tot plegat podria provocar, com ja hem anat introduint al llarg del treball, una disminució de la prevalença dels trastorns d'ansietat tant en la població infantojuvenil com en la població adulta. De totes maneres, abans de comparar l'eficàcia del programa aplicat per diferents professionals (psicòlegs front a mestres), i d'incloure'l com a part del currículum escolar, seria necessari introduir alguns canvis ja esmentats, com adreçar-se a la modificació d'estratègies de RE inadaptatives. A més, com també ja hem anat avançant, potser seria interessant comparar els efectes del nostre programa breu i individualitzat amb un altre més llarg i amb intervenció dirigida als pares, com el FRIENDS. En aquest cas, també seria interessant incloure l'avaluació psicofisiològica dels participants en l'estudi.

Quant a l'avaluació de l'eficàcia de les intervencions preventives, Ialongo et al. (2006), entre d'altres autors (p. ex. Beauchaine et al., 2008), també aposten per la integració dels processos biològics i psicològics per a la valoració dels efectes de la prevenció. En la mateixa línia que nosaltres, aquests autors defensen la necessitat d'incloure mesures fisiològiques per a una major comprensió dels efectes dels programes de prevenció. Plantegen l'absència d'estudis en aquest camp com a conseqüència de la presumpció dels investigadors de que els processos biològics són poc modificables a partir de l'experiència. Però, com hem vist en diferents estudis revisats al llarg d'aquest treball (p. ex. Beauchaine et al., 2000; Fisher et al., 2000; Rapee, 2002), això no és cert. De fet, Ialongo i els seus col·laboradors, indiquen que així com una adversitat o un esdeveniment traumàtic poden perjudicar un sistema biològic, una intervenció preventiva podria contribuir en la seva recuperació. Serà imprescindible continuar aprofundint en aquesta línia de recerca.

Però, si volem mantenir les mesures fisiològiques en l'avaluació dels efectes de la prevenció, així com en una avaluació longitudinal prèvia, serà necessari minimitzar la seva incomoditat i interferència. Per això, potser seria necessari utilitzar aparells de mesura ambulatoris (concretament per a les respostes cardíaca i electrodermica), així com ja han anat provant al llarg dels darrers anys grups d'investigació com el de Frank Wilhelm (p ex., Grossman, Wilhelm & Spoerle, 2004; Wilhelm & Grossman, en premsa; Wilhelm, Grossman & Roth, 2005; Wilhelm, Pfaltz & Grossman, 2006; Wilhelm, Pfaltz, Grossman & Roth, 2006), i com estam començant a utilitzar nosaltres en el nou projecte d'investigació sobre la dinàmica de la desregulació emocional en la Universitat de les Illes Balears. Aquesta forma d'avaluació suposa tota una sèrie d'avantatges respecte a l'avaluació en el laboratori, a banda de la menor interferència i major apropament als participants. Entre elles destaquen, assegurar la validesa externa de les troballes en el laboratori; proporcionar dades normatives sobre la prevalença, la qualitat i la intensitat de les emocions i els processos associats en la vida real; i caracteritzar fenòmens emocionals no identificats prèviament (Wilhelm & Grossman, en premsa). Així, una avaluació ambulatoria de les respostes fisiològiques subjacents als factors de vulnerabilitat a l'ansietat, serà més viable de cara a estudis longitudinals, afavorint la implicació dels participants, donarà més informació respecte a la flexibilitat del sistema (subjecte) front als canvis ambientals quotidians, i permetrà l'obtenció d'un major nombre de dades.

També en l'avaluació dels efectes de la intervenció preventiva, per poder afirmar de forma fiable que un programa de prevenció és eficient, s'hauria de recollir una gran quantitat de dades (tant fisiològiques com cognitives i conductuals), amb la implicació de mostres també molt grans i avaluacions de seguiment realitzades durant llargs períodes de temps després de la intervenció. Les grans mostres serien necessàries degut a la presència relativament baixa de trastorns d'ansietat en la població amb la que treballam, i a la poca informació sobre quins adolescents finalment desenvoluparan el trastorn. D'aquesta manera, per poder comptar amb un grup control representatiu amb el qual poder comparar el grup que ha rebut intervenció, la mostra hauria de ser bastant àmplia. Per altra banda, donat que el resultat final es manifestarà en el desenvolupament o l'evitació de trastorns d'ansietat a llarg termini, seria d'interès la recollida de dades durant alguns anys després de la intervenció per poder valorar aquests efectes finals. De totes maneres, som conscients de les dificultats pràctiques que tot això suposaria, i tal

vegada ens hauríem de plantejar la viabilitat del treball. Una possible forma de procedir seria mitjançant la col·laboració amb altres centres de recerca de fora de les Illes Balears.

Per acabar, sabem que molts joves vulnerables no arriben a desenvolupar mai un trastorn d'ansietat. Això pot ser degut, entre altres causes, a la presència de factors protectors (és a dir, “variables que redueixen la probabilitat d'aparició de resultats negatius quan un individu s'exposa a situacions o condicions de risc” a Tortella-Feliu, 2002, p. 471). Tant en el nostre cas, com en la literatura en general, l'estudi d'aquests factors protectors front als factors de risc s'hauria de potenciar (Luthar, 1993; Masten, 2001; Masten & Obradovic, 2006). De fet, Greenberg (2006) defensa que una tasca central de la recerca en prevenció al llarg de la pròxima dècada és entendre a un nivell molt més específic, de com es coneix hores d'ara, les relacions entre els múltiples nivells dels substrats biològics dels factors protectors implicats en els processos cognitius i en la regulació emocional.

A nivell d'intervenció, potser els programes de prevenció selectius haurien de dirigir-se no només a minvar els factors de risc, sinó també a augmentar els de protecció. En aquest sentit, podrien contemplar, per exemple, la instrucció en estratègies positives de regulació emocional, la dotació d'habilitats socials, l'ensenyament d'estratègies de solució de problemes o el desenvolupament d'expectatives de futur positives. De fet, Roth & Dadds (1999) proposen que el desenvolupament d'expectatives de futur positives seria un mecanisme central en la prevenció de trastorns internalitzants, com l'ansietat, i en aquest procés, podrien ser útils les habilitats de solució de problemes (Shure & Spivack, 1979, 1982). Amstadter (2008), per altra banda, dona suport a l'ús d'estratègies de regulació emocional adaptatives en el tractament de trastorns d'ansietat, defensant que els intents de regulació abans que s'hagi iniciat totalment l'emoció poden conduir a una disminució de l'emoció negativa. Tot i que Amstadter faci la seva proposta a nivell de tractament, nosaltres pensam, com venim reiterant durant tota aquesta darrera part del treball, que és perfectament extensible a la prevenció.

Per aprofundir en aquest àmbit d'estudi dels factors protectors i de regulació emocional, d'aquí a uns mesos iniciaré una estada a la Nova Lovaina (Bèlgica) per a treballar en la línia de recerca de la *Unitat d'Emoció, Cognició i Salut* del Departament

de Psicologia de la Universitat Catòlica de Lovaina. Els principals objectius durant el període de l'estada seran estudiar l'impacte de les competències emocionals (o factors protectors personals / de regulació emocional) sobre la salut i els seus correlats endocrins i neuronals, i participar en l'aplicació d'un programa per al foment de les competències emocionals esmentades. Això ens servirà, no només per a millorar els nostres coneixements relacionats amb els factors de protecció i la regulació emocional positiva, sinó que, tal vegada, també ens serà d'utilitat de cara a la millora del nostre programa de prevenció d'ansietat.

A mode de conclusió, a partir del nostre treball, creiem haver contribuït en l'explicació de les complexes associacions entre alguns factors de vulnerabilitat personal per a l'ansietat, i entre aquests i els seus concomitants fisiològics, així com en aportar més dades sobre l'impacte dels programes de prevenció de trastorns d'ansietat en població adolescent. Tot i això, com ja hem vist, l'estudi de la vulnerabilitat i la prevenció de l'ansietat en gent jove continua presentant serioses mancances i aspectes a millorar. Per aquest motiu, i com acabam d'exposar en les perspectives de futur, continuarem aprofundint en la seva investigació.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Alpert-Gillis, L. J., Pedro-Carroll, J. L., & Cowen, E. L. (1989). Children of divorce intervention program: Development, implementation and evaluation of a program for young urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 583-587.
- Acharya, U. R., Joseph, K. P., Kannathal, N., Lim, C. M. & Suri, J. S. (2006). Heart rate variability: A review. *Medical and Biological Engineering and Computing, 44*, 1031-1051.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adam, E. K. & Gunnar, M. R. (2001). Relationship functioning and home and work demands predict individual differences in diurnal cortisol patterns in women. *Psychoneuroendocrinology, 26*, 189-208.
- Adam, E. K., Klimes-Dougan, B., & Gunnar, M. (2007). Social regulation of the adrenocortical response to stress in infants, children and adolescents: Implications for psychopathology and education. A. D. Coch, G. Dawson and K. Fischer (Eds.), *Human Behavior, Learning, and the Developing Brain: Atypical Development* (pp. 264-304). New York: Guilford.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 49-58.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 211-221.

- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review, 28*, 275-287.
- Balle, M. & Tortella-Feliu, M. (2008). Propietats psicomètriques de l'adaptació catalana de l'Escala d'Ansiedad en Infants d'Spence per a pares (SCAS-P). Manuscrit no publicat, Universitat de les Illes Balears.
- Balle, M. & Tortella-Feliu, M. (2010). Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety, Stress & Coping, 23*, 71-85.
- Balle, M., Tortella-Feliu, M., & Bornas, X. (2010). *Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants*. Manuscrit enviat per a la seva publicació.
- Balle, M., Tortella-Feliu, M., & Garcia-Banda, G. (en premsa). Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2*, 58-71.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Barmish, A. J. & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 569-581.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Holland, D. E. (1994). *The Coping Koala: Prevention manual*. Queensland: The University of Queensland, manuscrit no publicat.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the FRIENDS Programme. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 403-411.

- Barrett, P. M., Lock, S. & Farrell, L. J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10* (4), 539-555.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Holmes, J. (1999). *The FRIENDS Anxiety Prevention Program*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P.M., & Pahl, K.M. (2006). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, *16*, 55–75.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *8*(2), 241-260.
- Barrett, P. M. & Turner, C. M. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 399-410.
- Beauchaine, T. P. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: toward an integrated model of autonomic nervous systems functioning in psychopathology. *Development and Psychopathology*, *13*, 183-214.
- Beauchaine, T. P. (2009). The role of biomarkers and endophenotypes in prevention and treatment of psychopathological disorders. *Biomarkers in Medicine*, *3*, 1-3.
- Beauchaine, T. P., Gartner, J., & Hagen, B. (2000). Comorbid depression and heart rate variability as predictors of aggressive and hyperactive symptom responsiveness during inpatient treatment of conduct-disordered, ADHD boys. *Aggressive Behavior*, *26*, 425–441.
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, *74*, 174–184.
- Beauchaine, T. P., Neuhaus, E., Brenner, S. L., & Gatzke-Kopp, L. (2008) Ten good reasons to consider biological processes in prevention and intervention research. *Development and Psychopathology*, *20*, 745-774.

- Bendor, S. J. (1990). Anxiety and isolation in siblings of pediatric cancer-patients. The need for prevention. *Social work in health care, 14*, 17-35.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1118-1127.
- Bienvendu, O. & Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry, 19*, 647-654.
- Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clinical Psychology Review, 29*, 421-430.
- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 3*, 78-85.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 545-553.
- Blair, C. (2003). Behavioral inhibition and behavioral activation in young children: Relations with self-regulation and adaptation to preschool in children attending Head Start. *Developmental Psychobiology, 42*, 301-311.
- Blair, C., Peters, R., & Granger, D. (2004). Physiological and neuropsychological correlates of approach/withdrawal tendencies in preschool: Further examination of the behavioral inhibition system/behavioral activation system scales for young children. *Developmental Psychobiology, 45*, 113-124.
- Bond, F. W., & Dryden, W. (Eds.) (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester: Wiley.
- Bornas, X. (2009). *Psicopatologia i Caos*. Espanya: Bubok.
- Bornas, X., Llabres, J., Noguera, M., Lopez, A. M., Gelabert, J. M., & Vila, I. (2006). Fear induced complexity loss in the electrocardiogram of flight phobics: A multiscale entropy analysis. *Biological Psychology, 73*, 272-279.

- Bornas, X., Llabres, J., Noguera, M., Lopez, A. M., Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., et al. (2006). Changes in heart rate variability of flight phobics during a paced breathing task and exposure to fearful stimuli. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 549-563.
- Bornas, X., Llabres, J., Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Montoya, P., Lopez, A., et al. (2007). Vagally mediated heart rate variability and heart rate entropy as predictors of treatment outcome in flight phobia. *Biological Psychology, 76*, 188-195.
- Brenner, S. L., Beauchaine, T. P., & Sylvers, P. D. (2005). A comparison of psychophysiological and self-report measures of BAS and BIS activation. *Psychophysiology, 42*, 108-115.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J. et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 375-384.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development, 75*, 340-345.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: Review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 113-124.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment, 21*, 256-271.
- Calkins, S. D. & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology, 14*, 477-498.
- Castellanos, N., & Conrod, P. (2006). Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health, 15*, 645-658.
- Chatterji, P., Caffray, C. M., Crowe, M., Freeman, L., & Jensen, P. (2004). Cost assessment of a school-based mental health screening and treatment program in New York City. *Mental Health Services Research, 6*, 155-166.

- Chu, B. C., & Harrison, T. L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*, 352-372.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. A D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology, Vol. I: Theory and methods* (pp. 3-22). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (2006). *Developmental Psychopathology: Theory and method* (Vol. 1, 2^a ed). New York: Wiley.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Cohen, J. D. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Colder, C. R., & O'Connor, R. M. (2004). Gray's reinforcement sensitivity model and child psychopathology: Laboratory and questionnaire assessment of the BAS and BIS. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 435-451.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & 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* (3), 451-460.
- Cooley-Quille, M., Boyd, R. C., & Grados, J. J. (2004). Feasibility of an anxiety prevention intervention for community violence exposed children. *Journal of Primary Prevention, 25*, 105-123.

- Corr, P. J. (2002). Gray's reinforcement sensitivity theory and frustrative nonreward: A theoretical note on expectancies in reactions to rewarding stimuli. *Personality and Individual Differences*, 32, 1247-1253.
- Corr, P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 317-332.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Amsterdam: Elsevier.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., Sylvers, P., Mead, H., & Chipman-Chacon, J. (2006). Autonomic correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 174-178.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & 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 (4), 145-150.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 307-330.
- Davis, T. E. & Ollendick, T. H. (2005). Empirically supported treatments for specific phobia in children: Do efficacious treatments address the components of a phobic response? *Clinical Psychology, Science and Practice*, 12, 144-160.
- Del Barrio, V. (2005). Temperamento. A L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 113-146). Barcelona: Masson.

- Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion, 31*, 200-207.
- Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2005). A neurobehavioral dimensional model of personality disturbance. A. M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2^a ed, pp. 391-453). New York: Guilford Press.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology, 9*, 633-652.
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 20*, 509-531.
- Dorn, L. D., Campo, J. C., Thato, S., Dalh, R. E., Lewin, D., Chandra, R., et al. (2003). Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 66-75.
- Drabant, E. M., Hariri, A. R., Meyer-Lindenberg, A., Munoz, K. E., Mattay, V. S., Kolachana, B. S., et al. (2006). Catechol O-methyltransferase val(158)met genotype and neural mechanisms related to affective arousal and regulation. *Archives of General Psychiatry, 63*, 1396-1406.
- Edelbrock, E., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N., & Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27*, 181-190.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development, 75*, 334-339.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*, 1112-1134.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., et al. (2005). The relations of problem behavior status to children's reactive emotionality, effortful control, and impulsivity: Concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology, 41*(1), 193-211.

- Eisner, L., Johson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 645-649.
- El-Sheik, M. (2005). The role of emotional responses and physiological reactivity in the marital conflict-child functioning link. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1191-1199.
- Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 221-231.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67-81.
- Evans, D.L. & Seligman, M.E.P. (2006) Introduction. A D.L. Evans, E.B. Foa, R.E. Gur, H. Hendin, C.P. O'Brien, M.E.P. Seligman, & B.T. Walsh. *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. (pp. xxv-xl). New York: Oxford University Press.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Thomas.
- Farrell, L. J. & Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 58-65.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: a critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol 11 (4), pp 405-434.
- Felner, R. D., & Adan, A. M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. A R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 Ounces of Prevention: A casebook for practioners*. Washington DC: American Psychological Association.
- Field, A. P. (2006). The behavioral inhibition system and the verbal information to children's fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 742-752.

- Fishbein, D., Hyde, C., Coe, B., & Paschall, M. J. (2004). Neurocognitive and physiological prerequisites for prevention of adolescent drug abuse. *Journal of Primary Prevention, 24*, 471–495.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2000) Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 1356–1364.
- Fowles, D. C. (1980). The three-arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity and psychopathy. *Psychophysiology, 17*, 87-104.
- Fowles, D. C. (1982). Heart rate as an index of anxiety: failure of a hypothesis. A J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Perspectives in cardiovascular psychophysiology* (pp. 93-126). New York: Guilford Press.
- Fowles, D. C. (1983). Motivation effects on heart rate and electrodermal activity: Implications for research on personality and psychopathology. *Journal of research in personality, 17*, 48-71.
- Fowles, D. C. (1988). Psychophysiology and psychopathology: A motivational approach. *Psychophysiology, 25*, 373-391.
- Friedman, B. H. (2007). An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biological Psychology, 74*, 185–199.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence, 28*, 619-631.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*, 603-611.

- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality, 16*, 403-420.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Zambelli, U., Timpano, M., Reali, N., Bernasconi, S., et al. (2000). Neuroendocrine responses to psychological stress in adolescents with anxiety disorder. *Neuropsychobiology, 42*, 82-92.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J. & Reivich, K. J. (2001). Needed for prevention research: Long-term follow-up and the evaluation of mediators, moderators and lay providers. *Prevention and Treatment, 4*.
- Ginsburg, G. S. (2004). Anxiety prevention programs for youth: practical and theoretical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 430-434.
- Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 768-775.
- Goldberger, A. L., Amaral, L. A., Glass, L., Hausdorff, J. M., Ivanov, P. C., Mark, R. G., et al. (2000). PhysioBank, PhysioToolkit, and PhysioNet: components of a new research resource for complex physiologic signals. *Circulation 101*, E215-E220.
- Granic, I. (2005) Timing is everything: Developmental psychopathology from a dynamic systems perspective. *Developmental Review, 25*, 386-407.
- Granic, I. & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review, 113*, 101-131.
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. A. H. J. Eysenck, *A model for personality* (pp. 246-276). New York: Springer.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Nueva York: Cambridge.
- Greenberg, M. T. (2006). Promoting resilience in children and youth. Preventive interventions and their interface with neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 139-150.

- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent-child agreement: The case of structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57-83.
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 30-40.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Grossman, P., Wilhelm, F.H., & Spoerle, M. (2004). Respiratory sinus arrhythmia, cardiac vagal control and daily activity. *American Journal of Physiology*, 287, H728-734.
- Gunnar, M. R. (1994). Psychoendocrine studies of temperament and stress in early childhood: expanding current models. A. J. E. Bates & T. D. Wachs (Eds.), *Temperament: individual differences at the interface of biology and behavior* (pp. 175-198). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Gunnar, M.R. (2003). Integrating neuroscience and psychological approaches in the study of early experiences. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 238-247.
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
- Gunnar, M. R., & Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D. Cicchetti and D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: developmental neuroscience* (pp. 533-577). New York: Wiley.
- Gunnar, M. R., Sebanc, A. M., Tout, K., Donzella, D., & van Dulmen, M. M. H. (2003). Temperament, peer relationships, and cortisol activity in preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 43, 348-358.
- Gunnar, M. R., Talge, N. M., & Herrera, A. (2009). Stressor paradigms in developmental studies: What does and does not work to produce mean increases in salivary cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 953-967.

- Gunnar, M. R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J. D., & Griggs, C. (2009). Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: Normative changes and associations with puberty. *Development and Psychopathology, 21*, 69-85.
- Hains, A. A. (1992). Comparison of cognitive-behavioral stress management techniques with adolescent boys. *Journal of Counseling & Development, 70*, 600-605.
- Hains, A. A. & Szyjakowski, M. (1990). A cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. *Journal of Counseling & Development, 37*, 79-84.
- Hale, W. W., Raaijmakers, Q., Muris, P., van Hoof, A., & Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 556-564.
- Herjanic B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 307-324.
- Hightower, A. D. & Branden, J. (1991). Prevention. A T. R. Kratochwill & R. J. Morris (Eds.). *The practice of child therapy (pp 410-440)*. New York: Pergamon Press.
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N. et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 103-111.
- Hodges, W. (1991). *Interventions for children of divorce: Custody, access, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 401-415.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.

- Hudson, J. L. (2005). Interparental conflict, violence, and psychopathology. A. J. L. Hudson & R. M. Rapee (Eds.), *Psychopathology and the Family* (pp. 53-72). Oxford UK: Elsevier.
- Hudson, J. L., Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2004). Primary prevention of anxiety disorders in children and adolescents. A. D. Dozois & K. Dobson (Eds.), *The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice* (pp 101-130). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Coles, M. E., Robin, J. A., & Webb, A. (2002). The other side of the coin: using intervention research in child anxiety disorders to inform developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 14*, 819-841.
- Ialongo, N. S., Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Toth, S., Buckley, J. A., Petras, H., et al. (2006). A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. A. D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp. 968–1018). New York: John Wiley & Sons.
- Institute of Medicine, I. (1994). *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jansen, J., Beijers, R., Riksen-Walraven, M., and de Weert, C. (2010). Cortisol reactivity in young infants. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 329-338.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.80 for Windows [Computer Software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition. *Child Development, 58*, 1459-1473.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children—Present and lifetime (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980–988.

- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, 60*, 709-717.
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D. H. (1989). Salivary cortisol in psycho-biological research: an overview. *Neuropsychobiology, 22*, 150-169.
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D. H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology, 19*, 313-333.
- Klimes-Dougan, B., Hastings, P. D., Granger, D. A., Usher, B. A., & Zahn-Waxler, C. (2001). Adrenocortical activity in at-risk and normally developing adolescents: Individual differences in salivary cortisol basal levels, diurnal variation, and responses to social changes. *Development and Psychopathology, 13*, 695-719.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- Lang, P. J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B. N. (1999). *International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., & Feldner, M. T. (2004). Behavioral inhibition sensitivity and emotional response suppression: A laboratory test among adolescents in a fear-relevant paradigm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 783-791.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M. A., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109-117.

- Lindqvist, A., Jalonen, J., Parviainen, P., Antilla, K., & Laitinen, L. A. (1990). Effect of posture on thermally stimulated cardiovascular oscillations. *Cardiovascular Research, 24*, 373-380.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change, 20*, 183-199.
- Lonigan, C. J., & Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60-91). Nueva York: Oxford University Press.
- Lonigan, C. J., & Vasey, M. W. (2009). Negative Affectivity, Effortful Control, and Attention to Threat-Relevant Stimuli. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 387-399.
- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., & Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 8-20.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change, 18*, 36-50.
- Lowry-Webster, H., Barrett, P., & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at one-year follow-up. *Behaviour Change, 20* (1), 25-43.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues on research on childhood resilience. *Pediatric Annals, 20*, 501-506.
- Lynch, T. R., Robins, C. J., Morse, J. Q., & Krause, E. D. (2001). A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy, 32*, 519-536.
- Malgady, R. G., Rogler, L. H. & Constantino, G. (1990). Hero/heroine modelling for Puerto Rican adolescents: A preventive mental health intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 469-474.

- Manassis, K. & Bradley, S. (1994). The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*, 345-366.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative, hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 139-157.
- Martel, F. L., Hayward, C., Lyons, D. M., Sanborn, K., Varady, S., and Schatzberg, A. F. (1999). Salivary cortisol levels in socially phobic adolescent girls. *Depression and Anxiety, 10*, 25-27.
- Masia-Warner, C., Nangle, D. W., & Hansen, D. J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: General issues and specific populations. *Education and Treatment of Children, 29*, 165-172.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238.
- Masten, A. S. & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 13-27.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Patterson, T. L., & Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to Positive and Negative Affect. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 608-615.
- Meinchenbaum, D. L., Fabiano, G. A., & Fincham, F. (2002). Communication in relationships with adolescents. A F. W. Kaslow & T. P. Patterson (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol 2. Cognitive-behavioral approaches* (pp. 167-188). New York: Wiley.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1223-1229.
- Merikangas, K. R. (2005). Anxiety Disorders: Epidemiology. A B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 8ena ed., pp 1720-1728). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mezzacappa, E., Tremblay, R. E., Kindlon, D., Saul, J. P., Arseneault, L., Seguin, J., et al. (1997). Anxiety, antisocial behaviour, and heart rate regulation in adolescent males. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 457–469.
- Mobbs, O., Ghisletta, P., & Van der Linden, M. (2008). Clarifying the role of impulsivity in dietary restraint: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, *45*, 602–606.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Muris, P., & Broeren, S. (2009). Twenty-five years of research on childhood anxiety disorders: publication trends between 1982 and 2006 and a selective review of the literature. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, pp. 388-395.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*, 271-289.
- Muris, P., Fokke, M., & Kwik, D. (2009). The Ruminative Response Style in adolescents: An examination of its specific link to symptoms of depression *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 21-32.
- Muris, P., Meesters, C., de Kanter, E., & Timmerman, P. E. (2005). Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, *38*, 831-841.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B., & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1051-1061.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Haaften, H., & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo: A single-session crossover study of spider-phobic children. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 82-86.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-Behavioural Therapy for children with anxiety disorders in a clinical

- setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (11), 1270-1278.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813-839.
- Neher, L. S. & Short, J. L. (1998). Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 154-161.
- 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.
- Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 395-422.
- Nikula, R. (1991). Psychological correlates of nonspecific skin conductance responses. *Psychophysiology*, 28, 86-90.
- Orvaschel, H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1525-1535.
- Öst, L. G., Svensson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety sensitivity index manual*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Revised Manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Peterson, L. & Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-4.
- Pincus, S. M. (1995). Approximate entropy (ApEn) as a complexity measure. *Chaos: An Interdisciplinary Journal of Nonlinear Science*, 5, 110-117.

- Plomin, R. (1983). Childhood temperament. A. B. B. Lahey & A. E. Casdin (Eds.). *Advances in clinical child psychology. Vol. 6*. New York: Plenum.
- Porges (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology, 32*, 301-318.
- Porges, S. W. (2003). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior, 79*, 503-513.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 461-468.
- Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., von Auer, K., Jobst, S. et al. (1997). Free cortisol levels after awakening: a reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life sciences, 61*, 2539-2549.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological Psychiatry, 52*, 947-957.
- Rapee, R.M., Barrett, P.A., Dadds, M. R., & Evans, L. (1994). Reliability of the *DSM-III* childhood anxiety disorders using structured interview: Interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 984-992.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
- Richman, J. S., & Moorman, J. R. (2000). Physiological time-series analysis using approximate entropy and sample entropy. *American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology, 278*, H2039-H2049.
- Roth, J. H. & Dadds, M. R. (1999). Prevention and early intervention strategies for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 12*, 169-174.
- Rothbart M. K. (1989). Temperament and development. A. G. Kohnstamm, J. Bates, & M. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood*. New York: Wiley.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science, 16*, 207-212.

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. A. W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. A. M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37-86). Hillsdale: Erlbaum.
- Rothbart M. K., & Sheese, B. E. (2007). Temperament and emotion regulation. A. J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). New York: The Guilford Press.
- Safford, S. M., Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Webb, A., & Sommer, H. (2005). A longitudinal look at parent-child diagnostic agreement in youth treated for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 747-757.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 173-182.
- Santucci, A. K., Silk, J. S., Shaw, D. S., Gentzler, A., Fox, N. A., & Kovacs, M. (2008). Vagal tone and temperament as predictors of emotion regulation strategies in young children. *Developmental Psychobiology*, 50, 205-216.
- Sauter, F. M., Heyne, D., & Westenberg, P. M. (2009). Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: Developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 310-335.
- Shiner, R., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 2-32.

- Schlotz, W., Schulz, P., Hellhammer, J., Stone, A. A., & Hellhammer, D. H. (2006). Trait anxiety moderates the impact of performance pressure on salivary cortisol in everyday life. *Psychoneuroendocrinology* 31, 459-472.
- Schmidt, N. B., Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., Fitzpatrick, K. K., Vasey, M. W., & Richey, J. A. (2007). Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 302-319.
- Shure, M. B. & Spivack, G. (1979). Interpersonal problem solving thinking and adjustment in the mother-child dyad. A. M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.). *Primary Prevention of Psychopathology: Vol. 3. Social Competence in Children* (pp. 201-219). Hanover, NH: University Press of New England.
- Shure, M. B. & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356.
- Servera, M., & Cardo, E. (2006). Children Sustained Attention Task (CSAT): Normative, reliability, and validity data. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 697-707.
- Servera, M., & Tortella-Feliu, M. (1999). *Versió catalana de l'inventari de depressió per a infants (CDI)*. Manuscrit no publicat, Universitat de les Illes Balears.
- Shirtcliff, E. A., Granger, D. A., Booth, A., & Johnson, D. (2005). Low salivary cortisol levels and externalizing behavior problems in youth. *Development and Psychopathology*, 17, 167-184.
- Singh, I., & Rose, N. (2009). Biomarkers in Psychiatry. *Nature*, 460, 202-207.
- Slobodskaya, H. R. (2007). The associations among the big five, behavioural inhibition and behavioural approach systems and child and adolescent adjustment in Russia. *Personality and Individual Differences*, 43, 913-924.
- Smyth, J., Ockenfels, M. C., Gorin, A. A., Catley, D., Porter, L. S., Kirschbaum, C. et al. (1997). Individual differences in the diurnal cycle of cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 22, 89-105.

- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 422-436.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566.
- Spence, S. H. (1999). *Spence Children's Anxiety Scale (parent version)*. Brisbane: University of Queensland.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41*, 713-726.
- Srinivasan, K. Ashok, M. V., Vaz, M. & Yeragani, V. K. (2002). Decreased chaos of heart rate time series in children of patients with panic disorder. *Depression and Anxiety, 15*, 159-167.
- Stolberg, A. L., & Mahler, J. (1994). Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training, parental involvement, and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 147-156.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 750-759.
- Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J. L., & Thomassin, K. (2009). Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry & Human Development, 40*, 223-239.
- Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology (1996). Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Circulation, 93*, 1043-1065.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders, 61*, 201-216.

- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). Claude Bernard and the heart–brain connection: Further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *33*, 81-88.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 25-52.
- Torrubia, R., Àvila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, *31*, 837-862.
- Torrubia, R., García-Carrillo, M., Àvila, C., Caseras, X., & Grande, I. (2008). *A junior questionnaire for the measurement of Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward*. Manuscrit no publicat, Universitat Autònoma de Barcelona.
- 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. A Servera, M. (Ed.), *La intervención en los trastornos de comportamiento infantil* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide.
- Tortella-Feliu, M., & Balle, M. (2008). *Versió catalana del qüestionari de regulació emocional cognitiva (CERQ)*. Manuscrit no publicat, Universitat de les Illes Balears.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., Servera, M., & García de la Banda, G. (2005). Propiedades psicométricas de la adaptación catalana de la Escala de Ansiedad en Niño/-as de Spence (SCAS). *Psicología Conductual*, *13*, 111-123.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (en premsa). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Tortella-Feliu, M.; Servera, M.; Balle, M. & Fullana, M. A. (2004). 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*, 4 (2), pp. 371-387.
- Tranel, D. (1983). The effects of monetary incentive and frustrative non-reward on heart rate and electrodermal activity. *Psychophysiology*, 20, 652-657.
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R. et al. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 36-40.
- Valiente, C., Eisenberg, N., Smith, C. L., Reiser, M., Fabes, R. A., Losoya, S., et al. (2003). The relations of effortful control and reactive control to children's externalizing problems: A longitudinal assessment. *Journal of Personality*, 71, 1171-1196.
- van West, D., Claes, S., Sulon, J., & Deboutte, D. (2008). Hypothalamic-pituitary-adrenal reactivity in prepubertal children with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 111, 281-290.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An Introduction to the Developmental Psychopathology of Anxiety. A Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (Eds.) *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2009). Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 349-361.
- Waters, A. M., Lipp, O. V., & Spence, S. H. (2004). Attentional bias toward fear-related stimuli: An investigation with non-selected children and adults, and children with anxiety disorders. *Journal of Experimental Child Psychology*, 89, 320-337.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.
- Weems, C. F. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review*, *28*, 488-502.
- Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2006). An integrative model of control: Implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *91*, 113-124.
- Weems, C. F., Zakem, H., Costa, N. M., Cannon, M. F., & Watts, S. E. (2005). Physiological response and childhood anxiety: association with symptoms of anxiety disorders and cognitive bias. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*, 712-723.
- Weitzman, E. D., Fukushima, D., Nogeire, C., Roffwarg, H., Gallagher, T. F., Hellman, L. (1971). Twenty-four hour pattern of episodic secretion of cortisol in normal subjects. *Journal of Clinical Endocrinology*, *33*, 14-22.
- Wilhelm, F. H., Gevirtz, R. & Roth, W. T. (2001). Respiratory dysregulation in anxiety, functional cardiac, and pain disorders: assessment, phenomenology, and treatment. *Behavior Modification*, *25*, 513-545.
- Wilhelm, F.H., & Grossman, P. (en premsa). Emotions beyond the laboratory: Theoretical fundamentals, study design, and analytic strategies for advanced ambulatory assessment. *Biological Psychology*.
- Wilhelm, F.H., Grossman, P., & Roth, W.T. (2005). Assessment of heart rate variability during alterations in stress: complex demodulation vs. spectral analysis. *Biomedical Sciences Instrumentation*, *41*, 346-351.
- Wilhelm, F.H., Pfaltz, M.C., & Grossman, P. (2006). Continuous electronic data capture of physiology, behavior and experience in real life: towards ecological momentary assessment of emotion. *Interacting with Computers*, *18*, 171-186.
- Wilhelm, F.H., Pfaltz, M. C., Grossman, P., & Roth, W.T. (2006). Distinguishing emotional from physical activation in ambulatory psychophysiological monitoring. *Biomedical Sciences Instrumentation*, *42*, 458-463.

- Wolf, A., Swift, J. B., Swinney, H. L. & Vastano, J. A. (1985). Determining Lyapunov exponents from a time series. *Physica D*, 16, 285-317.
- Yeragani, V. K., Rao, K. A. R., Pohl, R., Jampala, V. C. & Balon, R. (2001). Heart rate and QT variability in children with anxiety disorders: A preliminary report. *Depression and Anxiety*, 13, 72-77.
- Zoccola, P. M., Dickerson, S. S., & Zaldívar, F. (2008). Rumination and cortisol responses to laboratory stressors. *Psychosomatic Medicine*, 70, 661-667.
- Zubernis, L. S., Cassidy, K. W., Gillham, J. E., Reivich, K. J., & Jaycox, L. H. (1999). Prevention of depressive symptoms in preadolescent children of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 30, 11-36.
- Zuckerman, M. (2001). Adult temperament and its biological basis. A. A. Elias & A. Anglietner (Eds.), *Advances in research on temperament* (pp. 42-57). Lengerich, Germany: Pab Science Publishers.

ANNEXOS

ANNEX I

Carta d'invitació per a participar en l'estudi, dirigida a l'Associació de directors i directores d'Educació Secundària de Mallorca (ADESMA).



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES
D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS

Benvolguts/benvolgudes membres de l'Associació de directors i directores D'Educació Secundària de Mallorca,

Des de la Universitat de les Illes Balears, ens posam en contacte amb vostès per sol·licitar la col·laboració de les Institucions que dirigeixen en un projecte de detecció i intervenció breu de problemes d'ansietat en la població adolescent.

Un elevat percentatge de la població pot presentar problemes d'ansietat al llarg de la seva vida, iniciant-se a la infantesa i/o adolescència i mantenint-se fins l'edat adulta si no s'hi intervé. Aquesta ansietat, sovint va lligada a dificultats de relació interpersonal, baix rendiment escolar o manca d'autoestima, entre d'altres. Però prèviament a l'aparició de problemes més greus, sovint es donen factors de risc previs al desenvolupament de trastorns d'ansietat i patologies associades. Una detecció primerenca d'aquests factors de risc és la primera passa per a una intervenció adequada i a temps, per tal de disminuir o eliminar la probabilitat de presentar problemes majors en el futur.

Per aquest motiu, i amb la finalitat de millorar la qualitat de vida dels nostres joves, des del **Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica** de la Universitat de les Illes Balears treballam en la detecció i prevenció de problemes d'ansietat en adolescents. Els serveis que oferim són gratuïts i els seus principals objectius són:

- Avaluar els símptomes d'ansietat i els factors de risc mitjançant entrevistes i qüestionaris, juntament a senyals fisiològics com la freqüència cardíaca (batecs del cor) o la conductància de la pell (suor de les mans), ambdós relacionats amb la simptomatologia ansiosa.
- Oferir un programa de prevenció grupal de 6 sessions d'una hora (amb un màxim de 10-12 persones per grup), aplicat en el centre escolar, en la que els/les joves en risc aprendran a controlar l'ansietat i a millorar les seves estratègies d'afrontament en situacions difícils.

Per tot això, i amb la finalitat d'arribar a la major població possible, és un bon punt de partida una primera avaluació col·lectiva realitzada als Instituts amb alumnes de 1r a 4t d'Educació Secundària. Aquesta avaluació es realitzaria, amb consentiment previ dels pares, mitjançant alguns qüestionaris que s'administrarien dins l'aula, amb una durada aproximada d'una hora. Una vegada obtinguts els resultats, s'elaboraria un informe per a l'Institut amb els resultats obtinguts i s'informaria als pares dels alumnes d'aquests resultats. Aquells pares interessats en què es completàs l'avaluació de l'adolescent amb les mesures psicofisiològiques, s'haurien de desplaçar amb el seu fill / la seva filla fins a la Universitat, havent concertat cita prèvia. Per a les molèsties d'haver-se de traslladar i per les despeses del transport se'ls compensaria econòmicament.

En relació a l'aplicació del programa de prevenció, l'ideal seria dur-lo a terme a l'Institut (tenim experiències anteriors que demostren la seva eficàcia), sempre que l'equip directiu hi estigués d'acord, en horari de tutories o en hores no lectives. Nosaltres ens traslladaríem des de la Universitat per realitzar les sessions, un o dos cops per setmana.

Finalment, tornaríem a avaluar als joves per valorar els efectes del programa, repetint l'avaluació sis mesos i un any després per fer-ne un seguiment.

Al llarg de tot el procés els aniríem informant per escrit dels resultats obtinguts.

En cas de que algun/alguna de vostès estigui interessat en la participació de la seva institució en aquest projecte, poden posar-se en contacte amb na Maria Balle cridant al núm. de telèfon: 616494521 o mitjançant un correu electrònic a l'adreça maria.balle-cabot@uib.es

Restam a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment.

Molt cordialment,

Maria Balle Cabot
Membre del Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
Professora Ajudant del Departament de Psicologia
Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics
Universitat de les Illes Balears

ANNEX II

Consentiment informat per a l'avaluació per a l'estudi 1, dirigit als pares i mares dels joves de primer a quart d'Educació Secundària Obligatòria



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica

DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS

Un elevat percentatge de la població pot presentar problemes d'ansietat al llarg de la seva vida, iniciant-se a la infantesa i/o adolescència i mantenint-se fins l'edat adulta si no s'hi intervé. Aquesta ansietat, sovint va lligada a dificultats de relació interpersonal, baix rendiment escolar o manca d'autoestima, entre d'altres. Però prèviament a l'aparició de problemes més greus, sovint es donen factors de risc per al desenvolupament de trastorns d'ansietat i patologies associades. Una detecció primerenca d'aquests factors de risc és la primera passa per a una intervenció adequada i a temps, per tal de disminuir o eliminar la probabilitat de presentar problemes majors en el futur.

Per aquest motiu, i amb la finalitat de millorar la qualitat de vida dels nostres joves, des del **Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica** de la Universitat de les Illes Balears treballam en la detecció i prevenció de problemes d'ansietat en adolescents, on realitzam avaluacions col·lectives dels factors de risc per a l'ansietat, en diferents Centres Escolars i Instituts d'Educació Secundària de l'Illa. A partir d'aquestes avaluacions, detectam aquells joves en risc de desenvolupar problemes d'ansietat i els oferim una avaluació individual, seguida de l'oportunitat de participar en un Programa de Prevenció d'Ansietat que duim a terme gratuïtament.

Ens adreçam a vostè, per demanar-li el seu consentiment per a que el seu fill/la seva filla participi en la primera avaluació col·lectiva que realitzarem al Centre Escolar al que assisteix.

En cas de **SI** estar d'acord en que el seu fill/la seva filla participi en aquesta avaluació, pot signar dins d'aquest requadre i retornar aquest full al tutor/a, abans d'una setmana.

Signat:

En cas de **NO** estar d'acord en que el seu fill/la seva filla participi en aquesta avaluació, pot signar dins d'aquest requadre i retornar aquest full al tutor/a, abans d'una setmana.

Signat:

ANNEX III

Instrumentes d'avaluació autoinformatats per als joves:

SCSR-J, PANASN, CERQ, SCAS i CDI

SCSR-J

Contesta cada pregunta marcant la A o la B a la fulla de respostes, depenent de si la teva resposta és SI (A) o NO (B). No hi ha respostes bones o dolentes, ni preguntes amb trampa. Treballa ràpidament i no pensis massa sobre el significat exacte de les preguntes.

	SI	NO
1.Freqüentment fas coses per a què et felicitin?	A	B
2.Ets una persona vergonyosa?	A	B
3.De petit/a feies moltes coses per cridar l'atenció dels altres?	A	B
4.Et fa molta por que els professors es puguin enfadar amb tu?	A	B
5.Et poses nerviós/a si has d'entrar en un lloc on hi ha persones reunides?.	A	B
6.Et preocupa molt el que puguin pensar els teus amics i amigues sobre allò que fas o dius?	A	B
7.T'agrada demostrar les teves habilitats físiques encara que corris algun perill?	A	B
8.Moltes vegades penses que podries fer moltes més coses si no fos per la teva vergonya i la por al ridícul?	A	B
9.Normalment t'espantes quan et trobes en una situació nova o poc habitual?	A	B
10.Moltes vegades fas coses pensant en els guanys immediats?	A	B
11.Freqüentment et costa resistir a la temptació de fer coses prohibides?	A	B
12.De vegades deixes de participar en les bromes que es fan els companys de classe per por que el professor se n'enteri?	A	B
13.Normalment, quan passa algun fet inesperat, et quedés sense saber què fer?	A	B
14.Quan truques per telèfon a un company/a i et respon una altra persona, et costa molt dir les coses?	A	B
15.Freqüentment trobes amics/amigues que t'agraden?	A	B
16.T'agrada competir i fer tots els possibles per guanyar?	A	B
17.Estàs més pendent de tot el que et pugui sortir malament que d'allò que et pugui sortir bé?	A	B
18.Prefereixes deixar de fer coses que t'agraden abans que arriscar-te a fer el ridícul?	A	B
19.T'agrada ser el centre d'atenció en les reunions familiars?	A	B
20.T'agradaria provar experiències noves i emocionants encara que fossin prohibides?	A	B
21.Deixes de fer coses que t'agraden perquè creus que els altres ho desaprovaran o ho criticaran?	A	B
22.T'agrada competir amb els altres quan fas qualsevol tipus d'activitat?	A	B
23.Et costaria tornar a un comerç per reclamar si descobrissis que t'han donat malament el canvi?	A	B
24.Freqüentment et costa donar la teva opinió en les discussions en grup?	A	B
25.Per estar entre els primers de la classe, series capaç d'utilitzar qualsevol mitjà (fins i tot fer trampes) per aconseguir-ho?	A	B
26.Quan us reuniu uns quants amics, t'agrada que estiguin pendents de tu?	A	B
27.Comparant-te amb els teus companys i companyes, tens por de moltes coses?	A	B
28.A casa, faries aquelles feines que mai no vols fer si et donessin diners per fer-les?	A	B
29.Et costa concentrar-te en la feina quan a classe hi ha algú que t'agrada?	A	B
30.Prefereixes les activitats competitives que les que no ho són?	A	B

PANAS-N

A continuació se indiquen algunes frases que els nens i les nenes utilitzen per descriure's a si mateixos. Llegeix atentament cada frase i marca una de les tres alternatives

	Nunca	A veces	Muchas veces
31. Me intereso por la gente o las cosas	A	B	C
32. Me siento tenso/a, agobiado/a, con sensación de estrés	A	B	C
33. Soy una persona animada, suelo emocionarme	A	B	C
34. Me siento disgustado/a o molesto/a	A	B	C
35. Siento que tengo vitalidad o energía	A	B	C
36. Me siento culpable	A	B	C
37. Soy un/a chico/a asustadizo/a	A	B	C
38. Estoy enfadado/a o furioso/a	A	B	C
39. Me entusiasmo (por cosas, personas, etc.)	A	B	C
40. Me siento orgulloso/a (de algo), satisfecho/a	A	B	C
41. Tengo mal humor (me altero o irrito)	A	B	C
42. Soy un/a chico/a despierto/a, "espabilado/a"	A	B	C
43. Soy vergonzoso/a	A	B	C
44. Me siento inspirado/a	A	B	C
45. Me siento nervioso/a	A	B	C
46. Soy un/a chico/a decidido/a	A	B	C
47. Soy una persona atenta, esmerada	A	B	C
48. Siento sensaciones corporales de estar intranquilo/a o preocupado/a	A	B	C
49. Soy un/a chico/a activo/a	A	B	C
50. Siento miedo	A	B	C

CERQ

Tothom es troba amb situacions negatives o desagradables i aleshores tothom respon a la seva manera. Indica en les següents frases què penses tu generalment quan et trobes amb una experiència negativa o un esdeveniment desagradable.

	(quasi) mai	poques vegades	de vegades	moltes vegades	(quasi) sempre
51. Sent que sóc l'únic que en té la culpa	A	B	C	D	E
52. Pens que he d'acceptar que això ha passat	A	B	C	D	E
53. Sovint pens en com em sent en relació al que he experimentat	A	B	C	D	E
54. Pens en coses més agradables del que he experimentat	A	B	C	D	E
55. Pens en quines coses puc fer millor	A	B	C	D	E
56. Pens que puc aprendre alguna cosa de la situació	A	B	C	D	E
57. Pens que tot podria haver estat molt pitjor	A	B	C	D	E
58. Sovint pens que el que he experimentat és molt pitjor que el que altres han experimentat	A	B	C	D	E
59. Sent que es pot culpar a altres persones	A	B	C	D	E

60. Sent que sóc responsable d'allò que ha passat	A	B	C	D	E
61. Pens que he d'acceptar la situació	A	B	C	D	E
62. Estic preocupat pel que pens i sent sobre el que he experimentat	A	B	C	D	E
63. Pens en coses agradables que no tenen res a veure amb allò	A	B	C	D	E
64. Pens en com puc afrontar millor la situació	A	B	C	D	E
65. Pens que em puc convertir en una persona més forta com a resultat del que ha passat	A	B	C	D	E
66. Pens que altra gent passa per experiències molt pitjors	A	B	C	D	E
67. Segueixc pensant en el terrible que és el que he experimentat	A	B	C	D	E
68. Sent que els altres són responsables del que ha passat	A	B	C	D	E
69. Pens en les errades que he comès en aquesta situació	A	B	C	D	E
70. Pens que no puc canviar res d'allò	A	B	C	D	E
71. Vull entendre perquè em sent de la manera que ho faig sobre el que he experimentat	A	B	C	D	E
72. Pens en alguna cosa agradable enlloc de en el que ha passat	A	B	C	D	E
73. Pens en com canviar la situació	A	B	C	D	E
74. Pens que la situació també té parts positives	A	B	C	D	E
75. Pens que això no ha estat tan dolent comparat amb altres coses	A	B	C	D	E
76. Sovint pens que el que he experimentat és el pitjor que li pot passar a una persona	A	B	C	D	E
77. Pens en les errades que els altres han comès en aquest assumpte	A	B	C	D	E
78. Pens que bàsicament la causa deu estar en jo	A	B	C	D	E
79. Pens que he d'aprendre a viure amb allò	A	B	C	D	E
80. Don voltes sobre els sentiments que la situació m'ha provocat	A	B	C	D	E
81. Pens en experiències agradables	A	B	C	D	E
82. Pens en un pla per fer millor les coses	A	B	C	D	E
83. Cerc les parts positives a l'assumpte	A	B	C	D	E
84. Em dic que hi ha coses pitjors en la vida	A	B	C	D	E
85. Contínuament pens en l'horrible que era la situació	A	B	C	D	E
86. Sent que bàsicament la causa és deguda a d'altres persones	A	B	C	D	E

SCAS

Ara només hi ha 4 opcions de resposta (A, B, C o D). Has de marcar com de sovint (amb quina freqüència?) et passa cadascuna d'aquestes coses. No hi ha respostes bones ni dolentes. No t'aturis massa temps a cada frase i marca la casella que digui millor com et trobes
GENERALMENT:

	Mai	A	Sovint	Sempre
	vegades			
87. Pas pena per les coses.	A	B	C	D
88. Em fa por la fosca.	A	B	C	D
89. Quan tenc un problema tenc una sensació estranya a l'estómac.	A	B	C	D
90. Tenc por.	A	B	C	D
91. Tendria por de quedar totsol a ca meva.	A	B	C	D
92. Quan he de fer un examen estic espantat.	A	B	C	D
93. Me fa por fer servir un excusat o bany públic.	A	B	C	D
94. Em preocupa el fet de ser enfora dels meus pares.	A	B	C	D
95. Tenc por de fer dois davant la gent.	A	B	C	D
96. Pas pena de fer les coses malament a l'escola.	A	B	C	D
97. Som popular entre els/les altres al·lots/al·lotes de la meva edat.	A	B	C	D
98. Pas pena de que li passi qualche cosa dolenta a algú de la meva família.	A	B	C	D
99. De sobte sent com si no pogués respirar quan no hi ha cap raó perquè això passi.	A	B	C	D
100. He d'anar comprovant que he fet les coses bé (que he apagat el llum o que la porta està ben tancada).	A	B	C	D
101. Em fa por haver de quedar dormint totsol.	A	B	C	D
102. Tenc problemes per anar a escola els dematins perquè em sent nerviós o espantat.	A	B	C	D
103. Som bo/bona fent esport.	A	B	C	D
104. Em fan por els cans.	A	B	C	D
105. No em puc treure del cap pensaments dolents o estúpids.	A	B	C	D
106. Quan tenc un problema el cor em bateja molt aviat.	A	B	C	D
107. De sobte començ a tremolar o m'estremesc quan no hi ha cap raó per això.	A	B	C	D
108. Pas pena de que em passi qualche cosa dolenta.	A	B	C	D
109. Em fa por anar al metge o al dentista.	A	B	C	D
110. Quan tenc un problema, tremol.	A	B	C	D
111. Em fa por estar a llocs alts o dins un ascensor.	A	B	C	D
112. Som una bona persona.	A	B	C	D
113. He de tenir pensaments especials (pensar en nombres o paraules) per evitar que passin coses dolentes.	A	B	C	D
114. Tenc por si he de viatjar amb cotxe, autobús o tren.	A	B	C	D
115. Em preocupa el que l'altra gent pensa de mi.	A	B	C	D
116. Em fa por estar a llocs amb molta de gent (com centres comercials, cinemes, autobusos, al pati quan hi ha molta de gent...).	A	B	C	D
117. Em sent feliç.	A	B	C	D

118. De sobte tenc por sense que hi hagi cap motiu.	A	B	C	D
119. Em fan por els insectes o les aranyes.	A	B	C	D
120. De sobte em sent marejat o a punt de desmaiarme quan no hi ha cap raó perquè això passi.	A	B	C	D
121. Tenc por si he de parlar davant la classe.	A	B	C	D
122. De sobte el cor em comença a bategar molt aviat sense cap motiu.	A	B	C	D
123. Em preocupa espantar-me de sobte quan no hi ha res de què tenir por.	A	B	C	D
124. M'agrada com som.	A	B	C	D
125. Em fa por ser a petits llocs tancats, com túnels o cambres petites.	A	B	C	D
126. He de fer algunes coses una vegada i una altra (com rentar-me les mans, fer net o posar les coses en un ordre determinat).	A	B	C	D
127. Em posen nerviós pensaments o imatges dolentes o estúpides que em vénen al cap.	A	B	C	D
128. He de fer coses d'una forma determinada per evitar que passin coses dolentes.	A	B	C	D
129. Estic orgullós de la meva feina a l'escola.	A	B	C	D
130. Tendria por si hagués de ser fora de casa durant el vespre.	A	B	C	D

CDI

Ara cada pregunta ja porta les tres opcions (A, B i C). Llegeix la que millor defineixi en cada cas com et sents tu. Recorda que no hi ha respostes bones ni dolentes. No deixis cap pregunta sense respondre, sempre hi haurà una opció que s'acosti a com et sents.

131	A. Estic trist de tant en tant B. Em sent trist moltes vegades C. Em sent trist tot el temps
132	A. Mai em sortirà res bé B. No estic segur de si les coses em sortiran bé o no C. Les coses em sortiran bé
133	A. Faig bé la majoria de les coses B. Faig moltes coses malament C. Ho faig tot malament
134	A. Em diverteixen moltes coses B. Em diverteixen poques coses C. Res em diverteix
135	A. Estic malament tot el temps B. Estic malament moltes vegades C. Estic malament de tant en tant
136	A. De tant en tant pens que em passen coses desagradables B. Em preocupa que em passin coses dolentes C. Estic segur de que em passaran coses terribles
137	A. M'odiï a mi mateix B. No m'agrada a mi mateix C. M'agrada a mi mateix
138	A. Tenc la culpa de totes les coses dolentes B. Tenc la culpa de moltes coses dolentes C. Normalment no tenc la culpa de que passin coses dolentes

139	A. No pens en suïcidar-me B. Pens en suïcidar-me però no ho faré C. Vull suïcidar-me
140	A. Tenc ganes de plorar tots els dies B. Tenc ganes de plorar molts de dies C. Tenc ganes de plorar de tant en tant
141	A. Les coses em preocupen constantment B. Les coses em preocupen moltes vegades C. Les coses em preocupen ocasionalment
142	A. M'agrada estar amb la gent B. No m'agrada molt estar amb la gent C. No vull estar amb la gent en absolut
143	A. No puc entendre les coses que em passen B. M'és difícil entendre les coses que em passen C. Entenc les coses que em passen amb molta facilitat
144	A. La meva aparença física està bé B. Hi ha coses que no m'agraden de la meva aparença física C. Som lleig/lletja
145	A. Sempre he de fer esforços pes posar-me a fer deures B. Moltes vegades he de fer esforços per posar-me a fer els deures C. Fer els deures no suposa un gran esforç per a mi
146	A. Totes les nits tenc dificultats per dormir-me B. Moltes nits tenc dificultats per dormir-me C. Dorm bé
147	A. Estic cansat de tant en tant B. Estic cansat molts de dies C. Estic cansat tot el temps
148	A. La majoria de dies no tenc gana de menjar B. Molts de dies no tenc gana de menjar C. Menj bé
149	A. No em preocupa patir mal B. Moltes vegades em preocupa patir mal C. Sempre em preocupa patir mal
150	A. No em sent totsol B. Em sent totsol moltes vegades C. Em sent totsol constantment
151	A. Mai me divertes a l'escola B. De tant en tant em divertes a l'escola C. Em divertes a l'escola moltes vegades
152	A. Tenc molts d'amics B. Tenc alguns amics, però m'agradaria tenir-ne més C. No tenc cap amic
153	A. La meva feina a l'escola ara està bé B. La meva feina a l'escola no és tan bona com abans C. Vaig malament en assignatures en que abans anava bé
154	A. Mai seré tan viu a l'escola com els meus companys B. Si vull a l'escola puc ser tan viu com els meus companys C. Som tan viu com els meus companys a l'escola
155	A. Realment ningú m'estima B. No estic segur de si hi ha algú que m'estimi C. Estic segur de que hi ha algú que m'estima
156	A. Normalment faig el que em diuen que he de fer B. Moltes vegades no faig el que em diuen C. Mai faig el que em diuen

- A. Se'm dóna bé estar amb la gent
 - B. Discutesc moltes vegades amb la gent
 - C. Em pas el temps discutint amb la gent
-

ANNEX IV

Informació sobre els resultats de l'avaluació per a l'estudi 1, dirigida als membres de l'Equip Directiu i/o del Departament d'Orientació de l'Institut d'Educació Secundària: Introducció als resultats, resultats globals del centre i exemple de resultats d'un grup-classe



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES
D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS

RESULTATS DEL' AVALUACIÓ COL·LECTIVA MITJANÇANT AUTOINFORMES

A continuació es presenten els resultats més significatius obtinguts en l'avaluació realitzada els mesos de març i abril de 2008 als alumnes d'Educació Secundària Obligatòria.

S'indiquen les puntuacions obtingudes per cada alumne/a, amb un resum descriptiu previ de les anàlisis globals.

Aquestes puntuacions **no serveixen, en cap cas, per a realitzar un diagnòstic psicopatològic**, únicament ens indiquen aquells joves que presenten un elevat risc per a un posterior desenvolupament de problemàtica ansiosa o depressiva

Per a una millor comprensió d'aquests resultats, s'exposa seguidament una definició d'allò que avaluen els instruments utilitzats.

SCSR-J

Avalua la Sensibilitat al Càstig i la Sensibilitat a la Recompensa. La primera abasta l'evitació passiva o inhibició conductual en situacions generals que involucren novetat o possibles conseqüències aversives, i la por o els processos cognitius produïts per l'amenaça de càstig o fracàs. La segona (la Sensibilitat a la Recompensa), abraça la tendència de resposta front a situacions en les quals les persones poden realitzar conductes per obtenir reforç positiu.

PANAS-N

Mesura l'Afecte Positiu i l'Afecte Negatiu.

L'Afecte Positiu es refereix la tendència a experimentar diferents estats anímics positius com l'alegria, l'interès per les coses, l'entusiasme, la confiança, etc.

L'Afecte Negatiu s'entén com la tendència a experimentar un ampli ventall d'emocions negatives com la por, la culpa i l'hostilitat davant situacions diverses, tot i la manca d'un estressor objectiu.

CERQ

Avalua la Regulació Emocional Cognitiva. Aquesta fa referència a la *capacitat de la persona de modular els nivells d'activació i malestar*. Forma part de la capacitat d'autoregulació, i està formada per la capacitat de desviar l'atenció (per exemple, davant condicions desagradables) i de mantenir-la focalitzada, juntament a la capacitat d'activar o inhibir la conducta; tot això amb l'objectiu d'apaivagar la reactivitat emocional. Els diferents tipus de regulació emocional cognitiva que avalua aquest instrument són:

Autoculpabilització: es refereix als pensaments de culpabilització cap a un mateix en relació al que ha passat.

Acceptació: es refereix als pensaments de resignació cap al que ha passat.

Rumiació: fa referència a estar pensant tot el temps en els sentiments i pensaments associats a l'esdeveniment negatiu.

Reenfocament Positiu: suposa pensar en una altra cosa, assumptes agradables, enlloc de l'esdeveniment real.

Enfocament en Planificació: suposa pensar en les passes a donar per afrontar/tractar l'esdeveniment.

Revaluació Positiva: suposa pensar en el significat positiu de l'esdeveniment en termes de creixement personal.

Posada en perspectiva: es refereix als pensaments utilitzats de cara a minimitzar la serietat de l'esdeveniment comparat amb d'altres.

Catastrofitzar: es refereix a emfasitzar explícitament el terror de l'experiència.

Culpa dels altres: suposa pensar en què la culpa del que ha passat la tenen els altres.

SCAS

Escala per a la mesura de símptomes de trastorns d'ansietat. Aquests trastorns d'ansietat són: el trastorn d'ansietat generalitzada, el trastorn d'ansietat per separació, la fòbia social, el trastorn de pànic i l'agorafòbia, el trastorn obsessiu compulsiu i la por de ferides i de dolor físic (fòbies específiques).

CDI

Avalua la simptomatologia depressiva.

RESULTATS GLOBALS DE L'ALUMNAT DEL CENTRE

	N	Puntuació Mínima	Puntuació Màxima	Mitjana	Desviació Típica	Puntuació significativa a partir de:
Sensibilitat al Càstig (SCSR-J)	310	0	15	5,42	3,18	10
Sensibilitat a la Recompensa (SCSR-J)	310	0	14	6,27	2,98	11
Afecte Positiu (PANAS-N)	310	11	30	23,06	3,37	26
Afecte Negatiu (PANAS-N)	310	10	28	17,66	3,65	23
Simptomatologia Ansiosa Total (SCAS)	310	3	85	27,86	15,16	*42
Simptomatologia Depressiva (CDI)	310	0	37	10,50	6,33	12-18 MOD / >19 ALT
Subscales:						
Autoculpa (CERQ)	310	4	20	10,30	3,05	9-10
Acceptació (CERQ)	310	4	20	12,28	3,19	12
Rumiació (CERQ)	310	4	20	11,50	3,36	10
Enfocament Positiu (CERQ)	310	4	20	11,60	3,35	12
Enfocament Planificació (CERQ)	310	4	20	13,39	3,13	12
Reavaluació Positiva (CERQ)	310	4	20	13,00	3,14	11
Posada en perspectiva (CERQ)	310	4	20	12,28	3,30	12
Catastrofitzar (CERQ)	310	4	20	9,16	3,29	8
Culpa dels altres (CERQ)	310	4	19	8,65	2,80	8

Pànic / Agorafòbia (SCAS)	310	0	21	2,98	3,47	18
Ansietat per separació (SCAS)	310	0	15	4,25	2,82	12
Fòbies Específiques (SCAS)	310	0	12	2,93	2,53	10
Fòbia Social (SCAS)	310	0	16	5,55	3,58	12
Trastorn Obsessiu Compulsiu (SCAS)	310	0	15	5,45	3,40	12
Trastorn Ansietat Generalitzada (SCAS)	310	0	18	6,71	3,54	12

CURS: 1r A

codi de l'alumne	Sensibilitat Càstig	Risc / no risc	Sensibilitat Recompensa	Afecte Positiu	Afecte Negatiu	Simptomat Ansiosa	Ansietat Clínica	Simptomat Depressiva
21103	4	0	6	29	16	30	0	5
21104	3	0	1	22	20	21	0	5
21105	2	.	6	22	10	9	0	18
21107	5	0	6	23	12	22	0	10
21108	8	0	9	19	17	25	0	16
21109	10	1	11	26	26	31	0	10
21110	7	0	5	22	24	52	1	8
21113	2	.	12	27	14	28	0	10
21115	2	.	6	19	20	5	0	22
21116	9	0	10	23	16	27	0	12
21117	11	1	11	21	22	42	1	22
21118	8	0	1	20	17	42	1	10
21119	7	0	5	23	20	21	0	5
21121	12	1	3	15	21	65	1	16
21122	9	0	4	22	13	35	0	9
21123	7	0	3	24	20	22	0	12
21124	7	0	7	28	19	23	0	4
21125	7	0	2	26	16	34	0	5
21126	3	0	11	20	11	26	0	2
21127	7	0	3	18	18	20	0	8
21128	7	0	3	23	19	18	0	9
21130	7	0	2	17	13	31	0	26

codi de l'alumne	Autoculpa	Acceptació	Rumiació	Enfocament Positiu	Enfocament Planificació	Reavaluació Positiva	Posada perspectiva	Catastrofitzar	Culpa dels altres
21103	14	11	11	13	15	16	15	7	6
21104	10	13	4	16	12	9	12	8	7
21105	4	12	4	4	5	8	4	4	4
21107	6	8	7	14	19	18	15	11	8
21108	7	8	5	12	13	11	13	10	7
21109	16	19	10	14	19	17	17	16	19
21110	11	14	14	10	14	11	13	12	9
21113	8	13	9	20	11	15	16	5	14
21115	4	5	5	4	6	6	5	6	4
21116	10	10	11	13	14	13	14	13	12
21117	12	14	14	12	17	17	16	14	11
21118	14	12	15	14	18	15	11	11	13
21119	12	12	16	15	13	12	12	7	8
21121	15	12	17	4	15	16	16	16	8
21122	11	15	12	18	16	15	12	6	4
21123	13	12	13	17	18	12	8	7	6
21124	11	18	13	17	15	17	13	7	7
21125	12	13	15	14	16	15	16	9	9
21126	9	6	11	14	12	13	12	10	6
21127	9	9	12	13	13	10	12	8	9
21128	10	13	16	11	15	13	13	9	6
21130	9	6	7	11	9	10	10	8	9

codi de l' alumne	Pànic/Agorafòbia	Ansietat Separació	Fòbies Específiques	Fòbia Social	TOC	TAG
21103	3	4	4	4	8	7
21104	2	8	1	3	2	5
21105	0	3	0	0	6	0
21107	0	0	1	6	7	8
21108	2	5	2	4	5	7
21109	1	6	0	11	7	6
21110	7	9	4	8	12	12
21113	3	3	4	3	8	7
21115	0	2	0	1	2	0
21116	2	4	1	5	7	8
21117	9	4	3	7	8	11
21118	3	7	0	13	6	13
21119	0	5	3	4	5	4
21121	10	10	4	13	12	16
21122	7	5	0	6	8	9
21123	0	4	1	4	5	8
21124	1	5	3	2	6	6
21125	9	3	4	4	11	3
21126	3	3	3	4	8	5
21127	0	4	3	3	5	5
21128	0	4	0	4	6	4
21130	6	4	5	7	4	5

ANNEX V

Cartes d'invitació per a participar en els estudis 2, 3 i 4, dirigides als pares i mares dels joves en risc (primera carta) i sense risc (segona carta)



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica

DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS

Una vegada realitzada l'avaluació col·lectiva de factors de risc d'ansietat, hem vist com el seu fill/la seva filla es troba, actualment, entre els/les joves amb major risc. Presentar factors de risc no suposa cap problema per a l'adolescent en aquests moments, i són molt freqüents en la majoria de la població, però són un bon indicador de possibles problemes en el futur. Per aquest motiu, els oferim la possibilitat de participar en l'estudi que estam duent a terme, a on realitzam una avaluació individual i més acurada de la vulnerabilitat a patir ansietat en els joves. L'avaluació, que els explicam a continuació, es realitzaria en 4 moments diferents al llarg d'un any, amb l'objectiu de valorar l'evolució del / la jove.

Aquesta avaluació consisteix en la realització d'una entrevista individual amb l'adolescent i el pare i/o la mare, la resposta a qüestionaris, i la mesura de senyals fisiològics del/la jove: la variabilitat de la freqüència cardíaca (batecs del cor) i la conductància de la pell (suor de les mans). Aquestes mesures psicofisiològiques no són en absolut perilloses ni intrusives: per al registre cardíac es col·loca un electrode (adhesiu que s'aferra damunt de la pell) a cada turmell i un al canell, i mitjançant la connexió d'aquests electrodes a un aparell de mesura, s'obtenen les ones cardíques; per al registre de la conductància de la pell, s'adhereixen igualment electrodes (més petits) a dos dits de la mà, i mitjançant el mateix procediment s'obtenen unes ones indicadores de la sudoració de la pell. A més, es recullen dues mostres de saliva (impregnant un cotó) per a l'anàlisi del nivell de cortisol salivar (hormona relacionada amb l'estrès).

Una vegada finalitzada aquesta avaluació, el seu fill/a podria participar en el Programa de Prevenció d'Ansietat en el que aprendria estratègies per afrontar i manejar l'ansietat més efectivament: conèixer què és l'ansietat, saber què fer quan es presenten símptomes com el cor accelerat, la manca de respiració, pensaments negatius, etc. Per aconseguir aquests objectius es dedicarien 6 sessions grupals d'una hora aproximadament, una vegada a la setmana, en el mateix institut (en horari no lectiu). Es formarien dos "grups d'intervenció": un al que se li aplicaria el Programa de

Prevenció durant aquest curs escolar (després de la primera avaluació), i un altre al que se li aplicaria el curs que ve (després de la quarta avaluació).

Per a les avaluacions, s'haurien de desplaçar fins a la Universitat de les Illes Balears.

Els serveis oferts des del Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica són gratuïts. Per a les molèsties d'haver-se de traslladar i per a les despeses del transport, es compensarà econòmicament als pares amb una quantitat simbòlica de 10 € i al / a la jove amb 5 €.

Una vegada finalitzat el procés, s'entregarà als interessats un informe amb els resultats de les proves realitzades.

En cas d'estar interessats en participar en aquest estudi, poden posar-se en contacte amb na Maria Balle cridant al núm. de telèfon: 616494521 o mitjançant un correu electrònic a l'adreça maria.balle-cabot@uib.es

Restam a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment.

Molt cordialment,

Maria Balle Cabot
Professora Ajudant del Departament de Psicologia
Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics
Universitat de les Illes Balears



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica

DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS

Una vegada realitzada l'avaluació col·lectiva de factors de risc d'ansietat, hem vist com el seu fill/la seva filla no es troba, actualment, entre els/les joves amb major risc. Així i tot, potser aquests factors acabin apareixent amb el pas del temps. Per aquest motiu, li oferim una avaluació individual i més acurada del seu fill/la seva filla, per anar controlant, i així prevenir l'aparició futura de problemes. Aquesta avaluació es realitzaria, d'aquí a unes setmanes, i es repetiria després de 2 mesos, 6 mesos i 1 any.

L'avaluació consisteix en la realització d'una entrevista individual amb l'adolescent i el pare i/o la mare, la resposta a qüestionaris, i la mesura de senyals fisiològics del/la jove: la variabilitat de la freqüència cardíaca (batecs del cor) i la conductància de la pell (suor de les mans). Aquestes mesures psicofisiològiques no són en absolut perilloses ni intrusives: per al registre cardíac es col·loca un electrode (adhesiu que s'aferra damunt de la pell) a cada turmell i un al canell, i mitjançant la connexió d'aquests electrodes a un aparell de mesura, s'obtenen les ones cardíques; per al registre de la conductància de la pell, s'adhereixen igualment electrodes (més petits) a dos dits de la mà, i mitjançant el mateix procediment s'obtenen unes ones indicadores de la conductància de la pell. A més, es recullen dues mostres de saliva (impregnant un cotó) per a l'anàlisi del nivell de cortisol salivar (hormona relacionada amb l'estrès).

Per a les avaluacions, s'haurien de desplaçar fins a la Universitat de les Illes Balears. Els serveis oferts des del Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica són gratuïts. Per a les molèsties d'haver-se de traslladar i per a les despeses del transport, es compensarà econòmicament als pares amb una quantitat simbòlica de 10 € i al / a la jove amb 5 €.

Una vegada finalitzat el procés, s'entregarà als interessats un informe amb els resultats de les proves realitzades.

En cas d'estar interessats en participar en aquest estudi, poden posar-se en contacte amb na Maria Balle cridant al núm. de telèfon: 616494521 o mitjançant un correu electrònic a l'adreça maria.balle-cabot@uib.es

Restam a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment.

Molt cordialment,

Maria Balle Cabot
Professora Ajudant del Departament de Psicologia
Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics
Universitat de les Illes Balears

ANNEX VI

Descripció dels estudis 2, 3 i 4, i consentiment informat per a la participació en aquests estudis per als pares i per al jove



**Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS**

**DESCRIPCIÓ DE L'ESTUDI I DE LES CONDICIONS PER A LA SEVA
PARTICIPACIÓ**

INTRODUCCIÓ

Un elevat percentatge de la població pot presentar problemes d'ansietat al llarg de la seva vida, iniciant-se a la infantesa i/o adolescència i mantenint-se fins l'edat adulta si no s'hi intervé. Aquesta ansietat, sovint va lligada a dificultats de relació interpersonal, baix rendiment escolar o manca d'autoestima, entre d'altres. Però prèviament a l'aparició de problemes més greus, sovint es donen factors de risc per al desenvolupament de trastorns d'ansietat i patologies associades. Una detecció primerenca d'aquests factors de risc és la primera passa per a una intervenció adequada i a temps, per tal de disminuir o eliminar la probabilitat de presentar problemes majors en el futur.

OBJECTIUS DE L'ESTUDI

El primer objectiu de l'estudi és estudiar els factors psicofisiològics relacionats amb els factors de risc i de vulnerabilitat autoinformats per al desenvolupament de problemes d'ansietat.

El segon objectiu és aplicar un programa breu de prevenció de problemes d'ansietat en adolescents en risc. S'estudiarán els efectes d'aquest programa.

PARTICIPANTS

Joves de 12 a 16 anys.

PROCEDIMENT

1. FASE I

S'avaluaran mitjançant autoinformes els següents factors de risc / vulnerabilitats: la sensibilitat al càstig, la inhibició conductual, el neuroticisme, l'afectivitat negativa i l'estil de regulació emocional. Els factors psicofisiològics a avaluar són: variabilitat de la resposta cardíaca i de la resposta electrodermica i nivell de cortisol salivar.

A més dels factors de risc, s'avaluarà la simptomatologia ansioso-depressiva auto i heteroinformada (pel mateix jove i pels pares), amb la finalitat d'estudiar la relació amb les variables anteriors.

S'iniciarà la sessió d'avaluació amb una entrevista als pares i al jove, per separat. Es continuarà amb la resposta a qüestionaris en ambdós casos, també per separat. En el cas dels pares, l'avaluació finalitzarà aquí. Aquesta primera part pot durar entre 30 i 60 minuts.

En el / la jove es continuarà amb la mesura dels senyals fisiològics. Aquestes mesures psicofisiològiques no són en absolut perilloses ni intrusives: per al registre cardíac es col·loca un electrode (adhesiu que s'aferra damunt de la pell) a cada turmell i un al canell, i mitjançant la connexió d'aquests electrodes a un aparell de mesura, s'obtenen les ones cardíques; per al registre de la conductància de la pell, s'adhereixen igualment electrodes (més petits) a dos dits de la mà, i mitjançant el mateix procediment s'obtenen unes ones indicadores de la conductància de la pell. La mostra de saliva es recull mitjançant la impregnació d'un cotó que es guardarà dins d'un potet de plàstic fins a la seva anàlisi.

Els dos primers factors s'avaluaran davant diferents tasques de laboratori informatitzades: respiració pautaada, tasca d'execució activa amb cost de resposta i exposició a diferents tipus d'imatges. La durada d'aquestes tasques és de 30 minuts, aproximadament. El nivell de cortisol s'obtindrà a partir de dues mostres de saliva que es recolliran abans i després de les tasques davant l'ordinador.

2. FASE II

Els joves en risc avaluats es distribuïran aleatòriament en dos grups: un grup al que se li aplicarà el Programa de Prevenció durant el present curs escolar, i un grup en llista d'espera al que se li aplicarà durant el curs escolar vinent.

Mitjançant aquest Programa de Prevenció s'ensenyen estratègies per afrontar i manejar l'ansietat més efectivament: conèixer què és l'ansietat, saber què fer quan es presenten símptomes com el cor accelerat, la manca de respiració, pensaments negatius, etc. Per aconseguir aquests objectius es dedicaran 6 sessions grupals d'una hora aproximadament, una vegada a la setmana. Aquestes sessions es duran a terme a l'Institut d'Educació Secundària / al Centre Escolar, en horari no lectiu o en hores de tutoria, a fi d'interferir mínimament en el funcionament acadèmic habitual.

L'avaluació es repetirà acabada la intervenció i 6 mesos i 1 any després. D'aquesta manera s'avaluarà l'evolució del / la jove.

BENEFICIS

En estudis realitzats anteriorment en la mateixa línia, hem vist com el Programa de Prevenció pot ajudar a minvar els factors de risc per a l'ansietat autoinformats.

Aquest estudi ens ajudarà, primer, a conèixer si existeix relació entre les mesures fisiològiques i les autoinformades dels factors de risc, i, segon, si amb el Programa de Prevenció es poden modificar també les variables fisiològiques.

El / la jove es podrà beneficiar directament de l'estudi amb l'obtenció d'una avaluació acurada dels factors de risc per al desenvolupament de problemes d'ansietat, i amb l'aprenentatge de les estratègies adequades per al control de l'ansietat, mitjançant el Programa de Prevenció. Rebrà un informe final amb tots els resultats obtinguts de les proves.

RISCS

La participació en l'estudi no suposa cap tipus de risc.

COMPENSACIONS

Els serveis oferts des del Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica (avaluacions, intervenció i informe final) són gratuïts. Per a les molèsties d'haver-se de traslladar i per a les despeses del transport, es compensarà econòmicament als pares amb una quantitat simbòlica de 10 € i al / a la jove amb 5 €.

CONFIDENCIALITAT

En tot moment es mantindrà la confidencialitat de les seves dades, sempre respectant la llei de protecció de dades vigent a Espanya. Segons la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, el consentiment per al tractament de les dades personals i per a la seva cessió és revocable. Vostès poden exercir el seu dret d'accés, rectificació i cancel·lació dirigint-se a l'investigador. Els resultats de l'estudi podran ser publicats, però no es farà referència al nom del / la jove ni tampoc se l'identificarà. El seu nom no podrà ser desvetllat fora del Laboratori de Pràctica Clínica (UIB).



**Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS**

CONSENTIMENT INFORMAT DEL REPRESENTANT LEGAL

Jo,

DNI/Passaport.....

En la meua condició de representant legal de.....
acredit que:

He llegit el full informatiu que m'ha estat lliurat.

He tingut oportunitat d'efectuar preguntes sobre l'estudi.

He rebut respostes satisfactòries.

He rebut suficient informació en relació a l'estudi.

He xerrat amb l'Investigador:

Entenent que la participació del meu representat és voluntària.

Entenc que pot abandonar l'estudi:

- Quan ho desitgi.
- Sense haver de donar explicacions.

He estat present, en tot moment, en el procés d'informació al meu representat i del seu consentiment.

Consider que ha comprès suficientment l'abast de la seva participació en aquest estudi, la finalitat del qual és estudiar els factors psicofisiològics relacionats amb els factors de risc i de vulnerabilitat autoinformats per al desenvolupament de problemes d'ansietat, així com valorar els efectes d'un programa de prevenció de l'ansietat. Aquest no li reporta perjudici personal i pot contribuir a l'avanç científic amb importants beneficis per a la salut de la població juvenil. El representat vol participar-hi voluntàriament.

També he estat informat de forma clara, precisa i suficient dels següents extrems que afecten les dades personals que es contenen en aquest consentiment i en la fitxa o expedient que s'obri per a la participació:

- Aquestes dades seran tractades amb respecte a la meua intimitat i a la vigent normativa de protecció de dades.
- Sobre aquestes dades m'assisteixen els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició que podré exercir mitjançant sol·licitud davant la Sra. Maria Balle Cabot, amb DNI 78213825-W, l'investigadora responsable del tractament de la informació.

•Aquestes dades no podran ser cedides sense el meu consentiment .

Per tot això, declar que D./Dña. (nom i llinatges del representat) ha rebut tota la informació rellevant en la meua presència, adaptada al seu nivell de comprensió i mitjançant el present escrit manifest la meua conformitat EN LA SEVA PARTICIPACIÓ EN AQUEST ESTUDI.

Nom del representant:

DNI/Passaport

Firma:

Data:

Nom de l'investigador:

DNI

Firma:

Data:



**Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica
DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS**

CONSENTIMENT INFORMAT DEL REPRESENTAT

Jo,

He llegit el full informatiu que m'ha estat lliurat.

He tingut oportunitat d'efectuar preguntes sobre l'estudi.

He rebut respostes satisfactòries.

He rebut suficient informació en relació a l'estudi.

He xerrat amb l'Investigador:

Entenent que la meua participació és voluntària.

Entenc que puc abandonar l'estudi:

- Quan ho desitgi.
- Sense haver de donar explicacions.

Consider que ha comprès suficientment l'abast de la meua participació en aquest estudi, la finalitat del qual és estudiar els factors psicofisiològics relacionats amb els factors de risc i de vulnerabilitat autoinformats per al desenvolupament de problemes d'ansietat, així com valorar els efectes d'un programa de prevenció de l'ansietat. Aquest no em reporta perjudici personal i puc contribuir a l'avanç científic amb importants beneficis per a la salut de la població juvenil i que vull participar voluntàriament.

Les dades obtingudes seran tractades amb respecte a la meua intimitat i a la vigent normativa de protecció de dades.

Sobre aquestes dades m'assisteixen els drets d'accés, rectificació, cancelació i oposició que podré exercir mitjançant sol·licitud davant la Sra. Maria Balle Cabot, amb DNI 78213825-W, l'investigadora responsable del tractament de la informació.

•Aquestes dades no podran ser cedides sense el meu consentiment .

Per tot això, declar que he rebut tota la informació rellevant, mitjançant el present escrit manifest la meua conformitat EN PARTICIPAR EN AQUEST ESTUDI.

Nom del representat:

DNI/Passaport

Firma:

Data:

Nom de l'investigador:

DNI

Firma:

Data:

ANNEX VII

Instrumentes d'avaluació heteroinformats per als pares:

SCAS-P i CBCL

SCAS PER A PARES I MARES

Nom de l'infant/jove:

A continuació hi ha una llista d'ítems (frases descriptives) que descriuen als infants i joves. Per a cada ítem, marqui la resposta que millor descriu al seu fill / a la seva filla. Per favor, respongui a tots els ítems.

1. El meu fill/a passa pena per les coses.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
2. Al meu fill/a li fa por la fosca.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
3. Quan el meu fill/a té un problema, es queixa de tenir una sensació estranya a l'estómac.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
4. El meu fill/a es queixa de tenir por.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
5. El meu fill/a tendria por de quedar sol a casa.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
6. El meu fill/a està espantat quan ha de fer un examen.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
7. Al meu fill/a li fa por fer servir un excusat o bany públic.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
8. Al meu fill/a li preocupa el fet d'estar enfora de nosaltres (pare i/o mare).....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
9. El meu fill/a té por de fer dois davant la gent.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
10. El meu fill/a passa pena de fer les coses malament a l'escola.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
11. El meu fill/a passa pena de que li passi alguna cosa dolenta a algú de la nostra família	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
12. El meu fill/a es queixa de sentir de sobte com si no pogués respirar quan no hi ha cap raó per a que això passi.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
13. El meu fill/a ha d'anar comprovant que ha fet les coses bé (que ha apagat el llum o que la porta està ben tancada).....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
14. Al meu fill/a li fa por haver de quedar dormint totsol.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
15. El meu fill/a té problemes per anar a escola els dematins perquè se sent nerviós a espantat	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
16. Al meu fill/a li fan por els cans.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
17. El meu fill/a no es pot treure del cap pensaments dolents o estúpids.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
18. Quan el meu fill/a té un problema es queixa de que el cor li batega molt aviat.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
19. El meu fill/a de sobte comença a tremolar o s'estremeix quan no hi ha cap raó per a això	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
20. Al meu fill/a li preocupa que li pugui passar alguna cosa dolenta.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
21. Al meu fill/a li fa por anar al metge o al dentista.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
22. Quan el meu fill/a té un problema, tremola	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
23. Al meu fill/a li fan por les alçades (p. ex. estar a dalt d'un penya-segat.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre

24.El meu fill/a ha de tenir pensaments especials (pensar en números o en paraules) per evitar que passin coses dolentes.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
25.El meu fill/a té por si ha de viatjar en cotxe, autobús o tren.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
26.Al meu fill/a li preocupa el que l'altra gent pugui pensar d'ell/a.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
27.Al meu fill/a li fa por estar a llocs amb molta gent (com centres comercials, cinemes, autobusos, al pati quan hi ha molta gent).....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
28.De sobte, el meu fill/a té por sense que hi hagi cap motiu.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
29.Al meu fill/a li fan por els insectes o les aranyes.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
30.El meu fill/a es queixa de que de sobte se sent marejat o a punt de desmaiar-se quan no hi ha cap raó per a que això passi.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
31.El meu fill/a té por quan ha de parlar davant la classe.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
32.El meu fill/a es queixa de que el cor li comença a bategar molt aviat sense cap motiu	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
33.Al meu fill/a li preocupa espantar-se de sobte quan no hi ha res de que tenir por.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
34.Al meu fill/a li fa por ser a petits llocs tancats, com túnels o cambres petites.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
35.El meu fill/a ha de fer coses una vegada i una altra (com rentar-se les mans, fer net o posar les coses en un ordre determinat).....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
36.Al meu fill/a el/la posen nerviós/a pensaments o imatges dolentes o estúpides que li vénen al cap.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
37.El meu fill/a pensa que ha de fer coses d'una manera determinada per evitar que passin coses dolentes.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
38.El meu fill/a tendria por si hagués de ser fora de casa durant el vespre.....	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
39.Hi ha alguna cosa més a la que el seu fill/a tengui por?.....	SI	NO		
Per favor, escrigui a continuació quina és aquesta cosa i indiqui amb quina freqüència li té por _____	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
_____	Mai	A vegades	Sovint	Sempre
_____	Mai	A vegades	Sovint	Sempre

ANNEX VIII

Entrevista K-SADS-PL i fulls de registre de l'entrevista

**Traducción al Español de la Entrevista Diagnóstica:
Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia,
Present & Lifetime Version (K-SADS-PL)(1996)**

SECCIÓN UNO

Entrevista con: (rodee uno) SUJETO PADRES

Nombre del Sujeto: _____

Número de Identificación _____

Fecha: _____

Entrevistador: _____

Entrevista de seguimiento. Tiempo 1 _____ Tiempo 2 _____

Esta entrevista está validada en Español. Referencia:
de la Peña F, Ulloa R, Higuera F, Ortiz S, Arechavaleta B, Foullux C, Nogales I, Márquez M, Cruz E, Martínez P, Hernández L, Domínguez E. Interrater reliability of the Spanish version of the K-SADS-PL. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Annual Meeting. San Francisco, CA, Oct 22-27 2002, New Research Poster A35, Scientific Proceedings page 95.

Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresan, A., Apiquian, R., Cortes, J., Arechavaleta, B., Foullux, C., Martínez, P., Hernandez, L., Dominguez, E., de la Peña, F., 2006. Interrater reliability of the Spanish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL). Actas Esp. Psiquiatr. 34, 36–40.

Traducción Realizada por: Dra Monica Wolff, Dr Humberto Nicolini, Lic. Ana Fresan, Lic. Claudia Blas, Dr. Franciasco Paez, Dr. Rogelio Apiquian, Dr. Francisco de la Peña. Cedida por la Dra Wolff al Dr. César Soutullo para uso científico (Septiembre 1999).

Adaptada al idioma Español/Castellano de España por Dr. Cesar Soutullo (Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, Pamplona, España. csoutullo@unav.es)

**Uso autorizado por el Dr Francisco de la Peña, Clínica de Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, Mexico (adolesc@imp.edu.mx) el 21 Noviembre 2003.
Autorización para colgarla en internet con acceso libre por Dra. Mónica Wolff mwoff@emory.edu (18 Septiembre 2007)**

Instituto Psiquiátrico del Oeste, y Servicio de Consulta Externa de Alto Tamizaje, Méjico. (Dra Wolff actualmente en: Child Study Center, Yale University School of Medicine, PO Box 207900, New Haven, CT 06520-7900, USA).

El K-SADS-PL fue adaptado del K-SADS-P que desarrolló William Chambers, MD y Joaquim Puig-Antich, MD, y fue revisada más tarde por Joaquim Puig-Antich, MD, y Neal Ryan, MD. El K-SADS-PL fue escrito por Joan Kaufman PhD, Boris Birmaher MD, David Brent MD, Uma Rao MD, y Neal Ryan MD. Se diseñó para obtener puntuaciones de severidad en los síntomas, y valorar la psicopatología presente y pasada. El presente instrumento contiene muchos aspectos de otros instrumentos de entrevista estructurada como el K-SADS-E (Orvaschel & Puig-Antich), el SADS-L (Spitzer & Endicott), el SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, & First), el DIS (Robins & Helzer), el ISC (Kovacs), el DICA (Reich et al), y el DUSI (Tarter et al).

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Registre la Historia de tratamiento

Edad	Fecha de Tratamiento	Síntomas o Condición	Tratamiento/ Lugar
------	----------------------	----------------------	--------------------

Edad del primer tratamiento siendo paciente de consulta externa : _____

Edad de la primera hospitalización psiquiátrica : _____

Número de hospitalizaciones psiquiátricas : _____

Medicación psicotrópica :

Sedantes o tranquilizantes menores _____

Tranquilizantes mayores _____

Antidrepresivos _____

Estimulantes _____

Litio _____

Otro (especificar) _____

Hospitalizaciones o procedimientos quirúrgicos _____

Historia de medicamentos : _____

Nombre y dosis de medicamentos pasados _____

Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

¿Sensibilidad o alergias a alguna medicación ? Si _____ No _____

Nombre de la medicación _____ Reacción _____

Inmunización : ___ Completa ___ Incompleta ___ Sin información ___

HISTORIA DE DESARROLLO

Complicaciones durante el embarazo, labor y/o parto : ___ Si ___ No

Si hubo, explique _____

¿Uso de drogas o alcohol durante el embarazo ? ___ Si ___ No

Si, explique _____

¿Relaciones sociales durante la infancia? ___ Si ___ No

No, explique _____

Desarrollo dentro de los límites normales ___ Si ___ No

No, explique

Historia de Abuso ? Si No Edad _____
 Si , qué clase de abuso Físico Descuido Sexual Psicológico
 Si ,el abuso fue identificado antes de la evaluación en la evaluación

Acción tomada: _____

Relación del perpetrador con el paciente : _____

¿El niño tiene algún contacto actual con el perpetrador ? No Si No esta seguro _____

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDADES MEDICAS Y PSIQUIÁTRICAS

ADAPTACIÓN ESCOLAR Y RELACIONES SOCIALES

Obtenga información de las siguientes áreas. Parte de la información pudo ser obtenida con anterioridad.

1.- Escuela

- Preguntar acerca de : (a) Curso actual (o último curso realizado) ; (b) Cursos(s) repetidos ; © Servicios especiales (especificar) ; (d) Promedio ;
 (e) Rendimiento (diario y en exámenes) ;
 (f) quejas del profesor/a sobre la conducta del niño ; (g) Expulsiones/avisos disciplinarios;
 y (h) Lo que le agrada o desagrada

2.- **Relaciones con otros chicos/ as (amigos):** (a) Mejores amigos ; (b) Relaciones en colegio; (c) Relaciones en barrio/ vecindario ; (d) Actividades con amigos ; y (e) Problemas (molestar, peleas).

3.- **Relaciones familiares**

- Investigar acerca de : (a) Relación madre-hijo ; (b) Relación padre-hijo ; © Relación de pareja; (d) Relación con los hermanos ; (e) Familia (abuelos, tíos, primos)/ apoyos sociales

4.- Otras actividades

- Investigar acerca de : (a) Pasatiempos ; (b) Tiempo dedicado a actividades de recreo; © Deportes ; (d) Organizaciones (scouts, clubs...)

En entrevista con el niño, no es necesario (y usualmente no es recomendable) el completar la entrevista introductoria. Revise los datos demográficos (p.ej. edad, grado, constitución familiar, nombres y edades de hermanos), quejas presentadas (probablemente con menor detalle que con el padre) y familia, adaptación escolar e información minuciosa de las relaciones. La discusión de estos últimos tópicos es extremadamente importante, ya que suministran un contexto para dilucidar síntomas afectivos (depresión e irritabilidad) para niños, y obtener información preliminar para evaluar el deterioro funcional.

Trastornos Depresivos

Afecto Depresivo

P C S PARENT / CHILD / SUMMARY
PADRES / NIÑO / RESUMEN

Se refiere a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales o sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad, vacío, malos sentimientos, ganas de llorar. No incluye pensamientos (como desánimo, pesimismo, sentirse inútil), intentos suicidas o aspecto triste. Algunos niños negarán sentirse “tristes” y solo mencionan que se sienten “mal” por lo que es importante investigar acerca de cada afecto disfórico. No se toman en cuenta los sentimientos de ansiedad o tensión. La irritabilidad sin algún otro afecto disfórico persistente no debe ser cuantificada. En la entrevista con el padre, el “sentido intuitivo” de la madre de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerado como evidencia positiva del afecto deprimido del niño siempre y cuando el padre no se encuentre deprimido en la actualidad.

<p>¿Te has sentido triste, vacío, melancólico o desanimado? ¿Con ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes _____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras _____? ¿Tuviste algún otro sentimiento malo? ¿Tuviste algún mal sentimiento todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías _____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (Porcentaje de tiempo despierto: suma del % de todas aquellas descripciones si no se presentan simultáneamente. (La valoración de la variación diurna puede clarificar la duración diaria del humor depresivo.</p> <p>¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba?</p> <p>(Evalúe la relación entre el humor depresivo y la separación del padre/ madre) ¿Te sentías triste cuando tu madre no estaba? Si la separación de la madre es dada como una causa: ¿Te sentías _____ cuando tu madre estaba contigo? ¿Te sentías un poco mejor o el sentimiento estaba ausente? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?</p>	<p>0 0 0 Sin información.</p> <p>1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.</p> <p>2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta ánimo disfórico al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión.</p> <p>3 3 3 Umbral: Se siente “deprimido” casi todo el día.</p>
--	---

Pasado: P () C () S ()
Duración del Afecto Depresivo

Nota: A veces, al inicio de la entrevista el niño da una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista está triste. Entonces, las preguntas iniciales deben repetirse empleando el estado de ánimo actual, usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. Igualmente, si la madre indica que el niño se encuentra triste casi todo el tiempo y el niño lo niega, éste debe ser confrontado con la opinión de la madre para luego preguntarle por qué cree que su madre piensa que él se siente triste con frecuencia.

Nota: Cuando el niño o el padre reporta frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que solo se reporten las exacerbaciones, para lo cual la evaluación del afecto depresivo será de 3. Además, es esencial preguntar acerca del tiempo restante: “¿Además de estos momentos en el que te sientes _____, el resto del día de sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?”

Irritabilidad y Enfado**P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN**

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enfado, mal carácter, resentimiento, expresado abiertamente o no. Evalúe la intensidad y duración del sentimiento

¿Hubo algún momento en el que te sentías irritable o rabioso/enfadado por cosas insignificantes? ¿Hubo algún momento en que te enfadaste mucho? ¿Cuándo? ¿Estás así en este momento? ¿Hubo algún otro momento en el que te sentiste_____? ¿Qué cosas te hacen_____? ¿Te sentías enfadado aunque no lo demostrabas? ¿Cuánto te enfadas? ¿Más que antes? ¿Que cosas te enfadan? ¿Alguna vez te sentiste enfadado o irritado sin saber porqué? ¿Te ocurre con frecuencia? ¿Te enfadas demasiado? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? ¿Con alguien más? ¿En la escuela? ¿Qué hacías? ¿Te decían algo acerca de eso? ¿Cuanto tiempo te sentías enfadado/irritado? ¿Todo el tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Solo ahora y entonces? ¿En ningún momento? ¿Cuando te enfadabas, que pensabas? ¿Pensabas en matar a otros o hacerte daño? ¿Lastimar a otros o torturarlos? ¿A quien? ¿Tenías un plan? ¿Cuál?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Menos de una vez por semana.

2 2 2 Subumbral: Se siente más enojado o irritable de lo que la situación amerita, al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión. Expresa con facilidad su molestia.

3 3 3 Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario, por lo menos el 50% del tiempo. O con frecuencia grita, o pierde el control

Pasado: P () C () S ()

Duración de la Irritabilidad

Si la irritabilidad se presenta por periodos breves junto con un estado depresivo especialmente no provocado, debe tomarse en cuenta al evaluar manía/hipomanía

Anhedonia, Pérdida de Interés, Apatía, Baja Motivación o Aburrimiento**P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN**

Aburrimiento es un término que todos los niños comprenden y que con frecuencia se refiere a la pérdida de la capacidad de goce (anhedonia) o la pérdida de interés o ambos. La pérdida de placer e interés no son mutuamente excluyentes y pueden presentarse de forma conjunta.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Diversas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático al menos 3 veces por semana durante estas actividades.

¿Qué cosas haces para divertirte? ¿Te diviertes? (De ejemplos: nintendo, deportes, amigos, juegos favoritos, materias escolares, excursiones, actividades familiares, programas televisivos favoritos, juegos de video o computadora, música, baile, jugar solo, leer, salir, etc?)

3 3 3 Umbral: Muchas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático diario o casi diario, al menos el 50% del tiempo durante estas actividades.

¿Hubo algún momento en que estuvieras aburrido por mucho tiempo? ¿Cuándo? ¿Te sientes aburrido ahora? ¿Te sientes aburrido cuando piensas en hacer cosas que usualmente te divertían? (De ejemplos como los mencionados con anterioridad) ¿Esto te impedía hacer las cosas? ¿Te sientes aburrido mientras haces cosas que antes disfrutabas?

Anhedonia se refiere a la pérdida parcial o total de la habilidad para tener placer, disfrutar o divertirse en la realización de actividades que eran atractivas para el niño como las mencionadas anteriormente. También se refiere a los placeres básicos resultado de las comidas favoritas y, en adolescentes, de las actividades sexuales.

¿Buscas hacer las cosas que antes disfrutabas? ¿Tratas de involucrarte en ellas? ¿Tienes que esforzarte para hacer tus actividades favoritas? ¿Te interesan? ¿Te emocionas o te sientes entusiasta por hacerlas? ¿Porqué no? ¿Te divertirías igual que antes al hacer estas actividades antes de que te sintieras triste? ¿Si las disfrutas menos, es tan solo un poco menos? ¿Mucho menos? ¿No las disfrutas? ¿Te diviertes igual que tus amigos? ¿Cuántas cosas son menos divertidas ahora de lo que eran antes? ¿Cuántas eran igual de divertidas? ¿Más divertidas? Hacías _____ menos que antes? ¿Cuánto menos?

En adolescentes: (Si es sexualmente activo)
¿Disfrutas del sexo igual que antes? ¿Tienes menos actividad sexual que antes?

No se refiere a la incapacidad para realizar las actividades (pérdida de habilidad para concentrarse en la lectura, en juego, T.V., materias escolares, etc.

Deben realizarse dos comparaciones en cada evaluación: Diversión comparada con aquella de los amigos y/o comparada con la que el niño tenía antes de estar deprimido. La segunda no es posible llevarla a cabo en episodios crónicos ya que normalmente las preferencias del niño se modifican con la edad. La severidad se determina por el número de actividades que el niño disfruta con menos intensidad, y por el grado de pérdida de la habilidad para disfrutar.

No confundir con la pérdida de oportunidades para hacer las cosas producto de restricciones paternas.

a. Pensamientos Recurrentes de muerte

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal, desean estar muertos o sienten que estarían mejor muertos. ¿Alguna vez has tenido estos pensamientos? ¿Cuándo? ¿Te sientes así ahora? ¿Hubo algún otro momento en el que te sintieras de esa forma?

0	0	0	Sin información.
1	1	1	Ausente.
2	2	2	Subumbral: Pensamientos transitorios de muerte.
3	3	3	Umbral: Recurrentes pensamientos de muerte "Estaría mejor muerto" o "Deseo estar muerto"

Pasado: P () C () S ()

b. Ideación Suicida

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Incluye la preocupación con pensamientos de muerte o suicidio así como alucinaciones en donde el niño escucha una voz que le ordena que se mate y que incluso le sugiera el método.	0	0	0	Sin información.
No incluye el miedo a morir.	1	1	1	No del todo.
En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal piensan en morirse e incluso en suicidarse. ¿Has tenido estos pensamientos? ¿Como lo harías? ¿Tienes algún plan?	2	2	2	Subumbral: Pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en un método específico.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia piensa en el suicidio y ha pensado en algún método.
				Pasado: P () C () S ()

c. Intentos Suicidas - Severidad

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Juzgue la severidad del intento suicida expresado en el acto suicida: Probabilidad de ser rescatado, precauciones para no ser descubierto, acciones para que le ayuden durante o después del intento, grado de planeación, motivo aparente del intento (manipulativo o verdadero intento suicida).	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (p.e., Tener píldoras en la mano).
¿Has tratado de suicidarte? ¿Cuándo? ¿Qué hiciste? ¿Realmente querías morir? ¿Qué tan cerca estuviste de lograrlo? ¿Había alguien en el cuarto? ¿En la casa o departamento? ¿Dijiste que lo ibas a hacer? ¿Cómo te encontraron? ¿Realmente querías morir? ¿Pediste ayuda después de que intentase suicidarte?	2	2	2	Subumbral: Presente, pero muy ambivalente
	3	3	3	Umbral: Intento suicida explícito.
				Pasado: P () C () S ()

d. Intentos Suicidas -Letalidad Médica

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Referente a la amenaza médica actual hacia la vida o a la condición física posterior al intento suicida más severo. Tome en cuenta el método, deterioro o daño de la consciencia al momento de ser rescatado, severidad de la herida o daño físico, toxicidad del material ingerido, reversibilidad, tiempo necesario para una completa recuperación y tratamiento médico requerido.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin intento o sin intención de morir (p.e. Tener píldoras en la mano).
¿Cómo de cerca de morir estuviste después de (intento suicida más severo)? ¿Qué hiciste cuando tratase de suicidarte? ¿Que ocurrió después de que trataste de suicidarte?	2	2	2	Subumbral: p.e., tomó 10 aspirinas, gastritis media.
	3	3	3	Umbral: p.e., tomó 10 seconal, breve inconsciencia
				Pasado: P () C () S ()

e. Actos no Suicidas de Autodaño

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Se refiere a la automutilación u otros actos hechos sin

la intención de suicidarse.	0	0	0	Sin información
¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillas/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Has puesto monedas calientes en tu piel? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Porqué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con qué frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Infrecuente (1-3 veces por año). Nunca se ha causado una lesión severa.
Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Porqué lo hacías?	3	3	3	Umbral: Frecuente (4 o más veces por año) o se ha causado una lesión severa (quemaduras con cicatriz, ruptura de huesos).

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno depresivo.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos depresivos actuales y pasados).

Suplemento 1a: **Trastornos del Humor: Depresión.**

Suplemento de Depresión

1. Poca Reactividad del Humor Deprimido/ Irritable a Estímulos Positivos

P C S

Se extiende hasta una mejoría temporal en el afecto cuando este se encuentra asociado a eventos ambientales positivos. Para pacientes con trastorno de ansiedad por separación, diferencie entre mejoría en síntomas de ansiedad y depresivos (especialmente en pacientes hospitalizados durante la entrevista), lo cual será evaluado posteriormente. Las calificaciones deben ser tomadas en cuenta tanto en extensión como en duración en torno a la mejoría del afecto.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente: Responde a eventos del ambiente, tanto en extensión como en duración de mejoría.

2 2 2 Subumbral: Responde a los estímulos pero aún así se siente deprimido. El afecto mejora de forma parcial y se mantiene por más de unos cuantos minutos.

3 3 3 Umbral: "Picos Breves". El afecto se eleva no por más de unos cuantos minutos en respuesta a estímulos positivos, luego el ánimo baja nuevamente.

¿Si alguien tratara de animarte, lo lograría?
¿Te ha ocurrido algo bueno desde que empezaste a sentirte _____?

Si, ¿que fue?

No, ¿estás seguro?

¿Algo un poco bueno? ¿Esto hizo que te sintieras un poco mejor?

Si, ¿qué tan bien te sentías? ¿Te sentías feliz? ¿Te reías por algo? ¿Cuando te sentías peor, alguna vez este sentimiento se fue?

¿Cuando tenías tu mente en otras cosas o cuando algo bueno ocurría, el sentimiento se iba? ¿Se iba todo el sentimiento? ¿Qué hacía que el sentimiento se fuera? (p.e., ¿cuando jugabas con otros niños?) ¿Cuánto duraba el sentimiento de felicidad? ¿Minutos? ¿Horas? ¿Todo el día? ¿Te sentías mal sin importar lo que estuviera pasando?

Pasado: P () C () S ()

2.- Calidad del Animo Disfórico Diferente a la Pena

P C S

Se extiende hasta los sentimientos subjetivos de depresión que siente el niño los cuales son cualitativamente diferentes de la clase de sentimientos que debería sentir tras la muerte de alguien a quien quería, una mascota o por la soledad o por el sentimiento de perder a alguien en una experiencia de separación (más común en la vida del niño). De ser posible, obtenga una evaluación inicial para hacer una comparación de los sentimientos de ausencia, pena, o soledad durante el período

0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta.

1 1 1 Ausente: Sin diferencia o solo más severo.

2 2 2 Subumbral: Cuestionable o solo una diferencia mínima.

3 3 3 Umbral: Definitivamente diferente.

en el que el niño no estaba deprimido.

NOTA: El padre solo puede decir sí a éste ítem si el niño ha manifestado ésto de forma espontánea anteriormente.

¿Este sentimiento es diferente al que tuviste cuando algún amigo se mudó, o cuando alguno de tus padres salió de la ciudad por algún tiempo? ¿Es como “extrañar a alguien” o un sentimiento de “soledad”? ¿Cómo es diferente? ¿Alguien cercano a tí ha muerto? ¿Una mascota? ¿El sentimiento que tienes ahora de estar (triste, deprimido) es diferente al sentimiento que tuviste después de que _____murió?

Pasado: P () C () S ()

3.- Variación Diurna del Afecto

P C S

Peor por la Mañana

Al menos durante una semana hubo una fluctuación persistente del afecto (deprimido o irritable) en la primera o segunda mitad del día. Califique a pesar de los cambios regulares del ambiente. No califique positivo si el sentimiento empeora solo cuando el niño se va a dormir, época escolar u otros momentos de separación. El peor período debe tener una duración de al menos 2 horas. Pregunte acerca de fines de semana. Asegúrese que la información se refiera a un ánimo disfórico y no a ansiedad o efectos ambientales.

0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente: No es peor en las mañanas o es variable o no está deprimido por las mañanas
2	2	2	Subumbral: Mínimo o cuestionable o por menos de dos horas.
3	3	3	Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Pasado: P () C () S ()

¿Te sientes más _____ en las mañanas cuando te despiertas, o en las tardes o por las noches? ¿Te sientes mucho peor o solo un poco mal? ¿Cuánto dura? ¿Ocurre cuando llegas de la escuela, después de cenar? ¿Cuándo te empiezas a sentir mejor?

0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente: No se encuentra peor por las noches o es variable o sin afecto deprimido.

Peor por las Tardes y/o Noches

¿Cuanto peor? ¿Cuando te sientes peor, es un sentimiento diferente o es el mismo sentimiento aumentado?

2	2	2	Subumbral: Mínimo o cuestionable o por menos de 2 horas.
3	3	3	Umbral: Empeoramiento notable por al menor 2 horas.

Pasado: P () C () S ()

4.- Alteraciones en el Sueño

P C S

Trastornos del sueño, incluye la dificultad inicial, media y terminal para poder dormir o mantenerse dormido. No califique si el niño

no siente la necesidad de dormir. Tome en cuenta el número de horas estimado que el niño duerme y el sentimiento subjetivo de pérdida de sueño.

Normalmente un niño de 6-8 años debe dormir aproximadamente 10 horas +/- una hora. Entre 9-12 años - 9 horas +/- una hora. Entre 12-16 años - 8 horas +/- 1 hora.

	P	C	S	
a.- Insomnio Inicial				
¿Tienes problemas para quedarte dormido?	0	0	0	Sin información.
¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 2 horas la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Dos horas o más la mayoría de las noches.
Pasado: P () C () S ()				
b.- Insomnio Medio				
¿Te despiertas a la mitad de la noche?	0	0	0	Sin información
¿Cuántas veces? ¿Cuánto tiempo tardas en volverte a dormir?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches
Pasado: P () C () S ()				
c.- Insomnio Terminal				
¿Cuando te sientes triste, a que hora te despiertas por las mañanas? ¿Te despiertas antes de lo que deberías?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
	3	3	3	Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches.
Pasado: P () C () S ()				
d.- Ciclo Circadiano Invertido				
¿Cuando te sientes deprimido, duermes a distintas horas de lo usual? ¿En ocasiones estás despierto hasta tarde, como a las 4:00 a.m., y luego duermes al día siguiente hasta la tarde?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Menos de 1 día por semana.
	3	3	3	Umbral: Más de un día por semana.

Pasado: P () C () S ()

e.- Sueño No Reparador	P	C	S	
¿Te sientes descansado cuando te despiertas?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Sentimiento subjetivo de cansancio y dificultad para levantarse. Efecto mínimo o nulo en el funcionamiento una vez ya levantado.
	3	3	3	Umbral: Sentimiento subjetivo de cansancio junto con dificultad para levantarse y que provoca un sentimiento de flojera que persiste solo una parte del día.

Pasado: P () C () S ()

f.- Hipersomnio	P	C	S	
No califique positivo si el tiempo de dormir en el día más el de la noche equivale al tiempo normal de dormir (siestas compensatorias)	0	0	0	Sin información
Aumento de la necesidad de dormir, dormir más de lo usual. Investigue acerca de hipersomnio aunque el insomnio se haya calificado 3-6. Duerme más de lo usual en un período de 24 horas.	1	1	1	Ausente: O necesita dormir menos de lo usual
	2	2	2	Subumbral: Duerme al menos 1 hora más de lo usual varias veces por semana.
¿Estás durmiendo más de lo normal? ¿Te vuelves a dormir después de que te despiertas en las mañanas? ¿Cuándo empezaste a dormir más de lo usual? ¿Antes tomabas siestas? ¿Cuántas horas dormías antes de que empezaras a sentirte triste?	3	3	3	Umbral: Duerme al menos 2 horas más de lo usual varias veces por semana.

Los padres pueden referir que si no despertaran al niño, regularmente podría dormir > 11-12 horas y que actualmente lo hace, cada vez que está solo. Esto recibe un puntaje de 3.

Pasado: P () C () S ()

5.- Fatiga, Falta de Energía y Cansancio

	P	C	S	
Esto es un sentimiento subjetivo (No confundir con la falta de interés) (Evalúe la presencia aunque el sujeto sienta que es secundario al insomnio).	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	No del todo o más energía de lo usual.
¿Te has sentido cansado? ¿Con qué frecuencia?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se siente más cansado o con menos energía de lo usual.
¿Te sientes cansado todo el tiempo? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Parte del tiempo? ¿Ahora y antes? ¿Cuando empezaste a sentirte tan cansado? ¿Fue después de que	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se siente cansado y sin energía. Tiene que descansar (no dormir)

empezaste a sentirte _____? ¿Tomas siestas porque te sientes cansado? ¿Que tanto? ¿Tienes que descansar? ¿Sientes tus brazos y piernas pesadas? ¿Te es difícil hacer algo?¿Mover tus piernas? ¿Te sientes así todo el tiempo?

durante el día.

Pasado: P () C () S ()

6.- Alteraciones Cognitivas

P C S

a.- Concentración, Falta de Atención o Lentitud del Pensamiento

(La información de la escuela puede ser crucial para la evaluación de este reactivo)

0 0 0 Sin información

Quejas (o evidencia del maestro) de habilidad disminuida para pensar o concentrarse que no estaba presente en el mismo grado antes del inicio del episodio. Distinga de la falta de interés o motivación. (No incluya si se encuentra asociado con un trastorno formal del pensamiento)

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Conciente de su falta de atención pero no causa dificultades más que el esforzarse más en el trabajo escolar.

¿Sabes lo que significa concentrarse? Algunos niños tienen muchos problemas para concentrarse. Por ejemplo, tienen que leer una página de un libro y no pueden tener su mente en ello por lo que se tardan mucho en hacerlo o no lo pueden hacer, no pueden poner atención.

3 3 3 Umbral: Interfiere con el trabajo escolar. Olvidadizo.

¿Has tenido esta clase de problemas? ¿Cuándo comenzó? ¿Tu pensamiento es más lento? ¿Si te esfuerzas, te puedes concentrar? ¿Te toma más tiempo hacer tu tarea? ¿Cuándo tratas de concentrarte en algo, tu mente se distrae con otros pensamientos? ¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Puedes poner atención cuando quieres hacer algo que te gusta? ¿Se te olvidan demasiado las cosas? ¿A qué cosas le puedes poner atención? ¿No te puedes concentrar? o ¿son cosas que no te interesan o no te importan? ¿Tenías antes este problema? ¿Cuándo comenzó?

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique positivo, a menos que los problemas para concentrarse empeoren y que esté asociado con el inicio del ánimo deprimido.

Pasado: P () C () S ()

b.- Indecisión

P C S

¿Cuándo te sentías triste, se te dificultaba tomar decisiones? ¿Como darte cuenta que

0 0 0 Sin información

el recreo había terminado antes de que pudieras decidir que era lo que querías hacer?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Dificultad para tomar decisiones, con un efecto moderado en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Dificultad para tomar decisiones. Con un efecto moderado a severo en el funcionamiento

Pasado: P () C () S ()

7.- **Apetito / Peso**

P C S

a.- **Apetito Disminuído**

Comparar el apetito con el usual o con el de los compañeros si el episodio es de mayor duración. Asegúrese de diferencias entre la disminución de comida ingerida debido a una dieta o por pérdida de apetito. Solo evalúe la pérdida del apetito.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	No del todo - normal o incrementado.
	2	2	2	Subumbral: Disminución del apetito diario o casi diario (p.e. botanas regulares no son consumidas).

¿Cómo está tu apetito? ¿Con frecuencia sientes hambre? ¿Comes más o menos que antes? ¿Dejas comida en el plato? ¿Cuándo comenzaste a perder tu apetito? ¿En ocasiones te tienes que forzar a comer? ¿Cuando fue la última vez que te sentiste hambriento? ¿Estás haciendo dieta? ¿Qué clase de dieta?	3	3	3	Umbral: Disminución moderada en el apetito diario o casi diario (p.e., come menos de lo usual, deja de hacer algunas comidas).
---	---	---	---	--

Pasado: P () C () S ()

b.- **Pérdida de Peso**

P C S

Pérdida total de peso desde el inicio del episodio (o un máximo de 12 meses). Asegúrese de que no ha estado a dieta. En la evaluación de la pérdida de peso es preferible obtener el peso de registros médicos anteriores o por el pediatra del niño. Si el niño tiene entre 5-11 años de edad y no ha subido aproximadamente 1.5 kg. en un período de 6 meses, se considera como pérdida de peso. Los agrupamientos son: Debajo del tercer percentil: entre 3-10, 10-25, 25-50, 50-75, 75-90, 90-97, y por encima del percentil 97. Evalúe esta pregunta aunque posteriormente el niño haya subido de peso o tenga sobrepeso. De ser posible, verifique el peso en el momento de la entrevista.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Sin pérdida de peso (se mantiene en el mismo grupo de percentil).
	2	2	2	Subumbral: Pérdida del 3-4% del peso o menos.
	3	3	3	Umbral: Pérdida del 5% o más.

¿Has perdido peso desde que te empezaste a sentir triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Te queda grande tu ropa? ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron? ¿Cuánto pesabas entonces? ¿Y ahora? (pese al niño).

NOTA: No califica positivo si el niño

padece anorexia.**Pasado: P () C () S ()**

c.- Aumento de Apetito	P	C	S	
Comparado con el usual. Investigue acerca de esta pregunta aunque las preguntas de anorexia y/o pérdida de peso hayan recibido una puntuación de 2-3.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No del todo - normal o disminuido.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones come entre comidas más de lo usual, o sus comidas son un poco mayores en cantidad.
¿Has estado comiendo más que antes? ¿Desde cuándo? ¿Te sientes con hambre todo el tiempo? ¿Te sientes así todo el día? ¿Comes menos de lo que te gustaría comer? ¿Porqué? ¿Tienes apetencia por los dulces? ¿Qué cosas comes demasiado?	3	3	3	Umbral: La mayoría de los días come entre comidas mucho más de lo usual o sus comidas son mayores en cantidad.

Pasado: P () C () S ()

d.- Aumento de Peso	P	C	S	
Aumento en el peso comparado con el usual durante el presente episodio (o en un máximo de los últimos 12 meses) No incluye el aumento de peso que anteriormente había perdido o el aumento de peso de acuerdo al percentil usual del niño.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Sin aumento de peso (se mantiene dentro del mismo percentil).
¿Has subido de peso desde que empezaste a sentirte triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Has tenido que comprar ropa porque la que tenías ya no te quedaba? ¿Cuánto pesabas la última vez que te pesaron?	2	2	2	Subumbral: Ha subido del 3-4% o menos.
¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?	3	3	3	Umbral: Ha subido 5% o más.

Pasado: P () C () S ()**8.- Alteraciones Psicomotoras**

a.- Agitación	P	C	S	
Incluye la incapacidad para estar quieto, movimientos continuos, inquietud, movimientos repetitivos de labios o dedos, torcer las manos, tocarse o estirarse la ropa y hablar demasiado. Para que se cuente como positivo, estas actividades deben presentarse mientras el sujeto se siente deprimido, no asociado a un síndrome de manía, y no limitado a períodos aislados. No se incluyen los sentimientos subjetivos de tensión o inquietud que con frecuencia son llamados agitación. Tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y lo reportado por el padre en cuanto al comportamiento del niño durante el episodio.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No del todo, retardado o asociado con un síndrome maniaco.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones incapaz para estar quieto en una silla, se mueve o se jala y/o frota.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia no puede permanecer sentado en clase, se mueve continuamente, etc., casi siempre se muestra perturbado.

¿Desde que te sientes triste, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes

que estar moviéndote y no puedes parar?
 ¿Caminas de arriba a abajo? ¿Tuerces tus
 manos? (Demostrar) ¿Estiras o te tocas tu
 ropa, cabello, piel u otras cosas? ¿La gente
 te dice que no hables tanto? ¿Hacías esto
 antes de que te empezaras a sentir (triste)?
 ¿Cuando haces estas cosas, es porque te
 sientes triste o porque te sientes con mucho
 ánimo o grandioso?

¿Si alguien te hubiera filmado mientras
 desayunabas y hablabas con tu (mamá) y lo
 hubieran hecho antes de que te (deprimieras)
 y lo volvieran hacer estando (deprimido),
 podrías ver alguna diferencia? ¿Cuál sería?
 ¿Qué es lo que yo vería?

Prueba: ¿Te tomaría más tiempo antes o
 mientras estás (deprimido)? ¿Un poco más?
 ¿Mucho más?

¿Si yo viera un video o escuchara una cinta
 de su hijo mientras estaba deprimido y otra
 cuando no estaba deprimido, podría decir si
 hay alguna diferencia?

Si, ¿Qué es lo que vería (escucharía)
 diferente?

Asegúrese de que la referencia no sea en
 torno al contenido del lenguaje o actos o
 expresión facial. Se refiere solo a la
 velocidad y ritmo.

**Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit
 de atención, no califique como positivo la
 pregunta de agitación psicomotriz a menos de
 que exista un empeoramiento en la agitación
 que corresponda con el inicio del ánimo
 deprimido.**

Pasado: P () C () S ()

b.-Retraso Psicomotor

P C S

Enlentecimiento visible y generalizado del
 movimiento físico, reacciones y lenguaje.
 Incluye latencia en el lenguaje.

0 0 0 Sin información.

Asegúrese de que el enlentecimiento se
 presenta en la actualidad y que no es tan
 solo un sentimiento subjetivo. Para la
 calificación del reactivo tome en cuenta sus
 observaciones durante la entrevista, lo
 referido por el niño y sus padres acerca del
 comportamiento del niño durante el
 episodio.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: La conversación es notablemente
 retardada pero no deformada, y/o movimiento
 corporal lento.

3 3 3 Umbral: Le es difícil mantener la conversación,
 y/o sus movimientos son muy lentos.

¿Desde que empezaste a sentirte (triste) has
 notado que no te puedes mover tan rápido
 como antes? ¿Has notado que se te dificulta
 empezar a hablar? ¿Ha disminuido la
 velocidad de tu lenguaje? ¿Hablas mucho
 menos que antes? ¿Desde que empezaste a
 sentirte triste, sientes que te mueves como en

cámara lenta? ¿Otras personas lo han notado?

¿Si alguien tomara un video mientras estabas comiendo o hablando con tu (madre), y tomaran ese mismo video antes de que estuvieras (deprimido) y cuando estás deprimido podría ver alguna diferencia? ¿Que sería? ¿Qué es lo que vería? ¿Qué es lo que escucharía?

Prueba: ¿Tardarías más tiempo antes o cuando estabas deprimido? ¿Un poco más? ¿Mucho más?

¿Si viera un video o escuchara alguna cinta de su hijo mientras está deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría yo notar alguna diferencia? Si, ¿qué es lo que vería (escucharía) diferente?

Pasado: P () C () S ()

9.- Autoestima/ Autoimagen

a. Autodesprecio/Imagen Negativa de Sí Mismo **P C S**

Incluye sentimientos de inadecuación, inferioridad, fallos y autodevaluación, depreciarse, menosprecio. **0 0 0** Sin información

Evalúe sin hacer caso de si es “realista” o no la evaluación negativa de sí mismo. **1 1 1** No del todo

¿Cómo te sientes de ti mismo? ¿Te gusta cómo eres? ¿Porqué o ¿Porqué no? ¿Piensas que eres guapo o feo? ¿Piensas que eres listo o tonto? ¿Te gusta tu personalidad o te gustaría ser diferente? ¿Con qué frecuencia te sientes así? **2 2 2** Subumbral: En ocasiones se siente inadecuado o le gustaría cambiar un aspecto de sí mismo (p.e., imagen, inteligencia o personalidad). Es capaz de identificar algunos atributos positivos de sí mismo.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente inadecuado o le gustaría cambiar 2 o más aspectos de sí mismo (p.e. imagen, inteligencia o personalidad).

Pasado: P () C () S ()

b.- Culpa Excesiva o Inadecuada **P C S**

...y autoreproche, por cosas hechas o no hechas, incluye delirios de culpa. Evalúe de acuerdo a la proporción entre la intensidad de los sentimientos de culpa o la severidad del castigo que el niño piensa que merece y las fechorías actuales. **0 0 0** Sin información

Cuando las personas dicen o hacen cosas buenas, usualmente se sienten bien, y cuando dicen o hacen cosas malas se sienten mal. ¿Te sientes mal por cosas que has hecho? ¿Con qué frecuencia piensas en eso? **1 1 1** No del todo.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente muy culpable por acciones pasadas, significando que el niño exagera y que la mayoría de los niños ya hubieran olvidado.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia siente culpa que no puede explicar o por cosas que objetivamente no

¿Cuándo haces eso? ¿Qué significa que te sientas culpable por algo? ¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Poco tiempo? ¿No del todo?

¿De qué cosas te sientes culpable? ¿Te sientes culpable por cosas que no has hecho? ¿O que no son tu culpa? ¿Te sientes culpable por cosas que tus padres u otras personas hacen? ¿Sientes que tu provocas cosas malas? ¿Piensas que debes ser castigado por eso? ¿Qué castigo mereces? ¿Te gustaría ser castigado? ¿Qué es lo que hacen tus padres para castigarte? ¿Piensas que es suficiente?

Para muchos niños es mejor dar un ejemplo concreto como: “Te voy a hablar sobre tres niños y me vas a decir a cuál te parece más. El primero es un niño que hizo algo malo y se siente mal por haberlo hecho, va y se disculpa con la persona, las disculpas son aceptadas y se olvida lo que ocurrió. El segundo niño es como el primero pero después de que las disculpas fueron aceptadas, no puede olvidar lo que hizo y sigue sintiéndose mal por una o dos semanas. El tercer niño que no hizo algo muy grave, se siente culpable incluso por cosas que en realidad no eran su culpa como... ¿Cuál de estos tres niños es como tú? Es útil que se ratifique la comprensión del niño a las preguntas pidiéndole que dé un ejemplo, como la última vez que se sintió culpable “como el niño de la historia”.

son su culpa. (Excepto sentirse culpable por la separación de los padres y/o divorcio el cual es normativo y no recae en él a una evaluación positiva de culpa en el reactivo, excepto si esta persiste después de repetidas discusiones apropiadas con los padres).

Pasado: P () C () S ()

10.- Desesperanza, Vulnerabilidad, Desánimo y Pesimismo

Visión negativa hacia el futuro, con respecto a su vida y problemas actuales. Este reactivo se refiere al contenido de las ideas y no a los sentimientos.

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No se muestra tan desanimado con respecto al futuro.
¿Qué piensas que te va a pasar? ¿Piensas que vas a estar mejor? ¿Un poco mejor? ¿Crees que podemos ayudarte? ¿Cómo? ¿Crees que alguien te puede ayudar? ¿Quien? ¿Cómo? ¿Qué te gustaría hacer (ser) cuando seas grande? ¿Crees que lo lograrás? ¿Porqué no? ¿Te has rendido? ¿Has sentido que tu muerte está cerca? ¿Has sentido que el mundo está cerca de terminar? ¿Piensas que vas a sufrir para siempre? ¿Con que frecuencia te sientes así? ¿Estás seguro de que no hay esperanza para ti? ¿Cómo lo sabes? ¿Puede haber una pequeña esperanza para ti?	2	2	2	Subumbral: Sentimientos transitorios de desánimo moderado a severo con respecto al futuro.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se siente pesimista con respecto al futuro. Los prospectos para el futuro aparecen borrosos, turbios.

Pasado: P () C () S ()

11.- Sensibilidad al Rechazo

P C S

¿Te sientes desanimado cuando un amigo te dice que te va a hablar y no lo hace?	0	0	0	Sin información
¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿Si te peleas con tu madre y piensas que ella está enojada contigo, hace que te derrumbes? ¿Cuánto dura este sentimiento? ¿Qué tan malo es?	1	1	1	Ausente
¿Hay veces en que tus amigos o alguien de tu familia te ignora y te deja? ¿Qué pasa? ¿Hace que te desanimas?	2	2	2	Subumbral: El niño experimenta breves períodos transitorios de rechazo que precipitan disforia. La disminución en el ánimo no persiste por más de un día y no se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (p.e. tendencias suicidas).
	3	3	3	Umbral: El rechazo que precipita disforia persiste por varios días o se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (p.e. tendencias suicidas).

Pasado: P () C () S ()

Otros Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Evidencia de un Precipitante	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
(Especifique):						
2.- Los Síntomas se Presentan o Empeoran con el Período Menstrual						
(Para chicas adolescentes): ¿Has encontrado alguna relación entre tu ciclo menstrual y tu humor? ¿Te deprimas cada mes justo antes o después de que empezaste tu período?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Deterioro						
a. Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Evidencia de DM (DSM-IV)		Sumario CE		Sumario MSP		

1.- Cumple los criterios (puntuación 3) de al menos 5 síntomas depresivos que se encuentran presentes durante el mismo período de dos semanas, incluyendo un síntoma de los reactivos (p.e., ánimo deprimido, ánimo irritable, o anhedonia), además de desesperanza/culpa, alteraciones del sueño, fatiga, concentración/indecisión, cambio en apetito/peso, alteraciones psicomotoras, o pensamientos recurrentes de muerte/suicidio; y

2. Etiología orgánica (farmacológica) descartada;

3. La depresión no es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido (VER DSM-III-R);

4.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de prominentes síntomas afectivos; y

5.- No cumple los criterios para Esquizofrenia o Trastorno Esquizofreniforme

0 1 2

0 1 2

5.- Cumple los Criterios para Depresión Melancólica

a.- Criterios DSM-IV

Cumple los criterios para EDM, presenta disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Además, 3 de los siguientes: diferente calidad del ánimo deprimido (el ánimo difiere del sentimiento experimentado después de la muerte o pérdida de alguien querido); depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso; o culpa.

0 1 2

0 1 2

6.- Evidencia de Patrón Estacional

Existe una relación temporal regular entre el inicio del episodio Recurrente de Depresión Mayor (o Trastorno Depresivo NE) y un período particular de 60 días del año (p.e. aparición regular de la depresión entre los primeros días de octubre y finales de noviembre). No incluye los casos en que existe una obvia influencia de la estación del año relacionada con un estresor psicosocial.

0 1 2

0 1 2

7.- Evidencia de Depresión Atípica

Cumple los criterios para EDM, Distimia, o Trastorno Depresivo NE, con ánimo depresivo en respuesta a eventos positivos, y 2 de las siguientes características están presentes: hipersomnio, extrema inercia corporal/ sensación de pesadez, aumento del apetito o aumento de peso, y sensibilidad al rechazo.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

8.- Evidencia de ENM con Rasgos Psicóticos

1.- Cumple los criterios para EDM y
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- los síntomas psicóticos solo están presentes durante el episodio de EDM.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

9.-Evidencia de Trastorno Esquizoafectivo, Tipo Depresivo

1.- Cumple los criterios para EDM y;
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- en algún momento del episodio, han existido delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de síntomas afectivos prominentes.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

10.- Evidencia de Distimia

El ánimo deprimido (o irritable) se presenta más días que los que no, por al menos un año, además de **dos** de los siguientes síntomas adicionales durante el período: alteraciones en el **apetito**, alteraciones del **sueño**, **fatiga**, **baja autoestima**, baja **concentración** o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de **desesperanza**. No existe evidencia de EDM durante el primer año de la alteración, sin antecedentes de episodios maníacos o episodios hipomaniacos, no está sobrepuesto a un trastorno psicótico crónico y no existe evidencia de etiología orgánica

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

11.- Distimia - Tipo Primario

Las alteraciones del ánimo no se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I (p.e. anorexia, Trastorno de Ansiedad Excesiva) o Trastorno del Eje III.

0 1 2 0 1 2

12.- Distimia - Tipo Secundario

Las alteraciones del ánimo aparentemente se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I o Eje III.

0 1 2 0 1 2

13.- Evidencia de un Trastorno Depresivo No Especificado

Trastornos con rasgos depresivos que no cumplen los criterios de cualquier trastorno específico del ánimo o Trastorno de Ajuste con Afecto Depresivo (p.e., trastorno recurrente con depresión leve que no cumple los criterios para Distimia, episodios depresivos no relacionados a estrés que no cumplen los criterios para EDM).

0 1 2 0 1 2

14.- Evidencia de Trastorno de Ajuste con Afecto Depresivo

- 1.- Reacción debida a un (o múltiples) estresores psicosocial identificables que se presenta en los tres meses siguientes a la presencia del estresor.
- 2.- Evidencia de deterioro o síntomas excesivos en respuesta a una reacción normal o esperable a un estresor.
- 3.- Presencia de síntomas depresivos que no cumplen criterios para cualquier trastorno mental específico y que no representa un duelo complicado.
- 4.- Duración menor a 6 meses,

0 1 2 0 1 2

Manía**Humor Eufórico ó Expansivo**

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Animo elevado y/o actitud optimista hacia el futuro. Diferencie del ánimo normal y sujetos con depresión crónica. No evalúe como positivo si el humor elevado se reporta en situaciones como Navidad, cumpleaños, parques de diversiones, los cuales normalmente son sobreestimulantes y hacen que el niño se entusiasme.

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Ausente

<p>¿Hubo algún momento en el que te sintieras muy bien, realmente contento o alegre? ¿Más de lo normal?</p> <p>Si es impreciso:</p> <p>¿Sentías como que no había nada que no pudieras hacer? ¿Sentías que todo iba a salir como tu querías?</p> <p>¿Te ponías muy bobo (ridículo)? ¿Estabas más bobo (ridículo) que la mayoría de tus amigos? ¿Tus amigos te decían algo de que estuvieras bobo (ridículo) o muy contento? ¿Si la gente te veía, hubieran pensado que solo estabas de buen humor o hubieran pensado algo más? ¿Te ponías como si estuvieras borracho? ¿Te sentías super-contento? ¿Me puedes dar algunos ejemplos?</p> <p>¿Cuánto duraba este sentimiento?</p>	<p>2 2 2</p> <p>3 3 3</p>	<p>Subumbral: Humor elevado y visión positiva que puede estar fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Esto se presenta al menos 3 veces por semana y persiste por más de 3 horas en cada ocasión.</p> <p>Umbral: El humor y la actitud están claramente fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Es notable para otros y se percibe como exagerado. Experimenta humor elevado diario o casi diario al menos el 50% del tiempo durante al menos 4 días - o por periodos más cortos de tiempo pero de forma repetida (p.e. en un periodo extenso por un día del mes se encuentra con el humor elevado).</p>
<p>Nota: No evalúe como positivo si el humor elevado es debido a drogas</p>		

Pasado: P () C () S ()

Humor Irritable (usar lo contestado en Depresión)

Descenso de la Necesidad de Sueño

	P	C	S	PADRES / NIÑO / RESUMEN
<p>¿Alguna vez has tenido que dormir menos de lo usual para sentirte descansado? ¿Cuánto duermes normalmente? ¿Estás despierto porque te sientes animado o con mucha energía? ¿Estabas solo o con amigos? ¿Estabas tomando alguna droga?</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>0</p> <p>1</p>	<p>Sin información.</p> <p>Ausente</p>
<p>Nota: No evalúe positivo si el descenso en la necesidad de dormir es producto de un evento social o por uso de drogas, o si refleja el típico patrón irregular de sueño del adolescente.</p>				
<p>Observe si se reporta insomnio o hipersomnio en respuesta a los reactivos</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Umbral: 3 o más horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas. Duerme menos porque se siente animado o con mucha energía- no se siente cansado al día siguiente.</p>
<p>Pasado: P () C () S ()</p>				

Incremento en la Actividad Dirigida a una Meta

	P	C	S	PADRES / NIÑO / RESUMEN
<p>¿Hubo algún momento en el que te sentías más activo de lo normal o hacías más actividades de lo usual?</p> <p>¿Estuviste trabajando en proyectos escolares o de tu casa? ¿Salías más de lo usual? ¿Estabas sexualmente más activo de lo normal? ¿Como era tu estado de ánimo en ese momento? ¿Qué sentías de ti mismo? ¿Más confiado de lo usual?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>Sin información.</p> <p>Ausente.</p> <p>Subumbral: Ligerero pero definitivo incremento en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas (p.e. trabajo, escuela, social, sexualidad).</p>
<p>Nota: Solo califique positivo si el incremento de actividad se presenta durante un período de cambio de ánimo (alegría, irritabilidad) o incremento de confianza y seguridad en sí mismo.</p>				
<p>_____</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Umbral Incremento moderado a severo en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas o un marcado</p>

incremento en una o más áreas. La participación en actividades es excesiva, más de lo que se podía esperar en un niño de su edad.

Pasado: P () C () S ()

Aceleración del pensamiento o Fuga de Ideas

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Alguna vez tus pensamientos iban tan rápido que te era difícil controlarlos? ¿Alguna vez has sentido que había muchas ideas en tu mente? ¿Podías controlar estos pensamientos si querías? ¿Cómo era tu estado de ánimo en ese momento?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por los datos observados. Evalúe positivo solo de la velocidad del pensamiento se presenta durante un cambio de estado de ánimo (p.e. alegría, irritabilidad).

2 2 2 Subumbral: La velocidad del pensamiento provoca una ligera molestia o deterioro.

3 3 3 Umbral: La velocidad del pensamiento provoca una molestia o deterioro significativo. Los pensamientos no pueden ser controlados de forma voluntaria.

Nota: Si la velocidad del pensamiento fue el único reactivo inicialmente apoyado, vuelva a preguntar acerca del estado de ánimo (eg. alegría e irritabilidad), sueño y nivel de actividad durante los períodos donde se reporta un incremento en la velocidad del pensamiento

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con la entrevista inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de manía

Notas: (Registre las fechas de posibles episodios actuales o pasados de manía.

Suplemento 1b:

Trastornos del Humor: Manía

Suplemento de Manía

1.- Grandiosidad/ Autoestima Elevada

P C S

¿Desde que te sientes (muy alegre, elevado, realmente bien), te has sentido más confiado de lo usual? ¿Crees que tienes cualidades especiales? ¿Has sentido que eres mucho mejor que los demás? ¿Más listo? ¿Más fuerte? ¿Porqué? ¿Has ganado reconocimientos o premios por_____? ¿Has sentido que eres una persona particularmente importante?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente: No del todo o autoestima disminuida. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Sobreestima o exagera al menos dos de sus cualidades, habilidades, prospectos o planes. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Autoestima desproporcionalmente elevada que involucra diversas áreas de su funcionamiento. |

Nota: Asegúrese de determinar si el niño realmente tiene o no “cualidades especiales” antes de evaluar este reactivo.

Pasado: P () C () S ()

2.- Habla presionada (Press Speech), Acelerada, o Aumento de la Cantidad

P C S

¿Desde que te sientes () hay ocasiones en que hablas muy rápido o hablas y hablas y no puedes parar? ¿La gente te ha dicho que hablas muy rápido o que hablas demasiado? ¿La gente ha tenido problemas para entenderte?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente: No del todo o lenguaje retardado. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Habla más de lo normal pero la conversación no se encuentra alterada. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: La conversación se encuentra alterada debido a la velocidad del lenguaje. |

Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Nota: Si el niño cumple los criterios para Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención, solo califique como positivo si hubo un incremento en la velocidad del lenguaje si se encuentra asociado con el inicio de los síntomas afectivos.

Pasado: P () C () S ()

3.- Poca capacidad de Juicio

P C S

¿Alguna vez has hecho algo que te ha ocasionado problemas o a tus amigos o familia? ¿Hacías cosas que normalmente no harías... como estar fuera de tu casa toda la noche, gastar mucho dinero, hacer viajes inesperados, o hacer algo riesgoso por diversión.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: En ocasiones se involucra en actividades que muestran un juicio inadecuado (p.e., manejar sin precaución, tener relaciones sexuales pasajeras, actividades de alto riesgo). |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: En ocasiones se involucra en actividades que muestran un juicio inadecuado y que tienen consecuencias peligrosas. |

(Para Adolescentes) ¿Involucrarte rápidamente en relaciones, tener muchas relaciones sexuales pasajeras, o hacer otras cosas que son peligrosas como conducir sin precaución, gastos excesivos?

(Para Pre-adolescentes) ¿Saltar de grandes alturas, hacer viajes largos en tu bicicleta, o hacer travesuras serias en la escuela?

Pasado: P () C () S ()

4.- Distraibilidad

	P	C	S	
¿Desde que te sientes___ has tenido problemas para hacer lo que supuestamente tienes que hacer? ¿Empiezas a hacer cosas que no terminas? ¿Te distraes fácilmente? ¿Has tenido problemas para poner atención en clase?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Presente pero responde a la estructuración y repetición. La distracción no tiene efectos o son mínimos sobre el funcionamiento diario.
Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.				
Nota: Si el niño cumple los criterios para THDA, solo califique positivo si hubo un incremento en la distractibilidad asociado con el inicio de los síntomas afectivos.	3	3	3	Umbral: La distracción tiene un efecto moderado en el funcionamiento diario. No responde a la estructura.

Pasado: P () C () S ()

5.- Inquietud Física/Agitación Psicomotriz

	P	C	S	
¿Cuando te sientes elevado o muy alegre, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes que estarte moviendo y no puedes parar? ¿Sientes que tienes que estar caminando continuamente? ¿Retuerces tu manos? (demostrar)	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente. No del todo o retardado.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones es incapaz de estar sentado , agitado, se jala o retuerce.
Nota: Si el niño cumple los criterios para THDA, solo califique positivo si hubo un incremento en la agitación asociado con el inicio de los síntomas afectivos.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia es incapaz de estar sentado en clase, agitado, etc. la mayor parte del tiempo se encuentra perturbado.

Pasado: P () C () S ()

6.- Influencia de Drogas o Alcohol

	P	C	S	
¿Siempre te has sentido de esta forma o solo cuando estabas bebiendo o tomando drogas o medicamentos? ¿Qué cosas? ¿Qué cantidad? ¿Solo en otros momentos? ¿Qué era primero, la droga o sentirte elevado? ¿Tomas mucho café u otras bebidas con cafeína? ¿Cuánto tomas? ¿Alguna vez te sentiste así cuando no estabas tomando bebidas con cafeína?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	En ocasiones bajo la influencia de alcohol o drogas.
	3	3	3	Con frecuencia pero no siempre bajo la influencia de alcohol o drogas. Al menos en una ocasión estuvo maníaco o hipomaniaco sin estar bajo la influencia de drogas o alcohol.

Pasado: P () C () S ()

7.- Duración del Animo Expansivo o Irritable y Síntomas Asociados

P C S Especifique _____	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Tres días o menos.
	3	3	3	Cuatro días o más.

Pasado: P () C () S ()

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
8.- Deterioro						
a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Hospitalización (por manía): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Otro: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

9.- Evidencia de Manía
a.- Criterios DSM-IV

1.- Marcado período de afecto anormalmente elevado, expansivo o irritable de al menos UNA SEMANA de duración (o menos si se necesita hospitalización)

2.- Durante la alteración del ánimo, al menos 3 de los siguientes síntomas (cuatro si el ánimo es solo irritable): autoestima elevada /grandiosidad, menor necesidad de dormir, habla más/lenguaje pujante, fuga de

Sumario CE	Sumario MSP
0 1 2	0 1 2

ideas/rapidez del pensamiento, distractibilidad, incremento en la actividad/inquietud física, se involucra de forma excesiva en actividades de alto riesgo.

3.- Durante la alteración del ánimo, existe un marcado deterioro u hospitalizaciones.

4.- Se descarta etiología orgánica (farmacológica).

5.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones o al menos dos semanas sin prominentes síntomas afectivos.

6.- No cumple los criterios para Esquizofrenia o Esquizofreniforme.

10.- Subtipo

a. Trastorno Bipolar - Manía	0	1	2	0	1	2
b.- Trastorno Bipolar - Depresión	0	1	2	0	1	2
c.- Trastorno Bipolar - Mixto	0	1	2	0	1	2
d.- Ciclado Rápido	0	1	2	0	1	2

11.- Evidencia de Hipomanía

a.- Criterios del DSM-IV

Los mismos criterios que Manía, pero sin evidencia de un deterioro funcional, y duración de al menos 4 DIAS

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

12.- Evidencia de Ciclotimia

Durante al menos un año, presencia de diversos episodios hipomaniacos y numerosos períodos de ánimo deprimido o pérdida del placer que no cumple los criterios de EDM.

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

13.- Evidencia de Trastorno Bipolar no Especificado

El trastorno con rasgos maniacos o hipomaniacos no cumple los criterios de cualquier trastorno bipolar (p.e. al menos un episodio hipomaniaco y un episodio DM, pero nunca maniaco o ciclotímico).

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

14.- Evidencia de Trastorno Esquizoafectivo- Tipo Maníaco

1.- Cumple los criterios de un episodio maníaco;	0	1	2	0	1	2
2.- En algún momento durante el episodio maníaco, el sujeto de forma concurrente presenta ya sea delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida marcada de asociaciones, conducta catatónica o afecto aplanado o inapropiado; y						
3.- En algún momento durante el episodio en cuestión, han habido delirios o alucinaciones por al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos prominentes.						

15.- Consumo de Drogas para Aliviar Síntomas Residuales

(Si se reporta la presencia de síntomas residuales) ¿Qué haces para que _____ se vaya? ¿Te _____?

Criterios: En más de una ocasión

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0	1	2	0	1	2
b. Estimulantes	0	1	2	0	1	2
c. Sedantes/Hipnóticos/Ansiolíticos	0	1	2	0	1	2
d. Cocaína	0	1	2	0	1	2
e. Opioides	0	1	2	0	1	2
f. PCP	0	1	2	0	1	2
g. Alucinógenos	0	1	2	0	1	2
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	0	1	2
i. Otros	0	1	2	0	1	2
j. Polisustancias	0	1	2	0	1	2

Psicosis

1. Alucinaciones

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

Algunas veces, cuando los niños están solos, escuchan voces o ven cosas o huelen cosas y no saben con certeza de donde provienen.

0 0 0 Sin información.

¿Alguna vez te ha ocurrido eso? Pláticame de eso.

¿Hubo algún momento en el que escucharas voces cuando estabas solo? ¿Qué escuchabas? ¿Has escuchado que alguien te llama cuando no había nadie a tu alrededor? ¿Qué cosas escuchas? ¿Alguna vez has escuchado música que otros no podían escuchar?

1 1 1 Ausente.

¿Alguna vez has visto cosas que no estaban en realidad? ¿Qué acerca de sombras u otros objetos moviéndose? ¿Alguna vez has visto fantasmas? ¿Cuándo? ¿Esto solo ocurría en la noche cuando tratabas de dormir u ocurría también durante el día? ¿Qué veías?

2 2 2 Subumbral: Probables alucinaciones.

¿Alguna vez has percibido un olor extraño que venía de tu cuerpo?

3 3 3 Umbral: Presencia de alucinaciones.

Nota: Si la presencia de alucinaciones es probable, antes de calificar este reactivo, evalúe la convicción que tiene el sujeto de la realidad de las alucinaciones con los siguientes reactivos.

¿Qué piensas que era? ¿Crees que fue tu imaginación? ¿Crees que fue real cuando lo (escuchaste, viste, oliste, etc)?

¿Qué hiciste cuando lo (viste, escuchaste, oliste, etc.)?

¿Las voces que escuchaste (o alucinaciones) se presentaron cuando estabas dormido o despierto?

¿Pudo haber sido un sueño?

¿Ocurrieron cuando tratabas de quedarte dormido?

¿Cuando te despertabas? ¿Solo cuando estaba oscuro? ¿Ocurrieron en algún otro momento?

¿Tenías fiebre cuando ocurrieron? ¿Alguna vez has bebido cerveza, vino u alcohol? o ¿Habías tomado alguna droga cuando esto ocurrió? ¿Fue como un pensamiento o como una voz (ruido) o una visión?

Pasado: P () C () S ()

2.- Delirios

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Sabes lo que es la imaginación? Explícamelo.

¿Alguna vez tu imaginación te jugó trucos? ¿Qué clase de trucos? Háblame más acerca de ellos. ¿Has tenido ideas acerca cosas que no le has dicho a nadie por temor a que no te entendieran? ¿Qué ideas?

0 0 0 Sin información

¿Crees en cosas que las demás personas no creen?

1 1 1 Ausente

¿Como qué?

2 2 2 Subumbral: Probables delirios.

Pregunte acerca de los siguientes delirios:

3 3 3 Umbral: Presencia de delirios

¿Alguna vez has sentido que alguien te ha querido lastimar/hacer daño? ¿Quién? ¿Porqué?

¿Alguna vez has pensado que eres una persona muy importante o grandiosa?

¿Cuando estabas con personas que no conocías, piensas que hablaban de ti?

¿Alguna vez has sentido que algo le pasaba a tu cuerpo? ¿Como creer que se pudre por dentro o que algo muy malo estaba en él?

¿Alguna vez has sentido que el mundo se iba a acabar?

¿Con qué frecuencia has pensado en _____?

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de alguno de los reactivos, complete la sección actual del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de alguno de los reactivos, complete la sección pasada del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de psicosis

Notas: (Registre las fechas de posibles alucinaciones y delirios actuales y pasados).

o piensas? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

Describa: _____

d.- Voces que Conversan entre Si

¿Cuántas voces escuchas? ¿Qué es lo que dicen? ¿Hablan entre ellas? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

Describa: _____

e. Pensamientos Sonoros

¿Escuchas que tus pensamientos hablan en voz alta? ¿Si alguien estuviera a tu lado, escucharía lo que estás pensando? ¿Es una voz real que está fuera de tu cabeza?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

f.- Otras Alucinaciones Verbales

¿Hay otros sonidos o voces que escuches que no me hayas dicho? ¿Estas voces te critican? ¿Se burlan de tí? ¿Te dicen que te van a hacer cosas malas? ¿Te han hablado Dios (Jesús), ángeles, demonios, la Virgen María o santos? ¿Conoces a otra persona a quien (____) le haya hablado? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

Describa: _____

2.- Localización de las Voces / Sonidos

a.- Solo Dentro de su Cabeza

¿De donde vienen las voces? ¿De tu cabeza? ¿Fueron tus pensamientos lo que escuchaste? ¿Otras personas podían escuchar las voces?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

b.- Solo Fuera de su Cabeza

¿Venían de fuera de tu cabeza, a través de tus oídos? ¿Se escuchaba tan claro como mi voz cuando te hablaban?

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3

c.- Combinación

¿En ocasiones las voces venían de tu cabeza y otras veces de fuera de tu cabeza? ¿Unas veces como pensamientos y otras veces como mi voz?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3.- Alucinaciones Visuales						
¿Ves cosas que otros niños no pueden ver? ¿Qué es lo que ves? ¿Veías algo real o solo como una sombra moviéndose? ¿Qué tan claro era? ¿Lo veías varias veces por varios días en forma consecutiva? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
4.- Alucinaciones Tactiles						
¿Alguna vez has sentido como que alguien o algo te toca, pero cuando volteas no hay nada? ¿Platícame sobre esto? (Especifique si el contenido siempre está relacionado con depresión o manía)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
5.- Alucinaciones Olfatorias						
¿Alguna vez has olido algo que los demás no pueden oler? ¿Qué?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describa: _____						
6.- Ilusiones						
Falsa percepción estimulada por una percepción real que es transformada momentáneamente. Ocurren con frecuencia debido a una pobre resolución perceptual (oscuridad, lugar ruidoso) o por poca atención y son inmediatamente corregidos cuando se centra la atención en el estímulo sensorial externo o cuando la resolución perceptual mejora.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
¿Alguna vez has visto cosas en tu cuarto por las noches que pensabas que eran algo diferente? ¿Como si vieras alguno de tus muñecos o una playera y pensaras que podría ser algo que podría atraparte? ¿Alguna						

vez has visto un cuerda y pensaste que era una serpiente? ¿Otras cosas?

Código para las Preguntas Restantes:

0 = Sin información

1 = No

2 = Si

7.- Aceptación Cultural de las Alucinaciones

¿Algunos miembros de tu familia o miembros de tu iglesia experimentan la misma (especifique alucinación)?

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

8.- Duración de la Alucinación

Una o la combinación de alucinaciones que se presentan en el transcurso del día por varios días o en diversas ocasiones en una semana por varias semanas.

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

9.- Asociación con Trastorno Afectivo / del Humor

Las alucinaciones siempre se presentaron durante o en el transcurso de 2 semanas de un trastorno afectivo (Depresión o Manía)

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

10.- Asociación con Trauma

Los temas alucinatorios reflejan experiencias traumáticas pasadas. (Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

11.- Asociación con Uso de Sustancias o Factor Orgánico

Las alucinaciones siempre se presentan después del consumo de sustancias o en el curso de una condición médica. (Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

12.- Evidencia de un Precipitante

(Especifique): _____

0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2

13.- Duración de una Semana o más de los Síntomas

graves? ¿Cómo lo sabes? ¿Estás seguro? ¿Le ha pasado algo a tu cuerpo o al interior de tu cuerpo? Platícame de ello. Puede ser que solo sientas estas cosas pero que en realidad no tengas nada. ¿Puede ser eso?						
a.- Solo durante un Episodio Afectivo / del humor	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.- Nihilismo/ Catástrofismo						
¿Sientes que algo terrible va a pasar o ha pasado? ¿Qué es lo que va a pasar? ¿Has sentido que el mundo va a llegar a su fin? ¿Cuándo?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6.- Transmisión del Pensamiento						
¿Has sentido que tus pensamientos son transmitidos tan fuerte que otras personas saben lo que estas pensando? ¿Como en el radio, en donde cualquiera los pueda escuchar? ¿En la actualidad escuchas que tus pensamientos son muy fuertes? ¿Otros los han escuchado?.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7.- Inserción del Pensamiento						
¿Sientes que pensamientos son puestos en tu mente y que no son tuyos? ¿Quién los pone ahí? ¿Cómo? ¿Porqué?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
8.- Robo del Pensamiento						
¿Alguien ha sacado tus pensamientos de tu cabeza o los ha sacado alguna fuerza especial? Dime qué ocurría.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9.- Mensajes del Radio / TV						
¿Alguna vez la radio o TV te ha hablado o te ha mandado mensajes? ¿Qué hay acerca de canciones?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.- Delirios Persecutorios						
¿Alguien te ha hecho las cosas difíciles o te ha causado problemas a propósito o ha tratado de lastimarte o ha conspirado en tu contra? ¿Cómo?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11.- Delirios de que Otros Pueden Leer su Mente						

¿La gente puede saber lo que estás pensando? ¿Es por la forma en que te ves o solo porque saben lo que estás pensando porque pueden leer tu mente?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12.- Delirios de Referencia						
¿Parece que la gente te tira indirectas? ¿La gente te dice cosas en doble sentido? ¿Hacen cosas de una forma especial para decirte algo? ¿Parece que las cosas son arregladas de una forma especial para que solo tú entiendas su significado?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13.- Otras Delirios Bizarros						
¿Otros pensamientos especiales de los que quieras hablarme?	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Describe: _____						
Código para los Reactivos Restantes:						
0 = Sin información						
1 = No						
2 = Si						
14.- Delirios Subculturales o Familiares						
¿Otras personas de tu familia creen en lo que me has dicho (de ser necesario pregunte a la madre o a otro miembro de la familia)? ¿Algún miembro de tu religión también cree en eso? ¿Otros niños, como tus amigos creen en lo que tu crees?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15.- Delirios Múltiples	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16.- Los delirios siempre se presentan durante o en el transcurso de 2 semanas de un trastorno afectivo (Depresión o Manía)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17.- Los delirios siempre se presentan en el contexto de abuso de sustancias o durante el curso de una enfermedad médica. Especifique: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
18.- El contenido de los delirios siempre se relaciona con afecto	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

depresivo o animado.						
19.- Evidencia de un Precipitante						
Especifique: _____ _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
20.- Duración de una semana o más de los síntomas						
Especifique la Duración: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Notas:

III. Otros Síntomas Psíquicos

Evalúe de acuerdo a lo observado durante la entrevista.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- a. Afecto Aplanado						
Déficit en el contacto emocional que no es explicado por un trastorno severo del afecto o preocupación, p.e., aun cuando el entrevistador se esfuerce para establecer un contacto emocional adecuado, el sujeto no da signos de respuesta emocional tales como una sonrisa ocasional, tendencia al llanto, risa o el ver directamente al entrevistador. En el nivel "moderado", existe un aplanamiento indicado por una voz monótona, falta de expresión facial con signos emocionales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Afecto Inapropiado						
El afecto es incongruente con el contenido del lenguaje, por ejemplo, risas mientras se habla de las razones de hospitalización. No incluye los sentimientos puros de vergüenza o un afecto extremadamente fuerte, como cuando el sujeto llora cuando se discute una desilusión menor. La incongruencia no implica excesiva intensidad pero si la inconsistencia cualitativa con el contenido del pensamiento y / o circunstancias ambientales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2.- a. Incoherencia						

El lenguaje generalmente no es comprensible, y se encuentra acompañado de pensamientos o palabras sin lógica o conexión gramatical, lo cual da como resultado desorganización. Describa: _____ _____	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b. Pérdida de Asociaciones (Loose Associations)												
Pensamiento en el que las ideas saltan de un objetivo a otro de una forma que no tienen relación alguna. Describa: _____ _____	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
3.- Conducta Catatónica												
Conductas motoras que incluyen inmovilidad, estupor, rigidez, posturas bizarras, flexibilidad cética y excitación de los movimientos (sin un propósito y actividad motora estereotipada que no tiene influencia alguna de estímulos externos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
IV. Deterioro en el Funcionamiento Durante la Enfermedad												
1. Deterioro Escolar	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
2. Deterioro en Relaciones con los Amigos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
3.- Deterioro en las Relaciones Familiares.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
4.- Deterioro en el Autocuidado	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Complete los árboles de diagnóstico comenzando por la siguiente página de este suplemento.

Árbol de Diagnóstico: Psicosis

	Padre	Niño	Sumario						
Alguna vez ha tenido síntomas psicóticos no asociados a depresión o manía	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Criterios DSM-IV.									

Para el diagnóstico de **Esquizofrenia**, se requieren los siguientes criterios:

A. Síntomas psicóticos característicos: Al menos dos de los siguientes, presentes por un lapso significativo de tiempo durante un período de un mes (o menos si los síntomas fueron tratados con éxito):

- 1.- Delirios.
- 2.- Alucinaciones.
- 3.- Lenguaje Desorganizado (p.e., disgregación frecuente, incoherencia o pérdida marcada de asociaciones).
- 4.- Comportamiento desorganizado o conducta catatónica.
- 5.- Síntomas negativos (p.e. afecto aplanado, alogia o avoliación).

Nota: Solo uno de los síntomas de A se requieren si los delirios son bizarros o las alucinaciones consisten de una voz que se mantiene comentando acerca del comportamiento o pensamientos del individuo, o dos o más voces conversando.

B. Durante el curso del trastorno, el funcionamiento en áreas como el trabajo, relaciones sociales, y autocuidado se encuentran por debajo del funcionamiento anterior al trastorno (o en inicio infantil o adolescente, un bajo nivel al esperado de desarrollo social).

C. Signos continuos del trastorno por al menos 6 meses. El período de 6 meses debe incluir una fase activa (de al menos una semana, a menos que los síntomas hayan sido tratados con éxito) durante el cual se presentan síntomas característicos de esquizofrenia (síntomas de A), y una fase prodrómica o residual si la fase activa tiene una duración menor a 6 meses.

D. Síndrome depresivo o maniaco, si están presentes durante la fase activa del trastorno (síntomas De A), fueron breves en relación a la duración del trastorno. El trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo con rasgos psicóticos es descartado.

E. Se descarta etiología orgánica o farmacológica.

Para el diagnóstico de **Trastorno Esquizofreniforme**, se requieren los siguientes criterios:

- A. Cumple los criterios A, D y E de Esquizofrenia.
- B. Un episodio del trastorno (incluyendo fase activa, prodrómica y residual), tiene una duración de al menos un mes, pero menos a 6 meses.

Para el diagnóstico de **Psicosis Reactiva Breve**, se requieren los siguientes criterios:

- A. Presencia de lenguaje desorganizado, delirios, alucinaciones, o conducta catatónica o desorganizada.
- B. Duración del episodio de al menos un día y no más de un mes, con un regreso eventual al nivel premórbido de funcionamiento.
- C. No es debido a un Trastorno del ánimo, esquizofrenia, causa orgánica o etiología farmacológica.

Especifique si: Con marcado estresor (es); sin marcado estresor (es); inicio post-parto.

Si cumple los criterios para esquizofrenia o trastorno esquizofrénico, o se encuentra actualmente en la fase prodrómica o residual, describa los rasgos clínicos en los cuadros de la página siguiente.

Si cumple los criterios de **esquizofrenia**, complete los siguientes reactivos:

1.- Curso	Calificación
a.- Subcrónico: El tiempo desde el inicio del trastorno, cuando el individuo por primera vez mostró signos del trastorno (incluyendo fases prodrómicas, activas y residuales) de una forma más o menos continua, es menor a dos años pero al menos de 6 meses.	0 1 2

b.- Crónico: Igual que el anterior, pero mayor a dos años.	0 1 2
c.- Subcrónico con Exacerbación Aguda: Reparición de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso crónico que ha estado en fase residual del trastorno.	0 1 2
d.- Crónico con Exacerbación Aguda: Resurgimiento de síntomas psicóticos prominentes en un individuo con curso crónico que ha estado en fase residual del trastorno.	0 1 2
e.- En Remisión: Este debe ser usado cuando un individuo con antecedentes de Esquizofrenia se encuentra libre de todos los signos del trastorno (con o sin medicamento). La diferenciación entre Esquizofrenia en Remisión de la ausencia de un Trastorno Mental requiere de la consideración del nivel de funcionamiento, el tiempo desde el último período del trastorno, la duración total del trastorno, y si el tratamiento profiláctico fue dado.	0 1 2
Para las fases Prodrómica y residual de la enfermedad, evalúe rasgos asociados:	
2.- Rasgos Asociados:	
a. Aislamiento social o retirada social.	0 1 2
b. Deterioro en el desempeño escolar.	0 1 2
c. Marcado comportamiento peculiar.	0 1 2
d. Deterioro en la higiene personal.	0 1 2
e. Afecto inapropiado.	0 1 2
f. Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado o circunstancial o pobreza del lenguaje o contenido.	0 1 2
g. Creencias extrañas, pensamiento mágico con influencia sobre el funcionamiento.	0 1 2
h. Experiencias perceptuales inusuales.	0 1 2
i. Marcada pérdida de iniciativa, intereses o energía.	0 1 2
j. Duración de la fase prodrómica / residual (en semanas)	0 1 2
Si cumple los criterios de trastorno esquizofreniforme, complete los siguientes reactivos: Especifique si se presentan rasgos de buen pronóstico, p.e., al menos 2 de los siguientes para bueno, uno para medio, ninguno para pobre.	
1.- Rasgos Pronósticos:	
a. Inicio de prominentes síntomas psicóticos durante las 4 semanas siguientes del primer cambio notable en el comportamiento o funcionamiento usual.	0 1 2
b. Confusión, desorientación o perplejidad en el momento del episodio psicótico.	0 1 2
c. Buen funcionamiento premórbido social y ocupacional.	0 1 2

2.- Pronóstico	
a. Bueno: Presencia de dos o más rasgos pronósticos positivos .	0 1 2
b. Medio: Presencia de un rasgo pronóstico positivo.	0 1 2
c. Pobre: Sin presencia de algún rasgo pronóstico.	0 1 2

Trastornos de Pánico

Ataques de Pánico

P C S PADRES / NIÑO / RESUMEN

¿Alguna vez has tenido sentimientos de mucho miedo que vienen de repente sin ninguna razón especial? Háblame de ello.

0 0 0 Sin información.

La primera vez que tuviste un ataque de estos, ¿qué crees que lo provocó? ¿Este sentimiento aparecía de repente? ¿Cómo era? ¿Cuánto duraba? ¿Después de la primera vez que te pasó, te preocupabas porque volviera a suceder?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Al menos un ataque no anticipado, y un mínimo de 4 ataques. La preocupación por futuros ataques no es persistente y no hay efectos sobre el comportamiento relacionados a los ataques.

Si los síntomas específicos no son obtenidos de forma espontánea al describir los ataques, pregunte acerca de los siguientes síntomas:

Síntomas Asociados: Respiración entrecortada, palpitations, dolores de pecho, náusea, ruboraciones, escalofríos, sensación de asfixia, mareos, entumecimiento de manos o pies, sudoración, desvanecimientos, temblores, despersonalización o desrealización, miedo a morir, miedo a perder el control.

3 3 3 Al menos 4 ataques, con una preocupación persistente de tener otro ataque por al menos durante un mes o un cambio significativo en el comportamiento relacionado a los ataques.

Nota: No cuantifica su persisten por todo el día.

Pasado: P () C () S ()

__ Si tiene una puntuación de 3 en la evaluación actual del reactivo de ataques de pánico, complete la sección actual de trastorno de pánico del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si tiene una puntuación de 3 en la evaluación pasada del reactivo de ataques de pánico, complete la sección pasada de trastorno de pánico del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno de pánico.

Notas: (Registre las fechas de posibles ataques de pánico actuales y pasados.

Trastorno de Ansiedad por Separación

1.- Temor a un Evento Catastrófico que Provoque la Separación

P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Alguna ves te has preocupado de que algo malo te ocurra y que no puedas volver a ver a tus padres?	1	1	1	Ausente.
¿Como perderte, ser secuestrado, asesinado o tener un accidente? ¿Qué tanto te preocupa?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se preocupa. Se preocupa más y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Frecuentemente se preocupa en situaciones de separación.

Pasado: P () C () S ()

2.- Temor al Daño del Padre

P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Alguna vez te has preocupado de que algo malo le pase a tus padres? ¿Como qué? ¿Tenías miedo de que tuvieran un accidente o que los mataran? ¿tenías miedo de que te dejaran y no volvieran? ¿Cuánto te preocupabas?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se preocupa. Se preocupa más y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se preocupa en situaciones de separación.

Pasado: P () C () S ()

3.- Rechazo Escolar

P C S

	0	0	0	Sin información.
¿Hubo algún momento en el que te obligaron a ir a la escuela? ¿Tienes preocupaciones con respecto a ir a la escuela? Háblame de esos sentimientos.	1	1	1	Ausente.
¿De qué tenías miedo? ¿Has estado yendo a la escuela? ¿Con qué frecuencia has dejado de ir a la escuela o salías de la escuela temprano? (volver a casa antes de tiempo)	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia muestra cierta resistencia a ir a la escuela, pero usualmente lo convencen de ir, se ausenta no más de un día en 2 semanas.
Nota: Solo se toma en cuenta si el evitar la escuela es para estar con los padres o en el hogar.	3	3	3	Umbral: Protesta intensamente con respecto a ir a la escuela, o es enviado a su casa o se niega a ir al menos un día por semana.

Pasado: P () C () S ()

4.- Temor a Dormir Fuera de su Casa/Dormir

P C S

Solo

¿Alguna vez, cuando tenías más de 4 años, tenías miedo de dormir solo? ¿Te da miedo dormir fuera de tu casa sin que tus padres estén contigo?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones temeroso. El miedo a dormir fuera de su casa o dormir solo es más severo y con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia temeroso. evita dormir solo o fuera de su casa.
Pasado: P () C () S ()				

5.- Temor a Estar Solo en Casa

	P	C	S	
¿alguna vez, cuando tenías más de 4 años, seguías a tu madre a donde quiera que ella fuera? ¿Te preocupabas si ella no estaba contigo en el mismo cuarto? ¿Te aferrabas a tu madre?	0	0	0	Sin información.
¿Vigilabas a tu madre? ¿Siempre querías saber donde estaba tu madre?	1	1	1	Ausente
¿Cuanto miedo tenías?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones temeroso. Teme estar solo con mayor intensidad y frecuencia que cualquier otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Se aferra a la madre, temeroso, evita estar solo. No se separa de ella.
Pasado: P () C () S ()				

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de trastorno de ansiedad por separación del suplemento #3 de trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de trastorno de ansiedad por separación del suplemento #3 de trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno de ansiedad por separación.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de ansiedad por separación pasados y actuales.

Trastorno Evitativo / Fobia Social

1.- Reducción del Contacto

P C S

Muchos niños son tímidos. Algunos niños son más que eso y nunca se sienten cómodos con gente ajena a su familia. ¿Alguna vez fuiste así? ¿te sentías muy incómodo o nervioso cuando estabas cerca de tu maestro u otros niños en la escuela? ¿Con los niños de tu vecindario?	0	0	0	Sin información.
Algunos niños se sienten muy nervioso al estar cerca de personas que no conocen. Siente como si no pudieran decir nada. ¿Alguna vez estuviste así? ¿Cuánto tiempo te tardas normalmente para sentirte cómodo o en confianza?	1	1	1	Ausente
¿Te era difícil hablar con una persona que no conocías, aún con otro niño? ¿Te sentías tan temeroso que no podías decir ni una sola palabra? ¿Te ocurría la mayor parte del tiempo?	2	2	2	Subumbral: Incomodidad ocasional cerca de personas que no son de la familia y / o con extraños. Más severo y con mayor frecuencia que otro niño de su edad, en caso de existir, mínimo deterioro.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia muestra una severa incomodidad ante personas que no son de su familia y/o extraños. Deterioro moderado a severo.

Pasado: P () C () S ()

2.- Temor ante Situaciones Sociales

Algunos niños odian contestar a las preguntas que se les hacen en clase, hablar frente al grupo, hablar con adultos o niños que no conocen bien, conocer nuevos niños, utilizar el baño de la escuela si otro niño está ahí, o comer frente a otros niños... (pregunte acerca de estas situaciones). ¿Alguna de estas cosas realmente te ha incomodado? ¿Más que a otros niños de tu clase? ¿Qué te incomodaba de_____ (p.e. temor a decir algo tonto, temor a parecer avergonzado, temor a temblar, paralizarte, etc.)? ¿Esto te molestaba demasiado o poco? ¿Te hacía sentir realmente nervioso o asustado? ¿Te hacía llorar? ¿Te hacía querer estar solo?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Incomodidad ocasional en una o más situaciones sociales. Con mayor frecuencia que otro niño de su edad. Sin evitación.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia experimenta una inconformidad significativa en una o más situaciones sociales. Las situaciones conllevan ansiedad moderada o es evitativo en ocasiones.

Pasado: P () C () S ()

___ Si recibió un puntaje de 3 en cualquiera de los reactivos, continúe con las preguntas de la siguiente página.

___ Si no existe evidencia de un trastorno evitativo / Fobia social actual o pasado, continúe con la sección de agorafobia y trastornos fóbicos específicos de la página 24.

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
3.- Participación Social con Personas Familiares							
	Desea participar o involucrarse con gente familiar.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	¿Te gusta estar con tu familia u otras personas que conoces? ¿Como se llevan tu y tu mamá/papá? ¿Con tus hermanos? ¿Hermanas? ¿Tienes un mejor amigo o uno o 2 niños con los que pases el tiempo? ¿Te sientes nervioso o temeroso cerca de_____? ¿Qué clase de cosas te gusta hacer con ellos?						
	A algunos niños no les gusta estar con otras personas, personas a las que no conoce muy bien, incluso con otros niños. ¿Eres así? ¿Existen algunas personas con las que te guste estar. o con las que te gustaría sentirte más cómodo o en confianza?						
4.- Duración							
	Fechas específicas_____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	6 meses o más						
5.- Deterioro							
	a.- Social (con sus iguales):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	b.- Con familia:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	c.- En la escuela:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	d.Ansiedad extrema / Llanto / Rabieta:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	e.- Evitación:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	f.- Evidencia de algún precipitante (Especifique):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

| **Sumario** || **Sumario** |

	CE			MSP		
6.- Evidencia de Fobia Social (Criterios DSM-IV)						
1.- Temor marcado y persistente en una o más situaciones sociales.	0	1	2	0	1	2
2.- La exposición a situaciones de temor provoca ansiedad Puede ser expresado por medio del llanto o rabietas.						
3.- Evitación de situaciones sociales a las que teme o relacionadas con ansiedad.						
4.- En niños, debe existir evidencia de capacidad para establecer relaciones sociales con gente familiar y la ansiedad debe ocurrir no solo en la interacción con adultos, sino también con los pares.						

Agorafobia y Fobias Específica

Solo evalúe la fobia más intensa

1.- Ansiedad

P C S

Fobias específicas: ¿Hubo algún momento en que tuvieras mucho miedo de las multitudes, estar en la calle solo, estar en un puente, viajar en autobús, tren o automóvil?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

¿Hubo algún momento en que tuvieras mucho miedo a los perros, caballos, insectos, alturas, ascensores, metro, la oscuridad... (pregunte de las situaciones en esta lista)? ¿Tenías miedo de alguna otra cosa?.

2 2 2 Subumbral: Temor al estímulo o situación más intenso que cualquier otro niño de su edad. Asociado solo que síntomas transitorios de ansiedad.

Agorafobia: ¿Tenías miedo de estar en algún lugar muy concurrido o estar en la calle solo? ¿Tenías miedo de ir al supermercado o cualquier otro lugar? ¿Estar en algún puente, viajar en coche, autobús o tren?

3 3 3 Umbral: Temor al estímulo o situación asociado con síntomas moderados a severos de ansiedad.

¿Cuanto miedo te daba ____? ¿Hacia que te enfermaras del estómago o que tu corazón se acelerara? ¿Cuánto tiempo duraba? ¿Tenías más miedo de _____ que tus amigos?

Pasado: P () C () S ()

2.- Evitación

¿Hubo algún momento en que tu miedo a ____ te impedía hacer cualquier cosa? ¿Tratabas de evitar ____? ¿Había momentos en que podías ____? ¿Si alguien estaba contigo, podías ____?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Evitación mínima o inconsistente.

3 3 3 Umbral: El estímulo o situación que provoca el miedo es evitada.

Pasado: P () C () S ()

Trastorno de Ansiedad Generalizada

	P	C	S	
1.- Preocupación no realista sobre el futuro.				
¿Hubo algún momento en que te preocupaste demasiado por cosas que aún no habían ocurrido?	0	0	0	Sin información.
¿Crees que te preocupabas más que otros niños de tu edad? ¿Puedes darme algunos ejemplos? ¿Alguien te ha dicho que te preocupas demasiado? ¿Sabes por qué dicen eso?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 3 veces por semana) por eventos que aún no han ocurrido o por el comportamiento actual.
Nota: No se cuantifica si la única preocupación del niño es en torno a la figura parental o a una fobia simple. Se Solo se evalúa como positivo si el niño se preocupa por demasiadas cosas	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana se preocupa demasiado por al menos dos circunstancias o eventos anticipados o comportamiento actual.
Pasado: P () C () S ()				
2.- Quejas Somáticas				
¿alguna vez te has enfermado con mucha frecuencia?	0	0	0	Sin información.
¿Has faltado al colegio, gimnasio o a otras actividades porque no te sentías bien? ¿Hubo algún momento en el que tenías demasiados dolores?	1	1	1	Ausente.
¿Tenías dolores de cabeza, estomacales, dolores en tus piernas o de espalda? ¿Algún otro tipo de problemas? ¿Diario? ¿Una vez? ¿Cuándo se presenta_____? ¿Por la mañana, por la tarde, los fines de semana? ¿Solo los días que vas al colegio?	2	2	2	Subumbral: Síntomas/quejas ocasionales. Los síntomas /quejas se experimentan con mayor frecuencia que cualquier otro niño de su edad.
Nota: No se cuantifica si se encuentra relacionado c situaciones de separación o rechazo a la escuela.	3	3	3	Umbral: Síntomas/quejas frecuentes (más de una vez por semana)
Pasado: P () C () S ()				
3.- Marcada Conciencia de Si Mismo				
Algunos niños realmente se preocupan demasiado por lo que otras personas piensen de ellos? ¿Te ocurre a ti? ¿En algún momento has pensado en lo que vas a decir, antes de hacerlo? ¿Te preocupaba que otras personas pensarán que eras tonto o que decías cosas graciosas?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Frecuente nerviosismo / ansiedad.
	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana está nervioso/ansioso.
Pasado: P () C () S ()				

___ Si recibió puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los ítems, complete la sección actual de trastorno generalizado de ansiedad del **suplemento #3**, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial.

___ Si recibió puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los ítems, complete la sección pasada de trastorno generalizado de ansiedad del **suplemento #3**, trastornos de ansiedad, después de finalizar la entrevista inicial

___ Sin evidencia de trastorno generalizado de ansiedad.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de ansiedad generalizados actuales o pasados.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

1.- Compulsiones

Conductas intrusivas recurrentes, repetitivas, dirigidas a una meta en respuesta a una obsesión, de acuerdo a ciertas reglas o de acuerdo a un estereotipo que provoca ansiedad y debilidad en donde el sujeto tiene poco control.

P C S

0 0 0 Sin información

¿En algún momento te encontraste haciendo cosas que parecían tontas, una y otra vez, o cosas que no podías resistir como tocar cosas, contar o lavar tus manos muchas veces o revisar cerraduras u otras cosas?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Sospechoso o probable.

¿Había cosas que siempre tenías que hacer de la misma forma o de alguna forma en especial?

3 3 3 Umbral: Obsesiones claras, causando efectos en el funcionamiento de sujeto o ansiedad.

¿Has tenido problemas para acabar tu tarea porque tienes que leer algunas partes una y otra vez o porque tenías que escribir tu tarea una y otra vez? ¿Has tenido problemas para llegar a la escuela porque te tardas mucho para estar listo?

¿Si cometes un error al hacer tu tarea tienes que volverla a hacer desde el principio?

¿Cuando te vas a dormir, tienes que revisar algo varias veces antes de poder dormirte? ¿O tienes que arreglar las cosas de tu cuarto de alguna forma en especial? ¿Alguien te ha comentado algo con respecto a estos hábitos?

Pasado: P () C () S ()

2. Obsesiones

Pensamientos recurrentes e intrusivos, impulsos, o imágenes que, generan ansiedad y sobre los que la persona tiene muy poco control.

P C S

¿En algún momento te has molestado por pensamientos, imágenes o palabras que continuamente vienen a tu mente sin razón alguna y que en las cuales no puedes dejar de pensar? ¿Alguna vez te ha preocupado de sobremano tener tus manos sucias o con microbios, o que te puedas enfermar por eso? ¿Alguna vez te ha preocupado por hacer perfectas las cosas o arreglarlas de alguna manera? ¿Tienes pensamientos de que algo malo puede pasar, o de que hiciste algo terrible aunque sabes que no es verdad? ¿Algún otro tipo de pensamiento que estuviera en tu mente? ¿Pensamientos tontos, palabras, o números de los cuales no podías deshacerte?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Se sospecha o probable.

¿Con qué frecuencia piensas en esto? ¿Eran pensamientos de los cuales no podías deshacerte y se presentaban continuamente?

3 3 3 Umbral: Obsesiones definitivas, tiene efectos sobre el funcionamiento.

¿Te molestaban estos pensamientos? ¿Parecían no tener ningún sentido? ¿Los pensamientos irrumpían en tu mente y te impedían hacer cosas?

Nota: No cuenta como positivo si las ideas/pensamientos son delirantes, o se relacionan con otro trastorno del Eje I (p.e. pensamientos de comida en presencia de un trastorno de alimentación, pensamientos de peligro para los padres en la presencia T. ansiedad por separación).

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, ya sean obsesiones o compulsiones, complete la sección actual del trastorno obsesivo-compulsivo del suplemento #3, trastornos de ansiedad, al finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, ya sean obsesiones o compulsiones, complete la sección pasada del trastorno obsesivo-compulsivo del suplemento #3, trastornos de ansiedad, al finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno obsesivo-compulsivo.

Notas: (registre las fechas de posibles trastornos obsesivo-compulsivos pasados o actuales).

ENURESIS

1.- Evacuación Continua

P C S

Algunos niños tienen accidentes y mojan su cama cuando están dormidos?¿Alguna vez te ha pasado? ¿Has tenido estos accidentes durante el día? ¿Cuando te ríes o estornudas fuerte?

a.- Noches

¿Con qué frecuencia te ocurre por las noches?

Especifique: _____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

b.- Día

¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?

Especifique: _____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

c.- Total

Estime la frecuencia de los accidentes diurnos y nocturnos

Especifique: _____

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 De 1 a 4 veces en un mes por tres meses o más

Pasado: P () C () S ()

__Si recibió una calificación de 2 o más en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si recibió una calificación de 2 o más en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si no hay evidencia de Enuresis, continúe con la sección de encopresis.

Ansiedad

¿Qué haces cuando tienes estos accidentes? ¿Le dices a tu mamá? ¿A tu maestro? ¿Qué es lo que hacen?
¿Los niños de tu escuela saben que tienes estos accidentes? ¿Qué tanto te molestan cuando tienes un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, pares)

Duración: (Especifique)

Criterios para Enuresis (DSM-IV)

- 1.- Evacuación recurrente de orina en la cama o en la ropa (involuntaria o intencional)
- 2.- El comportamiento es clínicamente significativo como se manifiesta por una frecuencia de al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses, o por la presencia de distress clínicamente significativo, o disminución del funcionamiento social, académico (ocupacional), o en otras áreas funcionales.
- 3.- Edad cronológica de al menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)
- 3.- No es producto de un medicamento (diurético), o un trastorno médico (diabetes, infección del tracto urinario, espina bífida, epilepsia).

Cumple los criterios del DSM-IV para Enuresis (Actual).

Cumple los criterios del DSM-IV para Enuresis (Pasado).

Notas: (Registre las fechas de Enuresis actual o pasada).

ENCOPRESIS

1.-Paso de Heces (Hacerse Caca) Repetido

Algunos niños tienen accidentes y ensucian su cama cuando están dormidos. ¿Alguna vez te ha ocurrido eso? ¿Alguna vez has tenido accidentes y has defecado en tus pantalones? ¿Cuándo tienes mucho miedo o porque no pudiste ir al baño por alguna razón? ¿Qué clase de accidentes has tenido? ¿Número uno o número 2? Nota: Solo puntúa positivo si hay deposiciones en la ropa del paciente

	P	C	S	
a.- Noche	0	0	0	Sin información.
Con qué frecuencia te ocurre por las noches?				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P () C () S ()

	P	C	S	
b.- Día	0	0	0	Sin información.
¿Con qué frecuencia te ocurre durante el día?				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P () C () S ()

	P	C	S	
c.- Total	0	0	0	Sin información.
Estime el número total de accidentes diurnos y nocturnos				
Especifique: _____	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: 6-11 veces por año.
	3	3	3	Umbral: 1 o más veces por mes Pasado: P () C () S ()

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas de la siguiente página.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete las preguntas siguientes

Ansiedad

¿Qué haces cuando tienes estos accidentes? ¿Le dices a tu mamá? ¿A tu maestro? ¿Qué es lo que hacen? ¿Los niños de tu escuela saben que tienes estos accidentes? ¿Cuanto te molesta cuando tienes un accidente?

Deterioro: (hogar, escuela, con amigos)

Duración: (Especifique)

Criterios para Encopresis (DSM-IV)

- A. Hacerse caca repetidamente en sitios inapropiados (en la ropa, el suelo, etc) voluntaria o involuntariamente
- B. Al menos una vez al mes durante 3 meses
- C. La edad cronológica es al menos 4 años (o su equivalente de desarrollo)
- D. El comportamiento no se debe solamente a una sustancia (laxantes), o un problema médico que causa estreñimiento.

__Cumple los criterios del DSM-IV para Encopresis (Actual).

__Cumple los criterios del DSM-IV para Encopresis (Pasado).

Notas: (Registre las fechas de Encopresis actual o pasada).

Anorexia Nerviosa

Comience esta sección con una breve (2-3 minutos) entrevista semi-estructurada para obtener información de hábitos alimenticios:

¿Piensas que eres obeso? ¿En algún momento has deseado ser más delgado? ¿Alguna vez has hecho dieta?
 ¿Cuánto te gustaría pesar? ¿Si tuvieras el peso que deseas, qué diferencias crees que habría en tu vida?

	P	C	S	
1.- Temor a ser Obeso				
¿Alguna vez has tenido miedo de engordar?	0	0	0	Sin información
¿Pensabas que eras obeso? ¿Has tenido sobrepeso?				
¿Vigilabas lo que comías y pensabas acerca de lo que ibas a comer? ¿Tenías miedo de comer ciertas cosas porque ibas a engordar? ¿Qué comida? ¿Cuánto tiempo piensas acerca de la comida y te preocupas por engordar? ¿Si subes un kilo o 2, cambias tus hábitos alimenticios? ¿Dejas de comer por un día o haces algo más?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual desafía la historia previa o actual de peso, confianza, etc. El temor tiene un impacto moderado sobre el comportamiento y/o funcionamiento (p.e., los métodos para perder peso son utilizados al menos por un mes pero menos de una vez por semana).
	3	3	3	Umbral: Temor intenso y persistente de engordar, lo cual tiene un impacto moderado a severo sobre el comportamiento y/o funcionamiento (p.e., preocupación constante en aspectos referentes al peso, o uso de métodos para perder peso una vez por semana o más.)
Pasado: P () C () S ()				

	P	C	S	
2.- Deterioro Físico				
El peso es proporcionalmente más bajo que el peso ideal para la altura (ver tabla). Si, por observación, existe alguna sospecha de deterioro físico, debe pesar al niño, y observar la tabla. Si persiste la duda, solo pese al niño.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Peso por debajo del 90% del ideal.
Nota: No califica positivo si la pérdida de peso es debido a alguna condición médica	3	3	3	Umbral: Peso por debajo del 85% del ideal.
Pasado: P () C () S ()				

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los items, complete la sección actual de anorexia nerviosa del **suplemento #5**, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los items, complete la sección pasada de anorexia nerviosa del **suplemento #5**, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__Sin evidencia de anorexia nerviosa.

Notas: (Registre las fechas de posible anorexia nerviosa actual y pasada).

Bulimia Nerviosa

1.- Métodos para Perder Peso**P C S**

¿Alguna vez has usado píldoras para controlar tu peso? ¿Laxantes o píldoras para perder peso? ¿Te has provocado vómito? ¿Haces mucho ejercicio, más de lo usual, para perder peso? ¿Qué tanto? ¿Cuántas horas al día? ¿Has tenido periodos de al menos 1 semana durante los cuales no comías nada más que fluidos sin calorías (té, refrescos dietéticos, café, agua)?

Código

- 0 Sin información
- 1 Ausente
- 2 Menos de una vez por semana
- 3 Una o más veces por semana

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
a.- Utiliza píldoras de dieta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Toma laxantes.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Toma píldoras de agua.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Vomita.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Hace mucho ejercicio.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Solo consume fluidos no calóricos por una semana o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Con frecuencia combina diversos métodos para bajar de peso	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

2.- Atracciones de Comida o Ataques**P C S**

Recurrentes episodios discretos por comer de forma excesiva e incontrolable comida de nivel calórico elevado, el cual tiene una duración de pocas horas durante el cual el paciente usualmente se esconde, y que finaliza con dolores estomacales, vómito o quedándose dormido y que puede ser seguido de ánimo depresivo y baja autoestima. Un atracón implica el consumo de 3000 calorías o más.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Los atracones se presentan menos de una vez por semana.
	3	3	3	Umbral: Los atracones se presentan una vez por semana o más.

¿Alguna vez has tenido un “ataque de comida” o atracones? ¿Cuánto es lo más que has comido? ¿Alguna vez has comido tanto que te sentiste enfermo? ¿Con qué frecuencia ocurrió? (Observe todos los detalles de la definición) ¿Qué provocó el atracón? ¿Qué comes usualmente en el atracón? ¿Cuánta comida has ingerido

durante un atracón? ¿Cómo te sentías después del atracón? ¿Tenías el atracón estando solo o con otras personas? ¿Otras personas saben de tus atracones?

Nota: Solo puntúe aquellos atracones que son patológicos (p.e., esconderse de la familia y los pares, seguido de un afecto depresivo, y /o vómito). No evalúe la forma de alimentación típica del adolescente (p.e. salir con los amigos por pizza o helado).

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección actual de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección pasada de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de Bulimia.

Notas: (Registre las fechas de posible bulimia nerviosa actual y pasada).

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Determine la edad de inicio de los primeros síntomas posibles de THDA. Si el síntoma ha persistido desde temprana edad, utiliza la evaluación actual para describir la severidad más intensa del síntoma durante el año pasado. Califique el síntoma como “ausente” en el pasado a menos que un episodio sintomatológico anterior fuera seguido por un período de 6 meses en el cual el niño no presentó problemas de THDA.

Prueba: ¿Por cuánto tiempo _____ ha sido un problema? ¿Ha sido un problema desde el kindergarten? ¿En primer año de primaria? ¿El problema empezó antes de esto?

1.- Dificultad para Mantener la Atención en Tareas o Actividades Recreativas

P C S

¿Alguna vez has tenido problemas para poner atención en la escuela? ¿Afectó tu rendimiento escolar? ¿Tuviste problemas por ésto? ¿Cuando hacías tu tarea, tu mente se distraía? ¿Cuando estabas jugando? ¿Se te olvidaba cuando era tu turno?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se le dificulta poner atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
Nota: Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se le dificulta poner atención a tareas o actividades recreativas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

2.- Se Distrae con Facilidad

P C S

¿Hubo algún momento en que pequeñas distracciones te hacían difícil el mantener tu mente en lo que hacías? ¿Como si otro niño en tu clase le pregunta algo al maestro, mientras el resto de la clase trabaja en silencio, te era difícil concentrarte en tu trabajo? ¿Cuando había alguna interrupción, como cuando el teléfono suena, te era difícil regresar a hacer lo que estabas haciendo antes de la interrupción? ¿Hubo algún momento en el que podías concentrarte en lo que hacías aunque hubiera pequeñas interrupciones o ruidos? ¿Con qué frecuencia eran un problema?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones distraído. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia distraído por mínimas distracciones que otros niños ignora. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Nota: Evalúe de acuerdo a los datos dados por el informante o lo observado.

Pasado: P () C () S ()

3.- Dificultad para Mantenerse Sentado

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en el que te levantabas de tu asiento en la escuela?	0	0	0	Sin información
¿Tenías problemas por esto? ¿e era difícil mantenerte sentado en la escuela? ¿En la cena?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones impulsivo. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado.	3	3	3	Umbral: Con frecuencia impulsivo. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del trastorno hiperactivo por déficit de atención del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada del trastorno hiperactivo por déficit de atención del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno hiperactivo por déficit de atención.

Notas: (registre las fechas de trastorno hiperactivo por déficit de atención actuales o pasados)

Trastorno Oposicional / Negativista Desafiante

1.- Pérdida de Control

	P	C	S	
¿En algún momento te has enojado con facilidad y has perdido el control? ¿Es difícil que te enojas? ¿Con qué frecuencia te enojas realmente o te molestan y pierdes el control? ¿Cómo eras cuando tenías una rabieta? ¿Qué hacías?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene estallidos. Los estallidos son más frecuentes y más severos que los de otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral. Severos estallidos de 2-5 ocasiones por semana. Pasado: P () C () S ()

2.- Discute Demasiado con Adultos

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en el que discutías demasiado con adultos? ¿Con tus padres o maestros? ¿Qué clase de cosas discutías con ellos? ¿Discutías demasiado con ellos? ¿Qué tan fuertes eran las peleas? ¿Tenías disputas con ellos?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones discute con los padres y/o maestros. Las discusiones son más severas y frecuentes que las de un niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia discute con sus padres y/o maestros. Discute diario o casi diario. Pasado: P () C () S ()

3.- Desobedece con Frecuencia

	P	C	S	
¿Alguna vez has tenido problemas en casa o en la escuela por no seguir las reglas? ¿Has tenido problemas con los maestros de tu escuela? ¿Por qué cosas? ¿Tus padres se han enojado contigo porque no haces las cosas o porque te niegas a seguir las reglas de tu casa? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Cuántas veces no has hecho las cosas y no has tenido problemas o no te han visto?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones desafía o se rehusa a las peticiones de los adultos o a las reglas (p.e. se rehusa a hacer las cosas en su casa). Desobediente con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia desafía o se rehusa a las peticiones de los adultos o reglas. Diario o casi diario. Pasado: P () C () S ()

__ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual del trastorno oposicionista desafiante del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si obtuvo una calificación de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada del trastorno oposicionista desafiante del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno oposicionista desafiante.

Notas: (Registre las fechas de posible trastorno oposicionista desafiante actual o pasado).

Trastorno de la Conducta (Disocial)

1.- Mentiras

	P	C	S	
¿Hubo algún momento en que le dijiste mentiras a tus amigos? ¿A tu maestro? ¿alguien te ha llamado mentiroso? ¿Porqué? Dime la clase de mentiras que decías. ¿Cuál es la peor mentira que has dicho? ¿Mientes para que otras personas hagan las cosas por ti? ¿Mientes para no pagar dinero que debes o para no hacer un favor que le debes a alguien? ¿Alguien te ha dicho estafador? ¿Se han quejado de que rompes tus promesas con frecuencia? ¿Con qué frecuencia mientes?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones miente. Miente con mayor frecuencia que otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Miente con frecuencia, en múltiples ocasiones por semana o más.

Nota: Solo evalúe evidencia positiva de mentiras para engañar o estafar.

Pasado: P () C () S ()

2.- Falta a Clases

	P	C	S	
¿Alguna vez te has ido de pinta? ¿A donde fuiste? ¿Alguna vez has ido a la escuela y te has ido temprano cuando no deberías hacerlo? ¿Has llegado a tarde a propósito? ¿Has faltado a algunas clases en la mañana? ¿Con qué frecuencia?.	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Se ha ido de pinta en una sola ocasión.
Adolescentes: ¿Qué edad tenías la primera vez que te fuiste de pinta?	3	3	3	Umbral: Se ha ido de pinta en diversas ocasiones (p.e. 2 o más ocasiones).

Nota: Solo califique positivo si ocurrió antes de los 13 años.

Pasado: P () C () S ()

3.- Inicia Peleas

	P	C	S	
¿Alguna vez has participado en muchas peleas físicas? ¿Quién iniciaba las peleas? ¿Cuál ha sido la peor pelea en la que has estado? ¿Qué pasó? ¿Alguien salió herido? ¿Con quien peleas usualmente? ¿Alguna vez has golpeado a un maestro? ¿A uno de tus padres? ¿A un adulto? ¿Con qué frecuencia peleas? ¿Alguna vez has tratado o deseado matar a alguien?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Pelea solo con sus pares. Las peleas no han terminado con lesiones severas hacia el par (e.g sin necesidad de intervención médica, puntadas,etc.)
¿Alguno de tus amigos o tú están en una banda? ¿En qué banda?	3	3	3	Umbral: Reporta participación en múltiples peleas, con una o más peleas que terminan con lesiones severas hacia el par. O reporta al menos una pelea en la que se involucra a un adulto. (p.e. maestro, padre).
__ Verifique si existe evidencia de un intento homicida.				
__ Verifique si existe evidencia de participación en bandas.				

Pasado: P () C () S ()

4.- Intimidación, Amenazas a Otros

	P	C	S	
¿Alguna vez algún niño te ha hecho enfadarte demasiado? ¿En ocasiones les haces algo? ¿Como qué? ¿Los insultas?	0	0	0	Sin información
¿Los amenazas o golpeas? ¿Los empujas?	1	1	1	Ausente
¿Haces que se tropiecen? ¿Les tiras los libros? ¿Los golpeas en la cara? ¿Con qué frecuencia haces estas cosas?	2	2	2	Subumbral: Ha intimidado o amenazado a otros solo en una o dos ocasiones.
	3	3	3	Umbral: Ha intimidado o amenazado a otros en 3 o más ocasiones. Pasado: P () C () S ()

5.- Robo no Agresivo

	P	C	S	
¿En el último año, has robado algo / qué es lo más costoso que has robado? ¿Qué otras cosas has robado? ¿De quien? ¿De qué tiendas? ¿Has robado algún juguete de una tienda? ¿Dinero de tu madre? ¿Algo más?	0	0	0	Sin información.
¿Con qué frecuencia has robado cosas?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en una sola ocasión.
Nota: Solo se toman en cuenta robos de valor (p.e. 100 €UROS o más)	3	3	3	Umbral: Ha robado sin confrontar a la víctima en dos o más ocasiones. Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de trastornos de conducta del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de trastornos de conducta del suplemento #4, trastornos conductuales, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de trastorno de conducta.

Notas: (Registre las pechas de posibles trastornos de conducta pasados y actuales. Realice notas con respecto a la participación en bandas).

Trastornos por Tics

1.- Tics Motores

	P	C	S	
¿Alguna vez has notado que tus músculos se han movido de alguna forma que no querías o no esperabas? ¿Cómo levantar tus cejas (demostrar), parpadear demasiado (demostrar), mover tu nariz (demostrar) encoger los hombros (demostrar) o mover tu cabeza de esta forma (demostrar)? ¿Parpadeas demasiado o con mucha fuerza y no lo puedes controlar? ¿Con qué frecuencia ocurre?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Se presentan de forma infrecuente algunos tics inespecíficos, sin una base diaria. Si se presenta un ataque de tics, este es breve e infrecuente.
	3	3	3	Umbral: Presencia de tics específicos con una base diaria.

Nota: Evalúe de acuerdo a lo reportado y observado.

Pasado: P () C () S ()

2.- Tics Fónicos / Vocales

	P	C	S	
¿Alguna vez has hecho ruidos que no querías hacer, sonidos o palabras repetitivas que no querías decir? ¿Como estornudar, toser, aclarar tu garganta cuando no estabas resfriado? ¿Hacer sonidos de animales o gruñir o incluso repetir cosas que tú u otras personas ya habían dicho?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Se presentan de forma infrecuente algunos tics inespecíficos, sin una base diaria. Si se presenta un ataque de tics, son breves y no comunes.
	3	3	3	Umbral: Presencia de tics específicos con una base diaria.

Pasado: P () C () S ()

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de los reactivos de tics ya sean motores o fónicos, complete la sección actual de trastornos de tics del suplemento #5, trastornos por abuso de sustancias, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en la evaluación pasada de los reactivos de tics, ya sean motores o fónicos, complete la sección pasada de trastornos de tics del suplemento #5, trastornos por abuso de sustancias, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de Trastornos de Tics.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos de tics actuales o pasados).

Uso de Tabaco / Cigarros

(Código: 0=Sin información; 1=No; 2=Si)

	Padre			Niño			Sumario		
1.- Uso									
a.- Ha fumado.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
B.- Ha mascado tabaco	0	1	2	0	1	2	0	1	2

__ Si alguna vez ha fumado cigarros, complete las siguientes preguntas.

__ Si no existe evidencia de uso de cigarros, continúe con la sección de abuso de alcohol de la siguiente página.

	Padre			Niño			Sumario		
2.- Cantidad									
a.- Uso actual (cigarros/día)									
b.- Mayor cantidad (cigarros/día)									
Edad: _____									
3.- Edad al primer uso regular (1 cigarro al día o más)									
4.- Intentos de Renunciar	0	1	2	0	1	2	0	1	2
5.- Ha dejado de fumar	0	1	2	0	1	2	0	1	2
6.- Si, codifique el mayor número de meses									

Abuso de Alcohol

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Comience esta sección con una breve (2-3 minutos) entrevista semiestructurada para obtener información con respecto a los hábitos de bebida.

Prueba: ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó una copa? ¿Cuál es su bebida favorita? ¿Tiene algún grupo de amigos con los que usualmente bebe, o usualmente bebe solo? ¿Donde bebe generalmente? ¿En la casa? ¿En las fiestas? ¿En la casa de algún amigo? ¿En la calle? ¿En bares? ¿Existe algún momento en el que le guste beber más que en otros? ¿Bailes de la escuela u otras fiestas? ¿Qué edad tenía cuando empezó a beber con regularidad, digamos dos copas o más por semana? ¿En los últimos 6 meses ha existido alguna semana en la que al menos bebiera dos copas?

	Padre	Niño	Sumario
1.- Uso			
a. Edad del primer consumo regular			
b. Bebe dos copas 4 veces por semana o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2

__ Si recibió una calificación de 2 en el reactivo previo, continúe con las preguntas de la siguiente página.

__ Si no hay evidencia de uso actual o pasado de alcohol vaya a la sección de abuso de sustancias de la página 46.

Abuso de Alcohol

1.- Cantidad

	P	C	S	
¿Cuál ha sido la mayor cantidad de alcohol que ha bebido en un día? ¿En los últimos 6 meses, cuánto ha sido lo más que ha bebido en un día?	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	1-2 copas.
	2	2	2	3 o más copas
Pasado: P () C () S ()				

2.- Frecuencia

	P	C	S	
¿Cuanto es el mayor número de días en el que has tomado alcohol? ¿Usualmente bebes viernes y sábados por la noche? ¿En el transcurso de la semana también?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	1-2 días.
	2	2	2	3 o más días.
Pasado: P () C () S ()				

3.- Preocupación de Otros por la Bebida

	P	C	S	
¿Alguien se ha quejado por tu forma de beber? ¿Tus amigos? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Te has preocupado por esto?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	No
	2	2	2	Si
Pasado: P () C () S ()				

__ Si recibió una calificación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 2 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos, complete la sección pasada de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de abuso de alcohol.

Notas: (Registre las fecha de posible abuso de alcohol actuales y pasadas).

Uso de Sustancias

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Antes de iniciar esta sección, proporcione al sujeto la lista de drogas incluidas en la entrevista. Recuerde al niño la naturaleza confidencial de la entrevista antes de iniciar con las preguntas (si es apropiado).

1.- Uso de Drogas

Hazme saber si usaste alguna de las drogas de la lista en el pasado, aunque solo las hayas probado una vez. ¿Cuáles has usado?

	Padre			Niño			Sumario		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
a.- Cannabis Marihuana, pot, hachís, THC.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b.- Estimulantes Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, píldoras de dieta, crystal meth.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c.- Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos Barbitúricos, benzodiacepinas, qualude, valium, librio, xanax.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
d.- Cocaína Cocaína, crack.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
e.- Opioides Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
f.- PCP Polvo de ángel	0	1	2	0	1	2	0	1	2
g.- Alucinógenos Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
h.- Solventes / Inhalantes Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
i.- Otros Drogas prescritas, óxido nitroso, ecstasy, MDA, etc.	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Especifique: _____

__ Si ha usado cualquiera de estas drogas, complete el reactivo de la siguiente página.

__ Si no existe evidencia de uso actual o pasado de drogas, vaya a la sección de trastorno por estrés post-traumático.

Abuso de Sustancias

1.- Frecuencia

¿En los últimos 6 meses, cuál es la mayor cantidad de ____ que has usado? ¿Lo usaste diario o casi diario durante al menos una semana? ¿Menos? ¿Más? ¿Hubo algún momento en especial en el usaste más ____?

Código:

0= Sin información

1= Ausente

2= Menos de una vez al mes.

3= Más de una vez al mes.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

__ Si recibió una calificación de 3 en el ítem de frecuencia actual de cualquier droga, complete la sección actual de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en el ítem de frecuencia pasada de cualquier droga, complete la sección pasada de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar la entrevista inicial.

__ Sin evidencia de abuso de sustancias.

Notas: (Registre las fechas de posible abuso de sustancias actual y pasada).

Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT-PTSD)

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

1.- Eventos Traumáticos

Prueba: Te voy a hacer una preguntas con respecto a algunas cosas malas que en ocasiones le ocurren a los niños de tu edad, y quiero que me digas si alguna de estas cosas te ocurrió. Dime si te ocurrió alguna de estas cosas aunque solo haya sido una vez.

	Crterios	Padre	Niño	Sumario
a.- Accidentes Automovilísticos				
¿Alguna vez has estado en un accidente automovilístico? ¿Qué pasó? ¿Te lastimaste? ¿Alguien más salió herido?	Accidente automovilístico significativo en el cual el niño u otra persona fueron heridos o necesitaron intervención médica	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Otro Accidente				
¿Alguna vez has estado en otro tipo de accidentes? ¿Accidentes en bicicleta? ¿Otros accidentes? ¿Qué ocurrió? ¿Te lastimaste?	Accidente significativo en donde el niño fue herido y requirió intervención médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Incendios				
¿Alguna vez has estado en un incendio? ¿Se incendió tu casa o la escuela? ¿Has iniciado algún incendio? ¿Qué ocurrió? ¿alguien salió herido? ¿Hubo muchos daños?	El niño presencio un incendio el cual causó daños significativos a la propiedad o daños físicos moderados a severos .	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Testigo de Desastre				
¿Alguna vez has estado en una tormenta muy fuerte, como un huracán o tornado? ¿Has estado en inundaciones en donde el agua era lo suficientemente profunda como para nadar?	El niño presenció un desastre natural que provocó una devastación significativa.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Testigo de un Crimen Violento				
¿Alguna vez has visto que asalten a alguien o que le disparen? ¿Que roben una tienda o ataquen a alguien? ¿Que tomen a alguien de rehén? ¿Qué ocurrió? ¿Donde estabas cuando esto ocurrió? ¿Alguien salió herido?	El niño fue testigo de alguna amenaza o un crimen violento	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Víctima de un Crimen Violento				
¿Alguna vez te han asaltado o te han atacado de alguna forma? ¿Qué ocurrió? ¿Te hirieron?	El niño fue víctima de una amenaza seria o un crimen violento	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Enfrentamiento con Noticias				

Traumáticas

Noticias repentinas, muerte inesperada de algún ser querido, o que algún ser querido tenía una enfermedad incurable. **0 1 2 0 1 2 0 1 2**

¿Alguna vez te han dado muy malas noticias de forma inesperada? ¿Como que alguien que querías mucho acababa de morir o estaba enfermo y nunca se iba a recuperar?

h.- Testigo de Violencia Doméstica

El niño fue testigo de argumentos explosivos que implicaban amenazas o daño físico hacia el padre o madre. **0 1 2 0 1 2 0 1 2**

Los padres de algunos niños tienen muchas peleas. Se insultan, se arrojan cosas, se amenazan uno al otro y en ocasiones se lastiman? ¿Tus padres (o tu madre y su novio) alguna vez han tenido este tipo de peleas? ¿Pláticame la peor pelea que recuerdes que tuvieron tus padres? ¿Qué ocurrió?

i.- Abuso Físico

Contusiones significativas en más de una ocasión o lesiones severas. **0 1 2 0 1 2 0 1 2**

¿Cuando tus padres se enfadan contigo, te pegan? ¿Alguna vez te han dejado contusiones o marcas en el cuerpo o te lastimaron de alguna forma? ¿Qué ocurrió?

j.- Abuso Sexual

Incidentes repetidos o aislado de tocamiento genital, sexo oral o contacto vaginal o anal. **0 1 2 0 1 2 0 1 2**

¿Alguna vez alguien te ha tocado tus partes privadas cuando no debían? ¿Qué ocurrió? ¿Alguien te ha tocado de una forma que te hacía sentir mal? ¿Alguna vez alguien que no debía te ha hecho desnudar, te ha tocado entre las piernas, te ha hecho acostarse con él/ella, o te ha hecho jugar con sus partes privadas?

k. Otro

Registre el incidente. **0 1 2 0 1 2 0 1 2**

¿Hay algo más que te haya ocurrido realmente malo, o algo más que te dió mucho miedo, que te gustaría decirme?

__Si existe evidencia de un trauma pasado, complete las preguntas del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

__Si no existe evidencia de un trauma pasado, finalice la entrevista inicial. Complete la hoja de diagnóstico preliminar y los suplemento apropiados.

__**Notas: (Registre las fechas de los eventos traumáticos pasados).**

Preguntas

Nota: Al discutir los eventos traumáticos con el niño, es importante que utilice el mismo lenguaje en su diálogo (p.e., ¿Piensas acerca de cuando él ponía su pi-pi en tu trasero?)

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
1. Pensamientos Recurrentes o Imágenes del Trauma						
¿Alguna vez ves ____ una y otra vez? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Lo que ocurrió seguía viniendo a tu mente? ¿Piensas mucho en eso?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Esfuerzos para Evitar los Pensamientos o Sentimientos Asociados con el Trauma						
¿Qué clase de cosas haces o has hecho para no pensar en ____? Para deshacerte de los malos pensamientos, algunos niños leen, hacen cosas para mantenerse ocupados o se duermen. ¿Haces algo como estas cosas u otras cosas para deshacerte de esos malos pensamientos y/o sentimientos?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Pesadillas						
¿Alguna vez has tenido muchas pesadillas? ¿Sueñas con ____? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo te sientes cuando te despiertas después de haber tenido una pesadilla?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Insomnio						
¿Después de que ____ ocurrió, tuviste problemas para quedarte o mantenerte dormido? ¿Cuanto tiempo te tardas en quedarte dormido? ¿Te despiertas durante la noche?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Irritabilidad o Estallidos de Enojo						
¿Después de que ____ ocurrió, te sentías muy irritado o enojado? ¿Hacías muchas rabietas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

__ Si recibió una calificación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete los ítems restantes actuales y pasados del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

__ Si recibió una calificación de 2 en la evaluación pasada de cualquiera de los reactivos,

complete los ítems restantes actuales y pasados del trastorno por estrés post-traumático de la siguiente página.

Notas: (Registre las fechas de posible trastorno por estrés post-traumático actual y pasado.

Trastorno por Estrés Post-Traumático: Preguntas Complementarias

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Juego Repetitivo Relacionado al Evento.						
¿Cuando jugabas, en ocasiones pretendías ____? ¿Cuando jugabas con tus muñecas en ocasiones ____? ¿Con qué frecuencia hacías con tus muñecas ____?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
En respuesta al abuso sexual, se observa un marcado comportamiento seductor, juego sexual con muñecas o los pares, o un incremento en la masturbación.						
En respuesta al abuso sexual o al presenciar violencia doméstica, se observa un marcado juego agresivo.						
2.- Episodios Disociativos, Ilusiones, o Alucinaciones.						
a. Episodios Disociativos.						
¿La gente decía que fantaseabas demasiado? ¿Que te perdías en el espacio? ¿Perdías la noción del tiempo? ¿Te perdías por horas y no estabas seguro de que es lo que habías hecho en ese tiempo?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ilusiones						
¿Hubo algún momento en el que sentías que ____ pasaba de nuevo? ¿Donde estabas cuando esto ocurrió? ¿El sentimiento era tan fuerte que te era difícil si estaba ocurriendo o no de nuevo? ¿Has visto o escuchado cosas que sabías que realmente no estaban ahí, pero te recordaban lo que había pasado? ¿Qué veías?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Alucinaciones						
¿Desde que ____ ocurrió, has tenido						

alguna experiencia en que veías cosas que el resto de la gente no podía ver, o escuchabas cosas que las demás personas no podían escuchar? ¿Qué es lo que veías/escuchabas? ¿Has visto algún fantasma? ¿Escuchabas al perpetrador hablándote? ¿Sentías que el perpetrador te tocaba?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Ansiedad Producto de la Exposición a Estímulos que Recuerdan o Simbolizan el Evento						
¿Hubo un momento en el que te sentías mal en algún lugar que te recordaba lo que te pasó? ¿En ocasiones veías gente que te recordaba___? ¿Cuando veías a alguien que te recordara___, sentías que volvía a pasar? ¿Había otras cosas que te hacían sentir que volvía a pasar? ¿Fechas especiales o momentos del día que te recordaran___, y que te hicieran sentir que volvía a pasar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Esfuerzos para Evitar Actividades o Situaciones que le Recordaran el Trauma						
Me dijiste que___ te recordaba lo que pasó. ¿Tratas de evitar___?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5.- Incapacidad para Recordar un Aspecto Importante del Trauma						
¿Recuerdas todo lo que te pasó o parece que algunas cosas se fueron de tu mente? ¿Existen partes o ciertos detalles que no puedas recordar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6.- Disminución de Interés en Actividades.						
¿Desde que ___ocurió, te sientes muy aburrido? ¿Las cosas no son tan divertidas como antes?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Sentimientos de Separación o Alejamiento						
¿Te cuesta trabajo confiar en las personas? ¿Te sientes más solo que						

antes? ¿Como si no te gustara estar con la gente como antes? ¿Te sientes solo aún estando con otras personas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8.- Afecto Restringido						
¿En ocasiones te sientes como un robot? ¿Se te dificulta decir cómo te sientes? ¿Cuando algo triste ocurre, te sientes triste? ¿Cuando algo agradable ocurre, te sientes feliz? ¿Tan feliz como antes o menos?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9.- Sensación de un Futuro Limitado						
¿Cómo piensas que serán las cosas cuando seas grande? ¿Crees que vas a crecer? ¿Te es difícil imaginar que vas a crecer?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10.- Dificultad para Concentrarse						
¿Tienes problemas para mantener tu mente en lo que estás haciendo? ¿Te es más difícil hacer tu tarea o leer desde que ___ocurió?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
11.- Hipervigilancia						
¿Desde que ___ocurió, eres más cuidadoso? ¿Sientes que tienes que vigilar todo lo que ocurre a tu alrededor? ¿Revisas dos veces las puertas o ventanas para asegurarte que están cerradas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12.- Sobresaltos						
¿Desde que ___ocurió, eres más nervioso? ¿Los ruidos insignificantes te espantan?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13.- Reactividad Fisiológica a la Exposición de Eventos que Simbolizan el Evento Traumático						
¿Cuando estás en algún lugar que te recuerda___, cómo te sientes? ¿Tu corazón empieza a latir más rápido o empiezas a sentir como si quisieras vomitar?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14.- Deterioro						
a. Social	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

b. Con la Familia:	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

c. En la Escuela:	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

15.- Duración (en semanas)												

	Sumario CE	Sumario MSP	
16.- Evidencia de Trastorno por Estrés Post-Traumático			
b.- Criterios del DSM-IV	0	1	2
1.- Al menos uno de los siguientes reactivos de re-experiencia (1. Pensamientos o Imágenes Recurrentes del Evento, 2. Juego Repetitivo, 3. Pesadillas, 4. Episodios Disociativos, Ilusiones o Alucinaciones, 5. Ansiedad producto de la Exposición a Estímulos, o 6. Reactividad Fisiológica);			
2.- Al menos 3 de los Reactivos de Evitación Persistente (1. Sentimientos o Pensamientos Evitativos, 2. Evitación de Actividades, 3. Incapacidad para Recordar, 4. Interés Disminuido, 5. Sentimientos de Separación, Afecto Restringido o, 6. Futuro Limitado);			
3.- Al menos dos reactivos de Sobreestimulación (1. Insomnio, 2. Irritabilidad, 3. Dificultad para Concentrarse, 4. Hipervigilancia o 5. Sobresaltos);			
4.- Duración de al menos un mes; y			
5.- Evidencia de un deterioro funcional			
17.- Evidencia de un Trastorno de Estrés Agudo (Solo criterios DSM-IV):	0	1	2
Ya sea mientras de experimenta o inmediatamente después de experimentar el evento traumático, presencia de tres de los siguientes síntomas disociativos: 1) Sensación subjetiva de entumecimiento, separación o ausencia de respuestas emocionales; 2) reducción de conciencia de lo que le rodea (p.e. aturdimiento); 3) Desrealización; 4) Despersonalización; o 5) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma. Además, el evento traumático es			

reexperimentado, existe una marcada evidencia de evitación a los estímulos que le recuerden el trauma, Síntomas marcados de sobreestimulación y deterioro. Los síntomas tienen una duración mínima de dos días y un máximo de 4 semanas, y se presentan dentro de las 4 semanas posteriores al evento.

Escala global de Evaluación para Niños

Utilice los niveles intermedios (p.e. 35, 58, 62). Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamiento provistos únicamente son ilustrativos y no requieren una evaluación en particular.

- 100 - 91 Funcionamiento Superior en Todas las Áreas** (en la casa, escuela y con los pares); Participa en diversas actividades para los cuales muestra mucho interés (p.e., pasatiempos o participación en actividades extracurriculares o pertenece a una organización como los Scouts, etc); agradable, confiado; no pierde el control de las preocupaciones diarias, funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 90 - 81 Adecuado Funcionamiento en Todas las Áreas;** se siente seguro con su familia, en la escuela y con los pares; pueden existir dificultades transitorias y en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (p.e. leve ansiedad asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los pares, hermanos o padres).
- 80 - 71 Deterioro Mínimo del Funcionamiento** en la casa, escuela o con los pares; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a estresores cotidianos (p.e. separación ante los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria; estos niños perturban de una forma mínima a otros y no se consideran desviados o diferentes por aquellos que los conocen.
- 70 - 61 Alguna Dificultad en una Área,** pero generalmente funcionan de forma adecuada (p.e. actos antisociales esporádicos o aislados, tales como jugar rudo o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedades que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas; la mayoría de las personas que no conocen al niño pueden no considerarlo como desviado o diferente pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 60 - 51 Funcionamiento Variable con Dificultades Esporádicas** o presencia de síntomas en algunas áreas pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 50 - 41 Interferencia Moderada en el Funcionamiento** en la mayor parte de las áreas sociales o un severo deterioro o funcionamiento en una área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones suicidas y rumiaciones, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas conversivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales.
- 40 - 31 Severo Deterioro en el Funcionamiento de Diversas Áreas** y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los pares o con la sociedad en general, p.e. agresión persistente sin una razón clara, marcada timidez o comportamiento de aislamiento relacionado con un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un claro intento letal, estos niños requieren de escuelas especiales y/o hospitalización o abandonar la escuela (lo cual no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30 - 21 Incapacidad Funcional en la Mayoría de las Áreas,** p.e. se queda en casa, o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro severo en pruebas de realidad o deterioro severo en la comunicación (p.e. en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 20 - 11 Requiere Supervisión** para prevenir que se lastime o lastime a otros (p.e. con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un severo deterioro en toda clase de comunicación, p.e., severas anormalidades en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social, estupor, etc.
- 10 - 1 Requiere Constante Supervisión** (cuidados de 24 horas) debido a la severa agresión o comportamiento autodestructivo o por un grave deterioro en pruebas de realidad, comunicación, cognición, afecto o higiene personal.

La Escala de Evaluación Global para Niños se adaptó de la Escala de Evaluación Global para Adultos (GAF) (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Aluwahlia, S., A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

Escala de Evaluación Global para Niños (Utilice la escala de evaluación de la página anterior)

Actual

___ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto de las últimas dos semanas seleccionando el nivel que describa su funcionamiento en un continuo hipotético de salud-enfermedad.

Pasado Más Severo

___ Evalúe el nivel general de funcionamiento del sujeto durante el episodio pasado más severo de enfermedad psiquiátrica.

Registre el tiempo evaluado: _____

Pasado más Elevado

___ Durante el año pasado, evalúe el mayor nivel de funcionamiento del niño

Lista de Resumen de Diagnósticos

Nombre: _____

No. de Historia: _____

Entrevistador: _____

Sin información = 0

Ausente = 1

Probable = 2

Remisión Parcial = 3

Definitivo = 4

Criterios de Diagnóstico Probable:

1. Cumple los criterios de los síntomas del trastorno.
2. Cumple todos excepto uno, o un mínimo del 75% de los criterios restantes requeridos para el diagnóstico, y
3. Evidencia de un deterioro funcional.

	Diagnóstico de Episodios Previos	Diagnóstico de Episodios Actuales	Edad de Inicio del Primer Episodio	Edad de Inicio del Episodio Actual	Duración en Meses de Todos los Episodios	Número Total de Episodios
Trastorno Depresivo Mayor	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Síntomas Psicóticos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Distimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Depresivo NOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adap con Humor Depresivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Manía	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Hipomanía	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Ciclotimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar NOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar I	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bipolar II	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Esquizoafectivo - Maníaco	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Esquizoafectivo - Depresivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Esquizofrenia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Esquizofreniforme	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Psicosis Reactiva Breve	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Pánico	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Ansiedad por Separación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Infantil de Evitación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Fobia Simple	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Fobia Social	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Agorafobia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Sobreansiedad	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Ansiedad Generalizada	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Obsesivo - Compulsivo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. por Estrés Post-traumático	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Trastorno Agudo de Estrés	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adap con Humor Ansioso	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Enuresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Encopresis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Anorexia Nerviosa	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Bulimia	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Nota*= Especifique el Subtipo						
* Tx. de Déficit de Atención H.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
* Trastorno de Conducta	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Oposicionista Desafiante	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adj., con Tx de Conducta	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. Adj con Afecto Mixto y Conductas de Tourette	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____

Tx. Crónico de Tics Vocales y Fónicos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Tx. de Tics Transitorio	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Abuso de Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Dependencia al Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Abuso de Sustancias	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Dependencia a sustancias	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Retardo Mental	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Otro Trastorno Psiquiátrico (Especifique)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____
Sin Trastorno Psiquiátrico	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	_____	_____	_____	_____

Historia de Tratamiento (Califique: 0 =Sin información, 1= No, 2= Si

Tratamiento de Consulta Externa	0 1 2	Antipsicótico (Especifique)	0 1 2
Edad del Primer Tratamiento	_____	Antidepresivos (Especifique)	0 1 2
Duración del Tratamiento (semanas)	_____	Sedantes/Tranquilizantes Menores (Especifique)	0 1 2
		Estimulantes (Especifique)	0 1 2
		Litio (Especifique)	0 1 2
Hospitalización Psiquiátrica	0 1 2	Otro (Especifique)	0 1 2
Edad en la Primera Hospitalización	_____	Medicamentos Actuales (Especifique:)	0 1 2
No. de Hospitalizaciones Psiquiátricas	_____		
Duración del Tratamiento (semanas)	_____		

Conductas Suicidas

No Confiabilidad de la Información

Ideación	_____	Buena	_____
Planeación	_____	Regular	_____
Intento	_____	Pobre	_____

Notas:

Lista de Drogas

a.- Cannabis

Marihuana, pot, hachís, THC.

b.- Estimulantes

Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, píldoras de dieta, crystal meth.

c.- Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos

Barbitúricos, benzodiacepinas, qualude, valium, librio, xanax.

d.- Cocaína

Cocaína, crack.

e.- Opioides

Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan.

f.- PCP

Polvo de ángel

g.- Alucinógenos

Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote.

h.- Solventes / Inhalantes

Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura.

i.- Otros

Drogas prescritas, óxido nitroso, ecstasy, MDA, etc.

Lista de Chequeo Final

Instrucciones: Marque las secciones que deben ser completadas de cada suplemento. Registre fechas y/o edades de inicio para cada posible trastorno actual y pasado.

Suplemento #1: Trastornos Afectivos

- _____ Trastornos Depresivos - Actuales
- _____ Trastornos Depresivos - Pasados
- _____ Manía - Actual
- _____ Manía - Pasada

Suplemento #4: Trastornos de Conducta

- _____ THDA - Actual
- _____ THDA - Pasado
- _____ Trastorno Oposicionista - Actual
- _____ Trastorno Oposicionista - Pasado
- _____ Trastorno Conductual - Actual
- _____ Trastorno Conductual - Pasado

Suplemento #2: Trastornos Psicóticos

- _____ Psicosis - Actual
- _____ Psicosis - Pasada

Suplemento #5: Abuso de Sustancias y Otros Tx.

- _____ Abuso de Alcohol - Actual
- _____ Abuso de Alcohol - Pasado
- _____ Abuso de Sustancias - Actual
- _____ Abuso de Sustancias - Pasado
- _____ Bulimia - Actual
- _____ Bulimia - Pasado
- _____ Anorexia Nerviosa - Actual
- _____ Anorexia Nerviosa - Pasado
- _____ Trastornos de Tics - Actuales
- _____ Trastornos de Tics - Pasados

Suplemento #3: Trastornos de Ansiedad

- _____ Trastornos de Pánico - Actuales
- _____ Trastornos de Pánico - Pasados
- _____ Trastornos de Separación - Actuales
- _____ Trastornos de Separación - Pasados
- _____ Trastornos Fóbicos - Actuales
- _____ Trastornos Fóbicos - Pasados
- _____ Trastornos de Sobreansiedad - Actuales
- _____ Trastornos de Sobreansiedad - Pasados
- _____ Trastorno Obsesivo- Compulsivo - Actual
- _____ Trastorno Obsesivo - Compulsivo - Pasado

	especifica u objeto.						
15.- Ataques inesperados							
¿Cuando tienes un ataque, ocurre algo que lo provoca o se siente como si llegara sin razón alguna? ¿Que estabas haciendo la primera vez que tuviste uno de estos ataques?	Al menos un ataque inesperado; no se presenta inmediatamente antes o después de una situación que siempre provoca ansiedad.	0	1	2	0	1	2
16.- Criterios Mínimos de Síntomas							
¿Has tenido un ataque en donde tenías todos estos sentimientos que me describiste (apunte los síntomas que cuente el niño)? ¿Qué pasó en tu primer ataque?	Al menos un ataque con 4 síntomas	0	1	2	0	1	2
17.- Frecuencia de los Ataques							
¿Cuál es el mayor número de ataques que has tenido en un mes? ¿Con qué frecuencia has tenido estos sentimientos de miedo?	Cuatro ataques en un período de dos semanas	0	1	2	0	1	2
Registre el máximo número de ataques en un mes		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Registre el número de ataques en la semana pasada		_____	_____	_____	_____	_____	_____
18.- Temor a Tener Otro Ataque							
¿Después de que esto ocurrió, te has preocupado o temes que vuelva a pasar? ¿Qué tanto piensas acerca de esto? ¿Por cuánto tiempo (días, semanas, meses)?	Uno o más ataques seguidos de al menos un mes de temor persistente a padecer otro ataque.	0	1	2	0	1	2
19.- Inicio de los Ataques							
¿Cuánto tiempo tarda desde que empiezas a tener estos sentimientos de miedo a cuando están peor? (liste síntomas positivos) ¿Generalmente cuántos minutos?	Durante al menos un ataque, 4 síntomas se desarrollaron de forma repentina, haciéndose más intensos en los 10 minutos siguientes.	0	1	2	0	1	2
20.- Agorafobia							

<p>¿Desde que empezaste a tener estos ataques, has estado más tiempo en casa? ¿Has evitado estar en multitudes, estar solo fuera de tu casa o viajar? ¿Has empezado a dejar estas cosas porque tienes miedo de tener un ataque? ¿Cuando sales, sientes mucho miedo al pensar lo que podría pasar si tienes un ataque?</p>	Restricción al viajar o requiere de compañía cuando está fuera de casa debido al miedo de tener una ansiedad extrema al estar fuera .	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
21. Deterioro													
a.- Social: (con compañeros):		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b.- Familiar:		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c.- Escolar:		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2

	Sumario CE	Sumario MSP				
22.- Evidencia de Trastorno de Pánico sin Agorafobia						
a.- Criterios DSM-IV						
1.- Recurrentes ataques inesperados con al menos un ataque con 4 síntomas asociados;	0	1	2	0	1	2
2.- Al menos un ataque ha sido seguido por un mes o más de: preocupación persistente de tener otro ataque; preocupación por las implicaciones o consecuencias del ataque (p.e., perder el control, tener un ataque cardíaco); o un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques;						
3.- Al menos algunos ataques se desarrollan de forma repentina y su intensidad se incrementa en los 10 minutos siguientes;						
4.- Los ataques de pánico no son producto de una etiología orgánica o farmacológica; y						
5.- Los ataques de pánico no se encuentran relacionados con otro trastorno mental (p.e., PTSD, fobia social, trastorno de ansiedad por separación).						
23.- Evidencia de Ataques de Síntomas Limitados						
Los mismos criterios del DSM-III-R para Trastorno de Pánico excepto que todos los ataques involucran menos de 4 síntomas.	0	1	2	0	1	2

Suplemento de Trastorno de Ansiedad por Separación

1.-Pesadillas

	P	C	S	
¿Tienes muchas pesadillas? ¿Sueños de estar lejos de tus padres? ¿De ser secuestrado?	0	0	0	Sin información
¿De que tus padres se vayan o que los lastimen? ¿Mucho? ¿Algunas veces?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene pesadillas, más severas y frecuentes que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Pesadillas frecuentes (3 o más por mes) Pasado: P () C () S ()

2.- Síntomas Físicos en la Escuela /Días de Separación

	P	C	S	
¿Te enfermas del estómago o vomitas demasiado? ¿tienes dolores de cabeza?	0	0	0	Sin información
¿Cuándo? ¿Por la mañana, por la noche, en la escuela? ¿Los fines de semana?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene síntomas físicos, más severos y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Síntomas frecuentes (al menos 1 vez por semana) en días escolares o cuando anticipa la separación. Pasado: P () C () S ()

3.- Ansiedad Excesiva al Anticipar Separaciones

	P	C	S	
¿Te preocupas demasiado o te enfadas cuando tu madre/padre sale sin tí? ¿O cuando te estás preparando para ir al colegio? ¿Mucho? ¿En ocasiones? ¿Qué es lo que haces?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ansiedad ocasional al anticipar separaciones, más severas y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se muestra ansioso al anticipar situaciones de separación (p.e., berrinches, llanto, súplicas). Pasado: P () C () S ()

4.- Ansiedad Excesiva ante la Separación

	P	C	S	
¿Te preocupas mucho o te enojas cuando tu madre/ padre están fuera? ¿Te afecta que te dejen con una niñera? ¿Demasiado? ¿Qué es lo que haces? ¿Cuánto tiempo tardas en calmarte? ¿Estás bien después de unos minutos?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ansiedad ocasional a la separación, más severa y con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.

3 3 3 Umbral: Frecuente ansiedad en situaciones de separación (p.e. berrinches, llanto, súplicas).

Pasado: P () C () S ()

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
5.- Duración: Al menos 2 semanas						
¿Desde hace cuánto tiempo te sientes mal cuando no estás con tus padres?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Registre la duración, en semanas, aproximada de los síntomas.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.- Deterioro						
a.- Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

b.- Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

c.- Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

7.- Evidencia de un Precipitante						
(Especifique):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario CE	Sumario MSP
8.- Evidencia de un Trastorno de Ansiedad por Separación		
Criterios del DSM-IV		
Los ítems que valoran la ansiedad anticipatoria antes de situaciones de separación, y ante la separación son tomados como un solo síntoma en el DSM-IV. Se requiere la presencia de 3 síntomas de 8 . El criterio de duración de los síntomas es de 4 semanas para establecer el diagnóstico DSM-IV.	0 1 2	0 1 2

Suplemento de Trastornos Fóbicos

Episodio Actual:

|

¿Cuando estabamos hablando me dijiste que le tenías miedo a _____le tienes miedo a cualquiera de estas cosas?

Nota: Obtenga información con respecto a lo que acontece con los miedos del niño. Por ejemplo, las “multitudes” pueden ser una fobia social o fobia específica, dependiendo de si el niño teme a que se encuentre bajo escrutinio (fobia social) o teme no tener suficiente aire (usualmente fobia específica/simple). De la misma forma, en el caso de un elevador, el niño puede temer quedarse atrapado (usualmente fobia específica/simple - claustrofobia) o teme tener un ataque de pánico (agorafobia)

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente

2 = Subumbral: Temor al estímulo o situación más severo que cualquier otro niño de su edad. Sin síntomas de ansiedad.

3 = Temor al estímulo o situación asociado con una ansiedad moderada a severa (p.e. dolores de estómago, taquicardia, temblores, llanto ligero).

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1.- Situaciones / Estímulos Fóbicos						
Estímulos o situaciones que son temidas, evitadas o acompañadas de severa ansiedad, y asociadas con un deterioro funcional.						
a.- Alturas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b.- Oscuridad	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c.- Sangre	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d.- Perros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e.- Otros animales	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f.- Insectos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g*.- Estar solo fuera de casa	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h*.- Multitudes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i*.- Espacios Abiertos (salir solo después de los 10 años de edad).	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j*.- Viajar (autobuses, metro)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
k*.- Ascensores	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
l*.- Tiendas u otros espacios cerrados excepto ascensores	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
m*.- Estar en puentes o túneles.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
n.- Otro (especifique):	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Nota: Los items con asterisco (*) representan los miedos típicos de agorafobia.

_____ Marque si los temores de agorafobia se encuentran asociados con la preocupación de tener un

ataque de pánico inesperado o anticipado o síntomas de pánico.

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
	2.- Reconoce que el Miedo es Excesivo						
	¿Sabes qué tanto miedo sientes de___? ¿Piensas que todos los niños se sienten igual de asustados o nerviosos de___? ¿Te gustaría no sentirte tan asustado? ¿Piensas que te sientes más asustado que cualquier otro niño de tu edad?	Reconoce que el miedo es excesivo	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	3.- Duración						
	(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	4.- Deterioro:						
	a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	5.- Evidencia de un Precipitante:						
	(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario CE	Sumario MSP
6.- Evidencia de Fobia		
a.-Fobia Simple: Criterios DSM-IV		
1.- Temor persistente a uno o más estímulos circunscritos.	0 1 2	0 1 2
2.- Si otro diagnóstico del Eje I está presente, el temor no se encuentra relacionado.		
3.- Durante alguna fase del trastorno, la exposición a estímulos sociales provoca una ansiedad extrema (o llanto, rabieta, parálisis, o agarrarse).		
4.- La situación fóbica es evitada o relacionado con intensa ansiedad.		
5.- Las conductas evitativas interfieren con el funcionamiento o provoca marcada ansiedad.		
6.- La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional (niños a veces no lo saben)		
7.- Duración de al menos 6 meses		

7.- Subtipos						
a.- Tipo Animal (p.e. insectos, arañas, serpientes).	0	1	2	0	1	2
b.- Tipo de Ambiente Natural (p.e. alturas, tormentas, agua).	0	1	2	0	1	2
c.- Tipo Sangre, inyecciones, lesiones.	0	1	2	0	1	2
d.- Tipo Situacional (p.e. aviones, elevadores, lugares cerrados).	0	1	2	0	1	2
e.- Otro Tipo (p.e. contraer enfermedades, sonidos fuertes).	0	1	2	0	1	2
8.- Agorafobia (DSM-IV)						
a.- Ansiedad por lugares en donde el escape puede ser difícil (o embarazoso) o en donde la ayuda puede no estar disponible en caso de un ataque de pánico (p.e., elevador, multitud).	0	1	2	0	1	2
b.- Evitación de situaciones (p.e. viajes restringidos o que provocan una marcada ansiedad).						
c.- Evitación no relacionada con otro trastorno (p.e., fobia social, TOC, PTSD, fobia específica).						
9.- Trastorno de Pánico con Agorafobia.						
Cumple los criterios para trastorno de pánico y agorafobia.	0	1	2	0	1	2

preocupaciones si lo intentas? ¿Por cuánto tiempo puedes olvidarte de estas preocupaciones?

5.- Otros Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada

¿Te preocupas más días que los que no: (No califique positivo si se libera completamente por la presencia de la figura parental, o si solo se presenta durante un ataque de pánico o en una situación específica)?

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a.- Tensión Muscular, dolores o quejas.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Inquietud.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Se fatiga con facilidad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d.- Inquietud o sentimiento de estar en el límite.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e.- Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco debido a la ansiedad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f.- Dificultad para dormirse o mantenerse dormido.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g.- Irritabilidad	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6.- Duración						
(Especifique): _____ 6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Evidencia de Deterioro:						
a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8.- Evidencia de un Precipitante						
(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Sumario
CE

Sumario
MSP

	Episodio Actual			Episodio pasado más grave		
9.- Evidencia de un Trastorno Generalizado de ansiedad (DSM-IV)						
Criterios del DSM-IV:						
1.- Cumple los criterios de al menos 1 de los siguientes 6 síntomas está presente: 1) Tensión muscular; 2) Agitación o sentimiento de estar al límite, 3) Se fatiga con facilidad; 4) Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco; 5) Dificultad para dormirse o mantenerse dormido ; o Irritabilidad.	0	1	2	0	1	2
2.- Duración de los síntomas de al menos 6 meses.						
3.- No ocurre exclusivamente durante el curso de un Trastorno Afectivo, Trastorno Persistente del Desarrollo, Esquizofrenia o cualquier trastorno psicótico, y						
4.- Si está presente otro diagnóstico del Eje I (p.e., Trastorno de Ansiedad por Separación, TOC), la base de los síntomas no se encuentra limitado a esto.						
Los individuos pueden decir que les es difícil controlar sus preocupaciones, o que experimentan ansiedad o deterioro.						

c.- Pensamientos nihilistas o morbosos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d.- Necesidad de simetría o exactitud (certeza/precisión/orden)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e.- Frases/sonidos/imágenes sin significado	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f.- Obsesiones sexuales	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g.- Atesorar /ahorrar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h.- Religiosas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i.- Otro (Especificar): _____	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
Código para los reactivos restantes: 0 = Sin información 1 = No 2 = Si						
2.- Pensamientos Intrusivos / Sin Sentido						
Se perciben como intrusivos o sin sentido, al menos inicialmente. ¿Te molesta que estos pensamientos vengan a tu mente? ¿Estos pensamientos tienen algún sentido o parecen tontos? ¿Cuándo iniciaron?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Supresión						
Intentos por ignorar, suprimir o neutralizar con algún otro pensamiento o acción. ¿Cuándo tienes estos pensamientos, tratas de detenerlos...de sacarlos de tu cabeza? ¿Qué es lo que haces? ¿Tratas de pensar en otras cosas o hacer algo para sacarlos de tu mente? ¿Tienes control sobre los pensamientos o ellos tienen control sobre ti?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4.- Origen de los Pensamientos						
Obsesiones vistas como producto de su mente, no impuestos desde el exterior (inserción) ¿De donde crees que vengan estos pensamientos? ¿Vienen de tu cabeza u otra personas los ponen en tu mente?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5.- Tiempo Empleado						
Más de una hora por día						

¿Cuanto tiempo empleas pensando en ____? ¿Piensas en ____ en la escuela? ¿Durante el recreo? ¿En tu casa? ¿En la cena? ¿Qué cosas no puedes hacer por ____?

6.- Deterioro

a.- Social (con compañeros):

b.- Familiar:

c.- Escolar / Laboral:

d.- Ansiedad Severa:

0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

7.- Evidencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (DSM-IV)

Presencia de Obsesiones:

1.- Ideas recurrentes y persistentes, pensamientos que al menos en el inicio eran percibidos como intrusivos o sin sentido;

2.- Intentos por ignorar, suprimir o neutralizar los pensamientos con otros pensamientos o acciones;

3.- Reconocimiento de que las obsesiones son producto de su mente;

4.- Si se presenta otro diagnóstico del Eje I, el contenido de la obsesión o compulsión no se encuentra relacionado (p.e., pensamientos de comida en presencia de un Trastorno Alimenticio).

NOTA: 1) las obsesiones no son simples preocupaciones excesivas de problemas reales; y 2) los niños no tienen que estar conscientes de que las obsesiones o compulsiones son excesivas

ó

Presencia de Compulsiones:

1.- Conductas repetitivas, con propósito (p.e., lavarse las manos, ordenar, checar) ejecutadas en respuesta a una obsesión o de acuerdo a ciertas reglas.

2.- Conductas realizadas para neutralizar o prevenir la incomodidad, acto o situación a la que se teme, la

Sumario
CE

Sumario
MSP

0 1 2

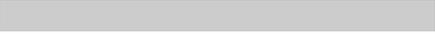
0 1 2

0 1 2

0 1 2

actividad no está relacionada de una forma realista para lo que está diseñada a neutralizar o prevenir o es claramente excesiva.

Las obsesiones o compulsiones causan ansiedad, consumen mucho tiempo (una hora por día), o un deterioro significativo. Los niños no tienen que estar conscientes de que las obsesiones o compulsiones son excesivas.



Suplemento 4:

Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad y de la Conducta

Suplemento Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad

(Si el niño se encuentra medicado por THDA, evalúe el comportamiento cuando se encontraba sin medicamento)

1. Comete demasiados errores por descuido	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Cometes muchos errores por descuido en el colegio?				
¿Frecuentemente tienes errores en los exámenes por no leer bien las instrucciones?	1	1	1	Ausente
¿Con frecuencia dejas sin contestar preguntas por accidente? ¿Olvidas contestar preguntas que están en ambos lados de una página? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas? ¿Tu maestra te ha dicho que debes poner más atención a los detalles?	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente comete errores por descuido. El problema tiene efectos mínimos sobre el funcionamiento
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia comete errores por descuido. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento
	Pasado: P () C () S ()			
2.- No parece escuchas lo que se le dice	P	C	S	
	0	0	0	Sin Información
¿Se te dificulta recordar cosas que tus padres o maestros te dicen? ¿Tus padres o maestros se quejan de que no los escuchas cuando te hablan? ¿Ignoras a las personas? ¿Has tenido problemas por no escuchar?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente no escucha. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
(No cuenta si se hace el sordo pero sí lo ha oído)	3	3	3	Umbral: Con frecuencia no escucha. El problema tiene efectos moderados en el funcionamiento.
Evalúe de acuerdo a los datos que proporcione el informante o por lo observado	Pasado: P () C () S ()			
3.- Dificultad para completar tareas o no sigue Instrucciones (deja las cosas a medias?)	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Tus maestros se quejan porque no sigues instrucciones? ¿Cuando tus padres o maestros te dicen que hagas algo, en ocasiones es difícil recordar lo que te dijeron que hicieras? ¿Esto te provoca problemas? ¿Has perdido puntos en tus materias por no seguir las instrucciones o por no completar el trabajo? ¿Se te ha olvidado hacer la tarea? ¿Has tenido problemas en tu casa por no terminar con lo que tus padres te piden hacer? ¿Con qué frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos mínimos en el

funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P () C () S ()

4.- Desorganizado en Tareas o Labores

P C S

¿Tu pupitre o armario en el colegio está desordenado? ¿Se te dificulta encontrar las cosas que necesitas? ¿Tu maestro se queja de que tus tareas están desorganizadas? ¿Cuando haces tus tareas, usualmente comienzas por el principio y haces los problemas en orden, o los haces de forma salteada? ¿Se te olvida hacer algunos problemas? ¿Se te dificulta estar listo en las mañanas para ir a la escuela?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Desorganizado en ocasiones. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia desorganizado. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P () C () S ()

5.- Le disgusta / Evita Tares que Requieren Atención o esfuerzo mental

P C S

¿Existe alguna actividad de la escuela que te disguste hacer más que otras actividades? ¿Qué cosas? ¿Porqué? ¿Tratas de evitar hacer _____? ¿Pretendes olvidar que tienes tarea de _____ para no hacerla? ¿Cuántas veces a la semana no haces tu tarea de _____?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones evita tareas que requieren su atención y/o expresa cierto disgusto por hacerlas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia evita tareas que requieren su atención, y/o expresa un disgusto moderado por hacerlas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P () C () S ()

6.- Pierde Cosas

P C S

¿Pierdes cosas con frecuencia? ¿Tus lápices en la escuela? ¿Tareas? ¿Cosas de tu casa? ¿Con qué frecuencia ocurre?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones pierde cosas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia pierde cosas (p.e. una vez por semana o más) El problema tiene efectos moderados a

severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

7.- Olvidadizo en Actividades Cotidianas

P C S

0 0 0 Sin información

¿Con frecuencia olvidas tu tarea en casa o tus libros o abrigo en el camión? ¿Dejas tus cosas afuera por accidente? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas?

1 1 1 Ausente

¿Alguna vez alguien se ha quejado porque eres olvidadizo?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones olvidadizo. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia olvidadizo. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Pasado: P () C () S ()

8.- Inquietud psicomotriz fina, movimiento de manos y pies (fidgety, enredador)

P C S

0 0 0 Sin información

¿Con frecuencia la gente te dice que estés quieto, que dejes de moverte o dejes de retorcerte en tu asiento?

1 1 1 Ausente.

¿Tus maestros? ¿Tus padres? ¿Has tenido problemas por retorcerte en tu asiento o por jugar con pequeñas cosas en tu escritorio? ¿Se te dificulta dejar de mover tus piernas y/o brazos? ¿Con qué frecuencia?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento (p.e. Por lo menos el 50% del tiempo). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado

Pasado: P () C () S ()

9.- Corre o Trepa Excesivamente

P C S

0 0 0 Sin información.

¿Has tenido problemas por correr en los pasillos de la escuela? ¿Con frecuencia tu mamá te recuerda que debes caminar en lugar de correr cuando salen juntos? ¿Tus padres o maestros se quejan de que te subes a los sitios y cosas que no deberías? ¿Qué clase de cosas?

1 1 1 Ausente.

¿Con qué frecuencia ocurre esto?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones corre o *escala* excesivamente. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento (En adolescentes, puede estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

Adolescentes: ¿Te sientes demasiado agitado/inquieto? ¿Sientes que debes moverte a tu alrededor o te es difícil estar en un solo lugar?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia corre o *escala* excesivamente. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento. (En adolescentes, puede

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.

estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

Pasado: P () C () S ()

10.- Actúa como si estuviera activado por un motor / “No se le gastan nunca las pilas” P C S

0 0 0 Sin información.

¿Te es difícil hacer las cosas con calma? ¿Puedes estar en un solo lugar por mucho tiempo o tienes que moverte continuamente? ¿Cuánto tiempo puedes estar sentado viendo TV o jugando? ¿La gente te dice con frecuencia que estás calmado?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones, con efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia actúa de forma automática. Efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

11.- Dificultad para Jugar en Silencio P C S

0 0 0 Sin información.

¿Tus padres o maestros con frecuencia te dicen que te calles cuando estás jugando? ¿Se te dificulta jugar en silencio?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

12.- Da Respuestas Impulsivamente P C S

0 0 0 Sin información

¿En la escuela, das ocasionalmente respuestas antes de que te lo indiquen? ¿Hablas fuera de turno en tu casa? ¿Contestas preguntas que tus padres le hacen a tus hermanos? ¿Con qué frecuencia?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones habla fuera de turno. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia habla fuera de turno (p.e. diario o casi diario). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

13.- Dificultad para Esperar su Turno P C S

	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente.
¿Se te dificulta esperar tu turno en los juegos? ¿Se te dificulta esperar tu turno al estar en la línea en la cafetería o en el bebedero?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Pasado: P () C () S ()

14.- Interrumpe, se mete en conversaciones o juegos P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
¿Has tenido problemas en la escuela por hablar fuera de turno? ¿Tus padres, maestros o algún niño se ha quejado porque los interrumpes cuando están hablando? ¿Los niños se quejan porque <i>irrumpes en sus juegos</i> ? ¿Esto ocurre con frecuencia?	2	2	2	Umbral: En ocasiones interrumpes a otros.
	3	3	3	Con frecuencia interrumpes a otros.

Pasado: P () C () S ()

15.- Cambia Actividades (NO DSM-IV) P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
¿Cuando estás jugando o haciendo alguna cosa, con frecuencia te detienes porque piensas en algo que tienes que hacer? ¿Se te dificulta finalizar alguna actividad? (Evalúe diversos ítems; p.e. Poner la mesa, tareas escolares, vídeo juegos, etc.) ¿Otras personas te lo han dicho? ¿Tu maestro? ¿Tu mamá?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones cambia actividades y no las finaliza
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia cambia actividades y no las finaliza.

Pasado: P () C () S ()

16.- Habla en Exceso P C S

	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
¿La gente dice que hablas demasiado? ¿Has tenido problemas en la escuela por hablar cuando no deberías hacerlo? ¿Tu familia se queja porque hablas demasiado?	2	2	2	Subumbral: En ocasiones habla en exceso.
Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado	3	3	3	Umbral: Con frecuencia habla en exceso.

Pasado: P () C () S ()

17.- Se Involucra en Actividades Físicas Peligrosas (NO DSM-IV) P C S

- 0 0 0 Sin información.
- En ocasiones corres por las calles sin fijarte? ¿Se te olvida fijarte en el tránsito cuando andas en bicicleta? 1 1 1 Ausente.
- ¿Haces cosas que tus padres consideran peligrosas, como brincar de lugares muy altos? ¿Haces esto con frecuencia? ¿Alguien te ha dicho que eres muy atrevido? 2 2 2 Subumbral: En ocasiones se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.
- 3 3 3 Umbral: Con frecuencia se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.

Pasado: P () C () S ()

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
18.- Duración							
¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (liste los síntomas que fueron positivos)	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
19.- Edad de Inicio							
¿Qué edad tenías cuando empezaste a tener problemas (liste síntomas)? ¿Tenías estos problemas en kindergarten? ¿En primer año?	Inicio antes de los 7 años	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Especifique: _____							
20.- Deterioro							
a: Social (con pares): _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

22.- Evidencia de THDA (DSM-IV)

A. Ya sea i ó ii.

Falta de Atención:

i. Cumple los criterios de al menos 6 de los siguientes 9 síntomas:

0 1 2 0 1 2

- 1.- Comete errores por descuido.
- 2.- Dificultad para mantener su atención en tareas o actividades recreativas.
- 3.- No escucha.
- 4.- Dificultad para seguir instrucciones.
- 5.- Dificultad para organizar tareas.
- 6.- Le disgusta/evita actividades que requieren su atención
- 7.- Pierde cosas.
- 8.- Se distrae con facilidad.
- 9.- Olvidadizo en actividades cotidianas.

Hiperactividad o Impulsividad

ii. Cumple los criterios de al menos 6 o más de los siguientes 9 síntomas:

- 1.- Inquietud
- 2.- Dificultad para permanecer sentado.
- 3.- Corre o *escala excesivamente*.
- 4.- Dificultad para jugar en silencio.
- 5.- Actuar de forma automática.
- 6.- Habla en exceso.
- 7.- Da respuestas impulsivas.
- 8.- Dificultad para esperar su turno.
- 9.- Con frecuencia interrumpe

B. Duración de los síntomas: 6 meses o más.

C. Algunos síntomas que causaron deterioro están presentes antes de los 7 años de edad.

D. El deterioro por los síntomas debe estar presente en dos o más situaciones (p.e. escuela y hogar).

E. Deterioro clínico significativo.

F. No cumple los criterios para un Trastorno Persistente del Desarrollo

23. Subtipo con Predominio de Falta de Atención						
Cumple los criterios Ai, pero no los criterios Aii en los pasados 6 meses	0	1	2	0	1	2
24.- Subtipo con Predominio de Hiperactividad						
Cumple los criterios Aii, pero no los criterios Ai en los pasados 6 meses.	0	1	2	0	1	2
25.- Tipo Combinado						
Se cumplen los criterios Ai y Aii en los pasados 6 meses.	0	1	2	0	1	2
26.- Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención No Especificado						
Síntomas prominentes de falta de atención o hiperactividad-impulsividad que no cumplen los criterios para el Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención	0	1	2	0	1	2

Suplemento Trastorno Oposicionista (Negativista) Desafiante

	P	C	S	
1.- Se Molesta o Enfada Fácilmente				
	0	0	0	Sin información
¿La gente te fastidia y hace que te molestes? ¿Qué clase de cosas te molestan? ¿Te enojas demasiado cuando tus padres te dicen que no hagas algo que tu quieres hacer? ¿Cómo qué? ¿Qué otras cosas hacen que te enojen? ¿Qué haces cuando te sientes molesto? ¿Con que frecuencia dirías que esto ocurre?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se enoja con facilidad. Se enoja más que cualquier otro niño de su edad (De 1 a 3 veces por semana).
	3	3	3	Umbral: Se enoja con facilidad diario o casi diario.
Pasado: P () C () S ()				

	P	C	S	
2.- Enojo o Resentimiento				
	0	0	0	Sin información.
¿Te enojas mucho con tus padres? ¿Con tus maestros? ¿Hermanos? ¿Hermanas? ¿Amigos? ¿Otras personas te han dicho que eres muy enojón? ¿Quién? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones se enoja o se siente resentido. Se enoja más seguido que cualquier niño de su edad (1 a 3 veces por semana)
	3	3	3	Umbral: Se enoja o resiente diario o casi diario
Pasado: P () C () S ()				

	P	C	S	
3.- Rencoroso y Vengativo				
	0	0	0	Sin información
¿Cuando alguien te hace algo injusto, tratas de hacerle lo mismo? ¿Me puedes dar algunos ejemplos? ¿Qué pasa cuando tu hermano o algún amigo hacen algo para meterte en problemas o hacerte enojar? ¿Les harías algo? ¿Ha ocurrido con anterioridad? ¿Con qué frecuencia? ¿Han habido ocasiones en que la gente te hace algo y tu no haces nada? ¿Ocurre con frecuencia?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Rencoroso y/o vengativo en ocasiones. Es más rencoroso que cualquier niño de su edad (1 a 3 veces por semana).
	3	3	3	Rencoroso y/o vengativo diario o casi diario.
Pasado: P () C () S ()				

4.- Molesta Gente a Propósito.

P C S

	0 0 0	Sin información
¿Cuando tu mamá te pide hacer algo, usualmente lo haces? ¿Si ella te pide que guardes un juguete, lo haces o sigues jugando con él y pretendes que no la oíste? ¿La gente dice que haces cosas a propósito para molestar? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Hermanos? ¿De qué cosas se quejan? ¿Piensas que es verdad?	1 1 1	Ausente
	2 2 2	Subumbral: En una o dos ocasiones ha hecho cosas para molestar a otras personas
	3 3 3	Umbral: En múltiples ocasiones ha hecho cosas deliberadamente para molestar a otras personas.

Pasado: P () C () S ()

5.- Culpa a Otros por sus Propios Errores.**P C S**

	0 0 0	Sin información.
¿Cuando estás en problemas, con qué facilidad te haces responsable por lo que hiciste? ¿Generalmente es tu culpa o de alguien más? ¿Con qué frecuencia te haces responsable por lo que hiciste? ¿Piensas que la mayoría de los problemas son causados por otras personas o por ti?	1 1 1	Ausente.
	2 2 2	Subumbral: En ocasiones culpa a otros por sus propios errores. Niega su responsabilidad con mayor frecuencia que cualquier niño de su edad.
	3 3 3	Umbral: Con frecuencia culpa a otros por sus propios errores más del 50% del tiempo.

Pasado: P () C () S ()

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
6.- Duración							
¿Cuánto tiempo has tenido problemas con tu <i>temperamento</i> (u otros síntomas)	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7.- Deterioro							
a: Social (con pares): _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela: _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9.- Evidencia de algún Factor Precipitante (Especifique): _____ _____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10.- Evidencia del Trastorno Oposicionista Desafiante							

a. Criterios del DSM-IV	Sumario CE			Sumario MSP		
<p>1.- Deben cumplir criterios de 4 de los 8 síntomas evaluados. Además, debe existir evidencia de un deterioro funcional. (1)pierde el temperamento, (2)discute con los adultos, (3)desobedece las reglas, (4)se enoja o molesta con facilidad, se enoja o (5)resiente, (6)rencoroso o vengativo), molesta a las personas a propósito, culpa a otros por sus propios errores);</p>	0	1	2	0	1	2
<p>2.- Duración de los síntomas por 6 meses o más.</p>						
<p>3.- No cumple los criterios del Trastorno de la Conducta, y los síntomas oposicionales no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico, distimia, trastornos del estado de ánimo, hipomanía o episodio maníaco.</p>						

Suplemento de Trastorno de Conducta (Disocial)

	P	C	S	
1.- Vandalismo				
	0	0	0	Sin información.
¿Alguna vez has roto las cosas de otras personas a propósito? ¿Como romper ventanas? ¿Chocar carros?	1	1	1	Ausente.
¿Algo más? ¿Cuál ha sido las cosa más cara que has roto, echado a perder o destruido a propósito? ¿Qué acerca de cuando estás realmente enojado? ¿Con qué frecuencia has roto o destruido cosas de otras personas a propósito?	2	2	2	Subumbral: Actos menores de vandalismo en una o dos ocasiones (p.e. romper el juguete de otro niño a propósito).
	3	3	3	Umbral: 3 o más instancias de vandalismo moderado a severo
	Pasado: P () C () S ()			
2.- Meterse en sitios sin permiso (Coches, casas...)(Breaking & entering)				
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses tú o alguno de tus amigos han <i>irrumpido</i> en algún coche? ¿Casas? ¿Tiendas?	1	1	1	Ausente
¿Tiendas de cerámica? ¿Otros edificios? ¿Cuántas veces has <i>irrumpido</i> en alguna casa, auto, tienda u otro edificio?	2	2	2	Subumbral: Ha estado con amigos que <i>irrumpen</i> en casas, autos, tiendas o edificios, pero no ha participado activamente..
	3	3	3	Umbral: Ha <i>irrumpido</i> en alguna casa, auto, tienda o edificio en una o más ocasiones
	Pasado: P () C () S ()			
3.- Robo Agresivo				
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses, alguno de tus amigos o tú han asaltado a alguien? ¿Arrebatado su bolso?	1	1	1	Ausente
¿Retenerlo? ¿Amenazado? ¿Con qué frecuencia?	2	2	2	Subumbral: Ha estado con amigos que roban de forma agresiva, pero no ha participado activamente.
	3	3	3	Umbral: Ha asaltado, arrebatado el bolso, extorsionado, o robado con armas, etc., en una o más ocasiones.
	Pasado: P () C () S ()			

4.- Incendiar**P C S**

¿Has iniciado algún incendio en los últimos 6 meses?
 ¿Porqué provocaste el incendio? ¿Estabas jugando con cerillos e iniciaste el incendio por accidente, o lo provocaste a propósito? ¿Estabas enojado? ¿Tratabas de causar mucho daño o vengarte de alguien? ¿Cuál ha sido el mayor daño que has causado al provocar un incendio? ¿Cuántos incendios has provocado?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha jugado con cerillos. No pretendía causar daño y el incendio no fue provocado por enojo.**3 3 3** Umbral: Ha iniciado uno o más incendios con la intención de causar daño o por enojo.**Pasado: P () C () S ()****5.- Volver Tarde a Casa (empezando antes de los 13 años****P C S**

¿A qué hora supuestamente tienes que estar en tu casa por las noches? ¿Qué tan seguido sigues fuera aunque haya pasado la hora en que deberías estar en tu casa? ¿Hasta qué tan tarde has estado fuera? ¿Has estado fuera toda la noche? ¿Cuántas veces has hecho esto?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha estado fuera toda la noche o casi toda la noche en una sola ocasión.**3 3 3** Umbral: Ha estado fuera toda la noche, o casi toda la noche en varias ocasiones (2 o más veces).**Pasado: P () C () S ()****6.- Escaparse de Casa Toda la Noche****P C S**

¿En los últimos 6 meses, has huido de tu casa? ¿Porqué? ¿Ocurría algo en tu casa de lo que querías escapar? ¿Cuánto tiempo estuviste fuera? ¿Cuántas veces hiciste esto?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente.**2 2 2** Subumbral: Ha escapado en la noche solo en una ocasión, o por períodos cortos de tiempo en diversas ocasiones.**3 3 3** Umbral: Ha escapado por al menos dos noches o más en una o más ocasiones, o ha escapado en las noches por dos o más ocasiones.**Pasado: P () C () S ()****7.- Uso de Armas****P C S**

¿Cargas con algún cuchillo o pistola? ¿Algún paralizador? ¿Alguna vez has usado algún arma en contra de otra persona, incluyendo ladrillos, botellas rotas u otras cosas? ¿En defensa propia? ¿Has amenazado con usar algún arma para que alguien retroceda o se aleje?

0 0 0 Sin información**1 1 1** Ausente**2 2 2** Subumbral: Ha amenazado con usar un arma, pero nunca ha usado alguna.**3 3 3** Umbral: Ha utilizado algún arma que

puede causar un daño severo en una o varias ocasiones (p.e. cuchillo, ladrillo, botella rota, pistola).

Pasado: P () C () S ()

8.- Crueldad Física Hacia las Personas

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Qué es lo peor que le has hecho a alguien? ¿Has golpeado demasiado a alguien por una razón no real, o porque lo considerabas “nerd”? ¿Qué ocurría? ¿Quedaban lastimados o heridos?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ha intimidado a otros (p.e. empujado), pero nunca ha causado daño o provocado una herida seria.
	3	3	3	Umbral: Ha intimidado o ha sido cruel físicamente con otros por lo que ha provocado heridas moderadas a severas.

Pasado: P () C () S ()

9.- Actividad Sexual Forzada

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Has forzado a alguien a actividad sexual contigo o a que vayan más allá de lo que desean? ¿Alguien ha dicho que lo has hecho? ¿Qué decían que pasaba? ¿Cuántas veces ha ocurrido?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ha forzado a alguien a participar en caricias no genitales en una o varias ocasiones.
	3	3	3	Ha forzado a alguien a participar en caricias genitales, sexo oral o relaciones sexuales vaginales y/o anales en una o varias ocasiones.

Pasado: P () C () S ()

10.- Crueldad hacia Animales

	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
A algunos niños les gusta lastimar animales. En los últimos 6 meses ¿has lastimado o tratado de lastimar a algún animal a propósito? ¿Dispararle a alguno con una pistola de balines? ¿Le has dado de comer veneno a algún animal? ¿Otras cosas? ¿Qué hacías? ¿Cuántas veces has lastimado a algún animal a propósito en los últimos 6 meses?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Ha matado o torturado a algún animal solo en una ocasión.
	3	3	3	Umbral: Ha matado o torturado a un animal en 2 o más ocasiones.

Nota: No evalúe la caza tradicional.

Pasado: P () C () S ()

	Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
11.- Deterioro							
a: Social (con pares):		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Con la Familia:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: En la Escuela:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12.- Duración							
¿Por cuánto tiempo has (liste los síntomas calificados como positivos)?	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13.-Tipo de Grupo							
Usualmente hacías (liste los síntomas calificados como positivos) con tus amigos? ¿Con otros niños?	El predominio de problemas conductuales ocurre en actividades grupales con los pares	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
14.- Tipo Solitario Agresivo							
Usualmente hacías (liste síntomas calificados como positivos) solo, por ti mismo?	La mayoría de las actividades conductuales son iniciadas por la persona (no como una actividad grupal).	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
15.- Tipo Indiferenciado							
¿Hacías algunas de las cosas de las que hemos hablado con tus amigos y otras por ti mismo?.	Los síntomas conductuales no pueden ser clasificados como de grupo o del tipo solitario agresivo.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
16.- Tipo de Inicio Infantil							
¿Qué edad tenías cuando empezaste a (liste los síntomas calificados como positivos)?	Inicio de al menos un problema conductual anterior a los 10 años de edad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
17.- Tipo de Inicio Adolescente							

¿No hacías nada de esto antes de que tuvieras 10 años de edad?	Sin problemas conductuales antes de los 10 años de edad.	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

18.- Evidencia de Trastorno de la Conducta

	Sumario CE			Sumario MSP		
	0	1	2	0	1	2
Criterios del DSM-IV						
A. Cumple los criterios de al menos 3 de los siguientes 15 síntomas en los pasados 12 meses, con al menos un criterio presente en los últimos 6 meses.						
Mentiras, truje, peleas físicas, robo no agresivo, vandalismo, <i>irrupción y entrada</i> , robo agresivo, incendios, <i>escape en la noche</i> , uso de armas, crueldad física hacia las personas, actividad sexual forzada, crueldad hacia los animales.						
B. El comportamiento provoca un deterioro clínico significativo.						
C. Si tiene 18 años o más, no cumple los criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.						
Tipo de Inicio Infantil	0	1	2	0	1	2
Inicio de al menos uno de los criterios antes de los 10 años de edad						
Tipo de Inicio Adolescente	0	1	2	0	1	2
Ausencia de cualquier criterio antes de los 10 años de edad.						
Medio						
<i>Poco</i> si alguno de los problemas conductuales es insuficiente para realizar el diagnóstico y los problemas conductuales solo causan un daño ligero a otros (p.e. mentiras, truje, <i>estar tarde fuera del hogar</i>)	0	1	2	0	1	2

Moderado

El número y efecto de los problemas se encuentran entre “medio” y “severo” (p.e. robar sin confrontar a la víctima, vandalismo).

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Severo

Mucho, de los problemas conductuales necesarios a aquellos requeridos para realizar el diagnóstico o problemas conductuales que provocan un daño considerable a otros (p.e. Sexo forzado, uso de armas, asaltar confrontando a la víctima, *irrupción y entrada*).

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Suplemento 5:

Abuso de Sustancias y Otros Trastornos: Anorexia, Bulimia, Tics

Suplemento de Abuso de Alcohol

1.- Frecuencia	P	C	S	
¿Actualmente con qué frecuencia consume alcohol?	0	0	0	Sin información.
¿Casi todas las semanas? ¿Viernes y sábado? ¿Entre semana?	1	1	1	Ausente
Nota: Evalúe el patrón más común de uso de alcohol (p.e. si usualmente ingiere 1-2 veces por semana pero algunas veces en más ocasiones, cuantifique 2). Si el patrón de uso es inconsistente, estime un promedio de uso.	2	2	2	Subumbral: De 1 a 2 veces por semana.
	3	3	3	Umbral: Tres o más veces por semana
	Pasado: P () C () S ()			
2.- Cantidad.	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Cuánto _____ usualmente bebe?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: De 1 a 2 copas.
	3	3	3	Umbral: Tres o más copas.
	Pasado: P () C () S ()			
3.- Bebe más de lo Planeado	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿Se ha dicho alguna vez a sí mismo que solo beberá una o dos copas en una noche y se da cuenta que se emborracha de cualquier forma? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente bebe más de lo planeado.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia bebe más de lo planeado.
	Pasado: P () C () S ()			
4.- Consecuencias Negativas- Físicas	P	C	S	
	0	0	0	Sin información
¿En los últimos 6 meses, han habido tres ocasiones en las que se ha enfermado por beber demasiado?	1	1	1	Ausente
¿Cuántas veces? ¿Se ha lastimado accidentalmente cuando estaba bebiendo? ¿Se ha caído y torcido un	2	2	2	Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

tobillo o lastimado de cualquier otra manera? ¿Ha tenido desmayos? ¿Se ha levantado al día siguiente sin recordar lo que hizo la noche anterior?

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas 2 ó + veces
Pasado: P () C () S ()

5. Consecuencias Negativas/ Comportamiento Peligroso

P C S

0 0 0 Sin información.

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo peligroso mientras bebía? ¿Ha manejado un auto mientras estaba intoxicado? ¿Ha corrido a altas velocidades en las avenidas? ¿Ha hecho otras cosas que normalmente no haría cuando estaba bebiendo, como cruzar las vías del tren cuando éste se aproximaba? ¿Ha tomado otros riesgos?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en 2 o más ocasiones.

Pasado: P () C () S ()

6.- Consecuencias Negativas - Psicológicas

P C S

0 0 0 Sin información

¿Su estado de ánimo cambia drásticamente cuando bebe? ¿Se da cuenta que se enoja con mucha facilidad? ¿Cambia de un estado de ánimo alegre a uno triste?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en 2 o más ocasiones

Pasado: P () C () S ()

7.- Consecuencias Negativas - Ocupacional

P C S

En los últimos 6 meses, ha tenido problemas en la escuela por su forma de beber? ¿Ha perdido exámenes porque estaba demasiado borracho o con resaca para poder estudiar? ¿*Labores escolares que haya perdido*? ¿Considera que su forma de beber afecta su rendimiento escolar? ¿Alguien le ha sugerido que eso puede estar ocurriendo?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

Para estudiantes en el trabajo: ¿Su forma de beber ha afectado su rendimiento laboral? ¿Ha faltado al trabajo por tener resaca? ¿Ha tenido problemas en el trabajo por estar borracho?

3 3 3 Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

Pasado: P () C () S ()

8.- Consecuencias Negativas - Social

P C S

0 0 0 Sin información

¿Ha tenido discusiones o peleas con algún amigo, o miembro de la familia cuando estaba borracho o por su forma de beber? ¿Ha perdido amigos por su forma de beber, o desarrollado problemas en sus relaciones con miembros de la familia por lo mismo? ¿Ha tenido problemas para relacionarse con otros?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada.

	3 3 3	Umbral: Consecuencias negativas en 2 ocasiones o más. Pasado: P () C () S ()
9.- Consecuencias Negativas - Legales	P C S	
	0 0 0	Sin información
¿En los últimos 6 meses ha hecho algo que va en contra de la ley cuando estaba bajo efectos del alcohol? ¿Ha sido detenido por manejar bajo los efectos del alcohol? ¿Alguna otra cosa?	1 1 1	Ausente
	2 2 2	Subumbral: consecuencias negativas en una ocasión aislada.
	3 3 3	Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones. Pasado: P () C () S ()
10.- Intoxicado cuando se Esperaba que Realizara sus Obligaciones	P C S	
	0 0 0	Sin información
¿En los últimos 6 meses, han habido ocasiones en la que se ha emborracho en la escuela o ha llegado borracho a la escuela? ¿Se ha emborrachado cuando cuidaba a algún niño? ¿Ha ido borracho al trabajo o se ha emborrachado en el trabajo? ¿Con qué frecuencia?	1 1 1	Ausente
	2 2 2	Subumbral: Una o dos veces.
	3 3 3	Umbral: En tres o más ocasiones Pasado: P () C () S ()
11.- Abandono o Reducción de Actividades Ocupacionales, Sociales o Recreativas producto del Abuso de Alcohol	P C S	
	0 0 0	Sin información
¿En los últimos 6 meses cuántas veces ha dejado de asistir a la escuela o trabajo para poder beber? ¿Ha faltado porque tenía resaca? ¿Últimamente, diría que ha estado bebiendo en lugar de ocupar su tiempo haciendo otras actividades que anteriormente le gustaban... tales como practicar algún deporte o hacer otras cosas? ¿El tiempo que invierte en beber ha reemplazado el tiempo que dedicaba a su familia o amigos?	1 1 1	Ausente
	2 2 2	Subumbral: Ha dejado actividades importantes en una ocasión aislada.
	3 3 3	Umbral: Ha dejado actividades importantes en diversas ocasiones. Pasado: P () C () S ()
12.- Tiempo Ocupado	P C S	
	0 0 0	Sin información.
¿Cuánto de su tiempo invierte en beber, estar borracho o en la resaca? ¿Invierte mucho tiempo pensando en emborracharse o pensando donde podría conseguir algo para beber?	1 1 1	Ausente.
	2 2 2	Subumbral: El tiempo invertido en beber se relaciona con <i>actividades limitadas</i> (p.e. uso recreativo únicamente).
	3 3 3	Umbral: El tiempo se extiende por encima de un uso recreativo e impide la realización de otras actividades.

Pasado: P () C () S ()

13.- Tolerancia

P C S

¿Se ha dado cuenta de que en la actualidad tiene que consumir más alcohol que antes para tener el mismo efecto de cuando comenzó a beber? ¿Cuánto tiene que beber para tener este efecto?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente.
- 2 2 2 Subumbral: Necesita tomar una o dos copas más que antes para sentirse intoxicado u obtener el efecto deseado?
- 3 3 3 Umbral: Necesita tomar 3 o más copas para sentirse intoxicado u obtener el efecto deseado.

Pasado: P () C () S ()

14.- Tratar de Dejar de Beber

P C S

¿Ha tratado de dejar de beber o tomar menos?
¿Cuántas veces lo ha intentado?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente.
- 2 2 2 Subumbral: Pensamiento acerca del deseo de dejar de tomar o tomar de una manera controlada.
- 3 3 3 Umbral: Uno o dos intentos fallidos para dejar de tomar o tener un mayor control.

Pasado: P () C () S ()

15.- Síntomas Residuales

¿Alguna vez ha tenido temblores cuando deja de beber o cuando reduce la cantidad de alcohol que ingiere? ¿Ha tenido dolores de cabeza? ¿Se ha sentido ansioso, depresivo o irritable? ¿Ha tenido problemas para dormir? ¿Náuseas? ¿Alucinaciones o ilusiones transitorias?

Criterios	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
Se presentan uno o más de los síntomas residuales.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
En una o más ocasiones	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Algunos síntomas durante al menos 1 mes	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

16.- Consumo de Alcohol para Reducir los Síntomas Residuales

¿En ocasiones bebe para evitar sentirse enfermo o tener temblores?

17.- Duración

¿Por cuánto tiempo ha estado (síntomas de abuso/dependencia al alcohol)?

18.- Evidencia de abuso de Alcohol

	Sumario CE			Sumario MSP		
b. Criterios del DSM-IV						
Uno o más de los siguientes: Uso continuo de alcohol a pesar de las recurrentes consecuencias ocupacionales (escuela) o sociales causados o exacerbados por el uso de alcohol, uso recurrente de alcohol en situaciones físicas peligrosas, recurrentes problemas legales relacionados al consumo de alcohol, uso recurrente de alcohol cuando se espera que cumpla con sus obligaciones.	0	1	2	0	1	2

19.- Evidencia de Dependencia al Alcohol**b. Criterios DSM-IV**

Tres o más de los siguientes síntomas presentes en cualquier momento durante el mismo período del año: 1) Beber más de lo planeado, 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el uso de alcohol, 3) Reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso de alcohol, 4) Tiempo invertido, 5) Tolerancia (50% de incremento en lo que requiere de la sustancia para estar intoxicado u obtener los efectos deseados, 6) Esfuerzos fallidos para dejar de beber o tener un mayor control sobre el consumo de alcohol, 7) Se experimentan síntomas residuales o bebe para evitar los síntomas residuales.	0	1	2	0	1	2
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nota: La dependencia o abuso de alcohol debe estar asociada con alguno de los siguientes patrones de consumo: 1) Consumo regular diario de grandes cantidades de alcohol; 2) Elevado consumo de alcohol limitado a los fines de semana; 3) Extensos períodos de sobriedad mezclados con períodos de consumo elevado que dura varias semanas o más.

Suplemento de Abuso de Sustancias

1.- Frecuencia

¿Con qué frecuencia emplea _____? ¿Casi todos los fines de semana? ¿Entre semana?

Utilice los términos que emplea el sujeto para describir la droga.

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Una o dos veces por semana.

3 = Umbral: Tres o más veces por semana.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

2.- Utiliza más de lo Planeado

¿Alguna vez se ha dicho a sí mismo que solo (p.e. se dará un “toque”, una línea, etc.) en una noche y se da cuenta que emplea más de lo que había planeado? ¿Con qué frecuencia ocurre esto?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: En ocasiones usa más de lo planeado.

3 = Umbral: Con frecuencia usa más de lo planeado.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

3.- Consecuencias Negativas - Físicas

¿En los últimos seis meses, han habido ocasiones en las que se ha enfermado por usar mucho _____?
 ¿Cuántas veces? ¿Se ha lastimado accidentalmente cuando estaba drogado? ¿Se ha caído y torcido un tobillo, o se ha lastimado de alguna otra forma? ¿Ha tenido alguna sobredosis? ¿Se ha levantado al día siguiente sin recordar lo que había hecho la noche anterior?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

4.- Consecuencias Negativas- Comportamiento Peligroso

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo peligroso mientras estaba drogado? ¿Ha manejado algún auto? ¿Ha manejado a altas velocidades en las avenidas? ¿Ha hecho otras cosas que normalmente no haría, como atravesar las vías del tren cuando éste se aproximaba? ¿Ha tomado otros riesgos?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

5.- Consecuencias Negativas - Psicológicas

¿Su estado de ánimo cambia drásticamente cuando usa _____? ¿Se da cuenta de que se enoja con facilidad? ¿Cambia su estado de humor de alegre a triste? ¿Se da cuenta de que llora por pequeñas cosas?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

8.- Consecuencias Negativas - Legales

¿En los últimos 6 meses, ha hecho algo en contra de la ley cuando se encontraba drogado? ¿Ha robado algún carro? ¿Ha sido detenido por manejar bajo la influencia de las drogas? ¿Otras cosas?

0 = Sin información. 1 = Ausente. 2 = Subumbral: Consecuencias negativas en una ocasión aislada..

3 = Umbral: Consecuencias negativas en dos o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

9.- Intoxicado cuando se esperaba que cumpliera con sus Obligaciones.

¿En los últimos 6 meses, han habido ocasiones en las que se ha drogado en la escuela o ha ido a la escuela drogado? ¿Se ha drogado mientras cuidaba a algún niño? ¿Ha ido al trabajo drogado o ha usado _____ en el trabajo? ¿Con qué frecuencia?

0 = Sin información.. 1 = Ausente. 2 = Subumbral: Una o dos ocasiones 3 = Umbral: Tres o más ocasiones.

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

10.- Abandono o Reducción de Actividades Ocupacionales, Sociales o Recreativas Debido al Abuso

¿En los últimos 6 meses, cuántas veces ha faltado a la escuela o al trabajo para drogarse? ¿Ha faltado cuando tenía resaca? ¿Últimamente, diría que ha estado usando _____ en lugar de invertir su tiempo en hacer otras actividades que le gustaban.... como practicar algún deporte o hacer otras cosas? ¿El tiempo que invierte en las drogas ha reemplazado el tiempo que dedicaba a su familia o amigos?

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Abandono de actividades importantes en una ocasión aislada.

3 = Umbral: Abandono de actividades importantes en dos o más ocasiones

	Padre				Niño				Sumario			Sumario								
	CE				MSP				CE			MSP								
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

11.- Tiempo Invertido

¿Cuánto de su tiempo invierte en _____, en drogarse o *en la resaca*? ¿Invierte demasiado tiempo planeando como va a conseguir _____?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: El tiempo invertido usando drogas o pensando en ellas tiene un impacto mínimo sobre actividades funcionales. El uso se encuentra restringido a los fines de semana.

3 = Umbral: El tiempo invertido usando drogas o pensando en ellas tiene un impacto de moderado a severo sobre las actividades funcionales. Se emplean las drogas entre semana.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP														
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

12.- Tolerancia

¿Se ha dado cuenta de que necesita usar más cantidad de droga para tener los mismo efectos que cuando empezó a usarlas?

Criterios:

0 = Sin información.

1 = Ausente.

2 = Subumbral: Necesita usar algo más de droga para estar intoxicado u obtener los efectos deseados.

3 = Umbral: Necesita usar al menos 1.5 veces más de la droga para estar intoxicado u obtener los efectos deseados.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP										
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

13.- Tratar de Dejarlo

¿Alguna vez ha tratado de dejar las drogas o disminuir su uso? ¿Qué ocurrió?

Criterios:

b. Estimulantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaína	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opioides	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Alucinógenos	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Otros	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Polisustancias	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

17.- Evidencia de Abuso de Sustancias.

a. Criterios DSM-IV

Uno o más de los siguientes: Uso continuo a pesar de las recurrentes consecuencias ocupacionales (escuela) o sociales causadas o exacerbadas por el uso de drogas; uso recurrente en situaciones físicas peligrosas; recurrentes problemas legales relacionados al uso de drogas; uso recurrente cuando se esperaba que cumpliera con sus obligaciones.

	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

18.- Evidencia de Dependencia a Sustancias

a. Criterios del DSM-IV

Tres o más de los siguiente síntomas presentes en cualquier momento en el mismo período del año: 1) Usar más de lo planeado; 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el uso de drogas; 3) Abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso; 4) Tiempo invertido; 5) Tolerancia (50% de incremento en las sustancias para estar intoxicado u obtener los efectos deseados); 6) Esfuerzos fallidos por dejar o controlar el uso de drogas; 7) Experimentación de síntomas residuales o uso de drogas para evitar síntomas residuales.

	Sumario CE	Sumario MSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

Nota: El Abuso de sustancias o Dependencia a sustancias debe estar asociado a alguno de los siguientes patrones de consumo: 1) Consumo regular diario de grandes cantidades de alcohol; 2)

Consumo excesivo de alcohol limitado a fines de semana; 3) Extensos períodos de sobriedad junto con períodos de consumo excesivo que puede tener una duración de varias semanas o más.

Suplemento: Anorexia Nerviosa

Hace un momento, mencionó su temor a engordar, aunque en la actualidad se encuentre delgado.....

P C S

1.- Distorsión de la Imagen Corporal

¿Se siente obeso aún cuando los demás le dicen que no es así? ¿Le gustaría ser más delgado? ¿Algunas partes de su cuerpo le parecen especialmente obesas?	0	0	0	Sin información.
¿Le molesta haber perdido demasiado peso y aún así sentirse obeso? ¿Piensa que actualmente ha perdido peso o solo que otras personas lo piensan, pero que están equivocadas? ¿Cómo están equivocadas?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Reporta que se siente obeso, y que continuamente se preocupa por estos pensamientos, aunque está consciente de que no es obeso de acuerdo a los estándares.
	3	3	3	Umbral: Las percepciones que tiene con respecto a su obesidad no pueden ser alteradas por evidencia objetiva de lo contrario.

Pasado: P () C () S ()

2.- Amenorrea

P C S

¿Qué edad tenía cuando comenzó su período menstrual? ¿Con qué frecuencia tiene su período? ¿Cuántas semanas han pasado desde su último período?	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Anormalidades ocasionales (p.e. en ocasiones a perdido períodos o su ciclo menstrual es corto)
	3	3	3	Umbral: Ha perdido 3 o más períodos menstruales de forma consecutiva.

Pasado: P () C () S ()

3.- Evidencia de Anorexia (DSM-IV)

Cumple los siguientes criterios:

1. Desnutrida, pérdida de peso por debajo del 15% del peso esperado.
2. Temor intenso de ser obeso.
- 3.- Distorsión de la imagen corporal.
4. En mujeres, ausencia de 3 períodos menstruales consecutivos.

Tipo Restrictivo

La persona no tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse durante el episodio.

Sumario
CE

0 1 2

Sumario
MSP

0 1 2

0 1 2

0 1 2

Tipo con Episodios de Comer Demasiado / Purgarse.

Durante el episodio la persona tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse (p.e. se provoca vómito o consume diuréticos, laxantes o enemas).

0	1	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

Suplemento: Bulimia Nerviosa

Hace un momento, mencionó que tiene ataques o períodos en los que come demasiado, cuando tiene estos ataques.....

P	C	S
---	---	---

1.- Pérdida de Control

	0	0	0	Sin información
¿Siente que no tiene control sobre estos ataques?	1	1	1	Ausente
¿Puede dejar de comer una vez que ha iniciado?	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia puede controlar su urgencia por comer (p.e. al menos el 50% del tiempo).
	3	3	3	Umbral: Algunas veces puede controlar sus urgencias, usualmente no puede.

Pasado: P () C () S ()

2.- Preocupación Excesiva por el Peso

	0	0	0	Sin información
¿Con qué frecuencia piensa acerca de su peso o de ser obeso? ¿Estos pensamientos vienen a su mente cuando está en la escuela, con amigos o cuando está ocupado haciendo otras cosas?	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Preocupación excesiva por su peso, el valor que adjudica a ser delgado excede los valores culturales, pero no interfiere con su funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Pensamientos continuos acerca de su peso. Los pensamientos tienen un impacto moderado en sus actividades cotidianas (p.e. falta de concentración por los pensamientos intrusivos acerca de su peso).

Pasado: P () C () S ()

--	--	--	--	--	--	--	--

3.- Duración	Criterios	Padre			Niño			Sumario					
		CE	MSP		CE	MSP		CE			MSP		
	Tres meses o más	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
	¿Por cuanto tiempo ha tenido estos ataques/ atracones por comer?												

4.- Evidencia de Bulimia Nerviosa	Sumario CE	Sumario MSP
b. Criterios del DSM-IV		
Igual a los criterios del DSM-III-R, excepto que la Bulimia Nerviosa no puede ser diagnosticada si ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa	0 1 2	0 1 2

Suplemento: Trastorno por Tics

Nota: Los síntomas evaluados como positivos de esta sección deben presentarse en diversos momentos durante el día o casi todo el día o deben presentarse de forma intermitente durante un año o más.

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño CE	Sumario CE	Sumario MSP
<p>0 = Sin información 1 = No 2 = Si</p> <p>Motor Simple (Evalúe de acuerdo a lo reportado u observado)</p> <p>1. Parpadeo</p> <p>¿Sus ojos parpadean así por una razón no especial (demuestre cómo)?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>2. Otros Tics Faciales</p> <p>¿En ocasiones otras partes de su cara se mueven inesperadamente (demostrar cómo) muecas faciales, movimientos de nariz o abrir la boca como si se fuera a bostezar)?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>3. Sacudir la Cabeza</p> <p>¿En ocasiones mueve, sacude o voltea su cabeza por una razón no especial (demostrar)?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>4.- Sacudir los Hombros</p> <p>¿Qué acerca de sus hombros, en ocasiones se mueven inesperadamente (mueva sus hombros o gírelos)?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>5. Movimientos de Brazos</p> <p>¿En ocasiones <i>aletea</i> sus brazos o arroja sus brazos hacia afuera como si fuera a golpear algo que no existe (demostrar)?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>6. Tirones en el Estómago</p> <p>¿En ocasiones su estómago se mueve sin razón aparente?</p>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<p>7. Movimiento de Piernas</p>						

¿En ocasiones pisotea sus pies o mueve sus piernas hacia afuera y no está seguro de porqué lo hace? ¿En ocasiones golpea sus piernas hacia arriba al estar en un escritorio, cuando no planeaba moverlas?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Otros						
¿Existen otros movimientos que haga que no le haya preguntado? Especifique.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Motor Complejo						
1. Tocar o Golpear Ligeramente Cosas						
¿Alguna vez toca alguna parte de su cuerpo, su nariz, oreja o siente que tiene que tocar a otros u otras cosas... como tener que tocar el teléfono cada vez que camina cerca de él, tocar paredes o muebles en su cuarto? ¿Con frecuencia golpea ligeramente su lápiz o dedos en una mesa?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Brincar / Girar						
¿Cuando está caminando por el pasillo de la escuela, se da cuenta que tiene que brincar o girar, más que seguir caminando?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Ecoquinesis						
¿Se ha percatado que tiene que imitar las acciones de otras personas como hacer su cabello hacia atrás o tocar su nariz de cierta forma ? ¿Algo más?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Lastimarse						
¿Ha sentido que tiene que golpearse en la cara, jalar su cabello o golpear su mano?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Otros						
¿Existen otro tipo de movimientos que haga que no le haya preguntado? Especifique.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocal Simple Fónico						
1. Estornudar/Toser/Aclararse la						

miedo de que tenga uno de estos ataques?						
6. Deterioro						
a. Social (con pares): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. En Escuela: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
7. Criterios para el Síndrome de Tourette	Sumario CE		Sumario MSP			
a. Criterios del DSM-IV						
1. Tics motores y uno o más tics vocales que se presentan por algún tiempo durante la enfermedad, aunque no son necesariamente concurrentes.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en diversos momentos durante el día, casi todo el día o de forma intermitente por un año o más, y nunca ha habido 3 meses seguidos sin tics.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No por causas farmacológicas u orgánicas (p.e. Corea de Huntington).						
8.- Criterios para Trastorno de Tics Motor o Vocal Crónico						
a. Criterios DSM-IV						
1. Ya sea tics motores o vocales, pero no ambos, que se presentan por algún tiempo durante la enfermedad.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en varias ocasiones durante el día, casi todo el día o de forma intermitente por un año o más.						
3. No cumple los criterios para el Síndrome de Tourette, y los síntomas causan una marcada preocupación o deterioro.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No se encuentra relacionado a causas orgánicas o farmacológicas.						
9.- Trastorno Transitorio de Tics						
a. Criterios del DSM-IV						
1. Tics simples o múltiples tics motores y/o vocales.	0	1	2	0	1	2
2. Los tics se presentan en varias ocasiones durante el día, casi todo el día durante al menos 4 semanas, y no más de 12 meses consecutivos.						
3. Inicio antes de los 18 años de edad.						
4. No cumple los criterios para el Síndrome de Tourette o el Trastorno Crónico de Tics Motores o Vocales.						
5. Los síntomas causan excesiva preocupación o deterioro.						

Alelulla, has terminado el K-SADS!!!! ;) (Nota del adaptador)

ENTREVISTA

KIDDIE-SADS-PRESENT AND LIFETIME VERSION

DATOS PERSONALES

Entrevista con: ADOLESCENTE

PADRES

Nombre del adolescente:

Fecha:

Entrevistador:

Entrevista: PRE

POST

SEG

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Curso/IES:

Estudios de los padres: (padre)

(madre)

Trabajo actual de los padres: (padre)

(madre)

Número de teléfono de los padres: (padre)

(madre)

HISTORIA MÉDICA PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA

Problemas psicológicos en el pasado: SI NO

Tratamiento psicológico pasado: SI NO

Tratamiento psiquiátrico pasado: SI NO

Medicación pasada: SI NO

Problemas / enfermedades físicos actual (ej.: asma, diabetes...) SI NO

Medicación actual (problemas psicológicos u otros –asma...-) SI NO

ADAPTACIÓN ESCOLAR Y RELACIONES SOCIALES

Rendimiento académico (notas medias):

Relaciones con otros compañeros: buenas regulares malas

Relaciones familiares: buenas regulares malas

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

	P	C	S
1. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas			
Pasado			
2. Se distrae con facilidad			
Pasado			
3. Dificultad para mantenerse sentado			
Pasado			

	P	C	S
1. Comete demasiados errores por descuido			
Pasado			
2. No escucha			
Pasado			
3. Dificultad para seguir instrucciones			
Pasado			
4. Dificultad para organizar tareas o labores			
Pasado			
5. Le disgusta / evita tareas que requieren atención			
Pasado			
6. Pierde cosas			
Pasado			
7. Olvidadizo en actividades cotidianas			
Pasado			
8. Inquietud			
Pasado			
9. Corre o escala excesivamente			
Pasado			
10. Actos manejados de forma automática			
Pasado			
11. Dificultad para jugar en silencio			
Pasado			
12. Da respuestas impulsivamente			
Pasado			
13. Dificultad para esperar su turno			
Pasado			
14. Interrumpe			
Pasado			
15. Cambia actividades			
Pasado			
16. Habla en exceso			
Pasado			
17. Se involucra en actividades físicas peligrosas			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
18. Duración						
19. Edad de inicio						
20. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						

	Sumario CE	Sumario MSP
22. Evidencia TDAH (DSM-IV)		
23. Subtipo con predominio de falta de atención		
24. Subtipo con predominio de hiperactividad		
25. Tipo combinado		
26. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado		

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

	P	C	S
1. Pérdida de control			
Pasado			
2. Discute demasiado con adultos			
Pasado			
3. Desobedece con frecuencia			
Pasado			

	P	C	S
1. Se molesta o enfada fácilmente			
Pasado			
2. Enfado o resentimiento			
Pasado			
3. Rencoroso y vengativo			
Pasado			
4. Utiliza un lenguaje inapropiado			
Pasado			
5. Molesta gente a propósito			
Pasado			
6. Culpa a otros por sus propios errores			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
7. Duración						
8. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						
9. Factor precipitante						

	Sumario CE	Sumario MSP
10. Evidencia del Trastorno Negativista Desafiante (DSM-IV)		

TRASTORNOS DE CONDUCTA

	P	C	S
1. Mentiras			
Pasado			
2. Falta a clases			
Pasado			
3. Iniciado peleas			
Pasado			
4. Intimidación, amenazas a otros			
Pasado			
5. Robo no agresivo			
Pasado			

	P	C	S
1. Vandalismo			
Pasado			
2. Irrupción y entrada			
Pasado			
3. Robo agresivo			
Pasado			
4. Incendiar			
Pasado			
5. Permanece fuera de noche			
Pasado			
6. Escapado en la noche			
Pasado			
7. Uso de armas			
Pasado			
8. Crueldad física hacia las personas			
Pasado			
9. Actividad sexual forzada			
Pasado			
10. Crueldad hacia animales			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
11. Deterioro a. Social b. Familia c. Escuela						
12. Duración						
13. Tipo grupal						
14. Tipo solitario agresivo						
15. Tipo indiferenciado						
16. Tipo inicio infantil						
17. Tipo de inicio infantil						

	Sumario CE	Sumario MSP
18. Evidencia del Trastorno de conducta (DSM-IV) Tipo de inicio infantil Tipo de inicio adolescente Medio Moderado Severo		

TRASTORNOS DE TICS

	P	C	S
1. Tics motores			
Pasado			
2. Tics fónicos			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
MOTOR SIMPLE						
1. Parpadeo						
2. Otros tics faciales						
3. Sacudir la cabeza						
4. Sacudir los hombros						
5. Movimientos de brazos						
6. Tirones en el estómago						
7. Movimiento de piernas						
8. Otros						
MOTOR COMPLEJO						
1. Tocar o golpear ligeramente cosas						
2. Saltar / girar						
3. Ecoquinesis						
4. Lastimarse						
5. Otros						
VOCAL SIMPLE FÓNICO						
1. Estornudar / toser / aclararse g						
2. Roncar / gruñir						
3. Otros						
VOCAL COMPLEJO FÓNICO						
1. Repetir sus propias palabras / o						
2. Repetir conversación de otros						
3. Coprolalia						
4. Insultar / difamar						
5. Otros						
6. Deterioro a. Social b. Familia c. Escuela						

	Sumario CE	Sumario MSP
7. Criterios para el síndrome de Tourette (DSM-IV)		

TRASTORNOS DEPRESIVOS

	P	C	S
Afecto Depresivo			
Pasado			
Duración:			
Irritabilidad y Enojo			
Pasado			
Duración:			
Anhedonia, Pérdida de interés, Apatía, baja motivación o aburrimiento			
Pasado			
Duración:			
a. Recurrentes pensamientos de muerte			
Pasado			
b. Ideación suicida			
Pasado			
c. Intentos suicidas - Severidad			
Pasado			
d. Intentos suicidas – Letalidad Médica			
Pasado			
e. Actos no suicidas de auto daño			
Pasado			

	P	C	S
1. Falta de respuesta ante estímulos positivos del ánimo deprimido o irritable			
Pasado			
2. Calidad del ánimo disfórico diferente a la pena			
Pasado			
3. Variación diurna del afecto			
Peor por la mañana			
Pasado			
Peor por las tardes/noches			
Pasado			
4. Alteraciones en el sueño			
a. Insomnio inicial			
Pasado			
b. Insomnio medio			
Pasado			
c. Insomnio terminal			
Pasado			
d. Ciclo circadiano invertido			
Pasado			
e. Sueño no reparador			
Pasado			
f. Hipersomnio			
Pasado			
5. Fatiga, falta de energía y cansancio			
Pasado			
6. Alteraciones cognitivas			
a. Concentración, falta de atención o lentitud del pensamiento			
Pasado			
b. Indecisión			
Pasado			

	P	C	S
7. Apetito / peso			
a. Apetito disminuído			
Pasado			
b. Pérdida de peso			
Pasado			
c. Aumento de apetito			
Pasado			
d. Aumento de peso			
Pasado			
8. Alteraciones psicomotoras			
a. Agitación			
Pasado			
b. Retardo psicomotor			
Pasado			
9. Percepciones de sí mismo			
a. Autodesprecio / imagen negativa de sí mismo			
Pasado			
b. Culpa excesiva o inadecuada			
Pasado			
10. Desesperanza, vulnerabilidad, desánimo y pesimismo			
Pasado			
11. Sensibilidad al rechazo			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1. Evidencia de un precipitante Especificar:						
2. Los síntomas se presentan o empeoran con el período menstr						
3. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						

	Sumario CE	Sumario MSP
4. Evidencia de TDM (DSM-IV)		
5. Cumple criterios para depresión melancólica (DSM-IV)		
6. Evidencia de un patrón estacional		
7. Evidencia de depresión atípica		
8. Evidencia de TDM con rasgos psicóticos		
9. Evidencia de trastorno esquizoafectivo del tipo depresivo		
10. Evidencia de distimia		
11. Distimia - Tipo Primario		
12. Distimia – Tipo Secundario		
13. Evidencia de un trastorno depresivo NE		
14. Evidencia de Trastorno de ajuste con afecto depresivo		

TRASTORNOS DE PÁNICO

	P	C	S
Ataques de pánico			
	Pasado		

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1. Dificultad para respirar						
2. Mareos / Desmayos						
3. Palpitaciones						
4. Temblores						
5. Sudoración						
6. Ahogo						
7. Náuseas						
8. Despersonalización/desrealizac						
9. Entumecimiento						
10. Bochornos o escalofríos						
11. Dolores de pecho						
12. Temor a morir						
13. Temor a perder el control						

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
14. Estímulos circunscritos						
15 Ataques no anticipados						
16. Criterios mínimos de síntomas						
17. Frecuencia de los ataques						
Máx núm ataques / mes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Número ataques semana pasada	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18. Temor a tener otro ataque						
19. Inicio de los ataques						
20. Agorafobia						
21. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						

	Sumario CE	Sumario MSP
22. Evidencia de trastorno de pánico sin agorafobia (DSM-IV)		

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

	P	C	S
1. Temor a un evento catastrófico que provoque la separación			
Pasado			
2. Temor al daño del padre			
Pasado			
3. Rechazo escolar			
Pasado			
4. Temor a dormir fuera de casa / dormir solo			
Pasado			
5. Temor a estar solo en casa			
Pasado			

	P	C	S
1. Pesadillas			
Pasado			
2. Síntomas físicos en la escuela / días de separación			
Pasado			
3. Ansiedad excesiva al anticipar separaciones			
Pasado			
4. Ansiedad excesiva ante la separación			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
5. Duración al menos 2 semanas Duración (semanas)						
6. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						
7. Evidencia de un precipitante Especificar:						

	Sumario CE	Sumario MSP
8. Evidencia de un Trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV: los ítems que valoran la ansiedad anticipatoria antes de las situaciones de separación y ante la separación son tomados como un solo síntoma en el DSM-IV. Se requiere la presencia de 3 síntomas de 8. Duración: 4 semanas)		

TRASTORNO EVITATIVO / FOBIA SOCIAL

	P	C	S
1. Reducción del contacto			
Pasado			
2. Temor ante situaciones sociales			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
3. Participación social con personas familiares						
4. Duración Fechas específicas:						
5. Deterioro a. Social b. Familia c. Escuela d. Ansiedad extrema / llanto / rabietas e. Evitación						
6. (f) Evidencia de algún precipitante Especifique: _____						

	Sumario CE	Sumario MSP
7. Evidencia de Fobia Social (DSM-IV)		

AGORAFOBIA Y FOBIAS ESPECÍFICAS

	P	C	S
1. Ansiedad Agorafobia			
Pasado			
2. Evitación			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1. Situaciones / Estímulos fóbicos						
a. Alturas						
b. Oscuridad						
c. Sangre						
d. Perros						
e. Otros animales						
f. Insectos						
g. *Estar solo fuera de casa						
h. *Multitudes						
i. *Espacios abiertos						
j. *Viajar						
k. *Ascensores						
l. *Tiendas u otros espacios cerrados						
m. *Puentes o túneles						
n. Otro (Especifiqu_____)						
2. Reconoce que el miedo es excesivo						
3. Duración (Especifiqu_____)						
4. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						
5. Evidencia de un precipitante Especifique:_____						

	Sumario CE	Sumario MSP
6. Evidencia de Fobia específica (DSM-IV)		
7. Subtipos		
a. Tipo animal		
b. Tipo de ambiente natural		
c. Tipo sangre, inyecciones, lesiones		
d. Tipo situacional		
e. Otro tipo		
8. Agorafobia (DSM-IV)		
9. Trastorno de pánico con agorafobia		

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

	P	C	S
1. Preocupación no realista acerca del futuro			
Pasado			
2. Quejas somáticas			
Pasado			
3. Marcada conciencia de sí mismo			
Pasado			

	P	C	S
1. Preocupación por lo adecuado del comportamiento pasado			
Pasado			
2. Preocupación excesiva por la competencia			
Pasado			
3. Excesiva necesidad de confianza			
Pasado			

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
4. Capacidad para controlar su preocupación						
5. Otros síntomas de TAG						
a. Tensión muscular, dolores o quejas						
b. Inquietud						
c. Se fatiga con facilidad						
d. Inquietud o sentimiento de estar al límite						
e. Dificultad concentración						
f. Dificultad para dormirse o mantenerse dormido						
g. Irritabilidad						
6. Duración (Especifiqué_____)						
7. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						
8. Evidencia de un precipitante Especifique: _____						

	Sumario CE	Sumario MSP
7. Evidencia de TAG (DSM-IV)		

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

	P	C	S
1. Compulsiones			
Pasado			
2. Obsesiones			
Pasado			

Compulsiones	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1. Tipos de compulsiones						
a. Tocar						
b. Contar						
c. Limpiar / Lavar						
d. Comprobar						
e. Recolectar / Acumular						
f. Ordenar / Arreglar objetos						
g. Actividades estructurada						
h. Repetir / Rehacer						
i. Otro (Esp: _____)						

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
2. Propósito de las compulsiones						
3. Percepción de la compulsión						
4. Tiempo empleado						
5. Deterioro						
a. Social						
b. Familia						
c. Escuela						
d. Ansiedad severa						

Obsesiones	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
1. Contenido de las obsesiones						
a. Contaminación / somáticas						
b. Pensamientos agresivos						
c. Pensamientos nihilistas o morbosos						
d. Necesidad de simetría o exactitud						
e. Frases / sonidos / imágenes sin significado						
f. Obsesiones sexuales						
g. Atesorar / ahorrar						
h. Religiosas						
i. Otro (Esp: _____)						

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
2. Pensamientos intrusivos sin sentido						
3. Supresión						

	Padre CE	Padre MSP	Niño CE	Niño MSP	Sumario CE	Sumario MSP
4. Origen de los pensamientos						
5. Tiempo empleado						
6. Deterioro						
a. Social						
b. Familiar						
c. Escuela / laboral						
d. Ansiedad severa						
					Sumario CE	Sumario MSP
7. Evidencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (DSM-IV)						

ANNEX IX

Registre d'incidències de l'avaluació psicofisiològica

AVALUACIÓ PRE / POST / SEGUIMENT

NOM:
CODI:
Data d'avaluació:

Hora de recollida SALIVA 1	
Hora de recollida SALIVA 2	
Puntuacions CSAT	
Incidències:	

ANNEX X

Programa de prevenció: manual del terapeuta

**APRENENT A CONTROLAR
L'ANSIETAT**

MANUAL DEL TERAPEUTA

INTRODUCCIÓ INFORMATIVA PER ALS EDUCADORS:

QUÈ ÉS L'ANSIETAT?

L'ansietat es pot definir com una reacció emocional que consisteix en sentiments de tensió, aprensió, nerviosisme i preocupació, acompanyats d'activació del sistema nerviós autònom simpàtic (sudoració acceleració de la freqüència cardíaca i respiratòria, tremolor, etc.) (Sandín, 1997).

Aquesta ansietat és una resposta normal i adaptativa davant amenaces reals o imaginàries, que prepara l'organisme per reaccionar davant situacions de perill. Si aquesta ansietat es limita a estímuls específics, se parlarà de por.

La gran majoria dels nins i nines experimenten por, però aquestes són lleus, transitòries i s'associen a una determinada edat, remetent de manera espontània amb el pas del temps. La resposta de por protegeix al nin i ens mostra el correcte desenvolupament evolutiu. Per exemple, la por a la fosca, als 4-5 anys.

Els problemes sorgeixen quan aquesta emoció apareix davant perills inexistents, reals o imaginaris, de manera desproporcionada, perllongant-se al llarg del temps i sense ser pròpia de l'edat de l'infant (segons criteris evolutius).

EL TRIPLE SISTEMA DE RESPOSTA DE L'ANSIETAT

L'ansietat no és un fenomen unitari (Sandín & Chorot, 1986a); implica tres components o sistemes de resposta:

- **MOTOR:** se refereix al component observable de la conducta, incloent variables com l'expressió facial i moviments o postures corporals (veu tremolosa, tancar els ulls, etc.), però sobretot fa referència a les respostes de fuga i evitació.
- **FISIOLÒGIC:** els canvis fisiològics més característics de l'ansietat són, com ja s'ha comentat abans, els deguts a l'increment de l'activitat del sistema nerviós autònom, els quals es reflexen tan internament (canvis en la freqüència cardíaca, disminució de la salivació, molèsties a l'estomac...), com externament (sudoració, tremolor, tensió muscular...).

- **COGNITIU:** està relacionat amb la pròpia experiència interna, incloent variables relacionades amb la percepció i avaluació subjectiva dels estímuls i estats associats a l'ansietat (pensaments de perill, pensaments de manca de capacitat, preocupacions, imatges de danys corporals...).

PREVALENÇA DELS TRASTORNS D'ANSIETAT:

La prevalença és el percentatge d'individus que en un moment determinat presenten un trastorn.

En la següent taula veiem la prevalença de trastorns d'ansietat amb nins/es i adolescents per a diferents grups d'edat (Kashani & Orvaschel, 1990):

GRUPS D'EDAT	PERCENTATGES
8 anys	25,7%
12 anys	15,7%
17 anys	21,4%

IMPORTÀNCIA DELS TRASTORNS D'ANSIETAT A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA:

Cal destacar la rellevància dels trastorns d'ansietat en aquest sector de la població pels següents motius (Sandín, 1997):

- ✓ Interferència en el desenvolupament i maduració interpersonal.
- ✓ Perturbació del rendiment acadèmic.
- ✓ Alteració del funcionament i equilibri familiars.
- ✓ La seva exacerbació pot constituir un factor de risc per a altres trastorns d'ansietat.
- ✓ Possibilitat de complicar-se en altres trastorns psiquiàtrics.
- ✓ Frequentment, els trastorns que manifesten els adults es generen durant la infància o l'adolescència.

PER QUÈ PREVENIR ELS TRASTORNS D'ANSIETAT?

Donovan & Spence (2000) exposen una sèrie de raons per les que la prevenció dels trastorns d'ansietat és important:

- (a) Els mestres i pares no són suficientment conscients de que el nin/a pateixi problemes d'ansietat degut a la naturalesa sovint submissa i no disruptiva dels nins ansiosos. Per aquest motiu, quan existeixen problemes d'ansietat, els pares i mestres tenen tendència a minimitzar el problema, amb la qual cosa, no sorprèn que la majoria de nins/es amb trastorns d'ansietat esdevinguin crònics o “resorgeixin” si no han estat tractats (Mental Health Working Group on Prevention Research, 1995; Munoz et al., 1996).

- (b) Aquells nins i nines que arriben a consulta tenen el trastorn ben establert, lligat a un baix rendiment escolar i a unes pobres relacions amb els companys, problemes que una vegada iniciats són difícils de remetre.

- (c) S'ha vist que els tractaments d'ansietat, en alguns nins/es, són inefectius. Aquest fet va acompanyat de la següent evidència empírica: d'un 30% a un 40% dels nins/es continuen complint criteris per a un trastorn d'ansietat clínicament significatiu, posteriorment al tractament (Barrett, Dadds, Rapee, & Ryan, 1996; Kendall, 1994).

- (d) Els costos dels problemes d'ansietat són múltiples a nivell personal i econòmic. Aquest tipus de problemàtica està associada a un debilitament social, emocional i acadèmic, amb les respectives conseqüències per als nins i per a les seves famílies. Així, ens trobam amb que els sofridors d'ansietat deixen l'escola abans, es casen més prest, assoleixen menys objectius i són menys actius a la feina, en comparació als seus iguals no ansiosos (Mental Health Working Group on Prevention Research, 1995). Econòmicament, les intervencions clíniques són cares i la situació actual és d'una insuficiència de recursos en la salut mental per a una demanda cada dia major. L'atur, el deixar dies de feina, les possibles hospitalitzacions, la medicació, i les despeses de les pensions s'han de tenir en compte en el càlcul del cost econòmic, si l'ansietat a la infància persisteix en l'edat adulta.

Considerant els problemes associats al tractament de l'ansietat en nins/es i els costos personals i econòmics que ho envolten, és important que investigadors, clínics i organitzacions de la salut mental facin émfasi i treballin entorn a la prevenció de trastorns d'ansietat en infants.

CONTINGUT D'AQUEST MANUAL:

El següent programa consta de les explicacions necessàries per a l'ensenyament de procediments cognitivo-conductuals emprats en la intervenció dels problemes d'ansietat:

- Formació sobre ansietat: reconèixer les diferents sensacions o símptomes d'ansietat i els tres canals de resposta on es poden donar, ensenyar la variabilitat, funcionalitat i interrelació d'aquestes respostes.
- Entrenament en tècniques de control de l'activació: distracció, relaxació i respiració controlada
- Explicar el paper de l'exposició gradual.
- Detecció i modificació de pensaments automàtics negatius.

A continuació se presenten els objectius específics per a cada una de les sessions; 6 en total, d'una durada de 45 a 60 minuts cada una:

- Sessió 1:*
- Què és l'ansietat?
 - Ensenyar a reconèixer les diferents sensacions, símptomes o respostes d'ansietat i els tres canals en que se poden donar (cognitiu, fisiològic i motor).
 - Informar sobre la variabilitat de les respostes d'ansietat i explicar la funcionalitat de cada una d'elles.
 - Identificar les situacions que creen ansietat.
- Sessió 2:*
- Explicar la funcionalitat de les respostes d'ansietat més freqüents (respostes normals interpretades com a respostes d'ansietat).
 - Ensenyar la interrelació de totes les respostes d'ansietat.
- Sessió 3:*
- Destacar el paper de la hipervigilància en l'augment de les sensacions corporals, i de la distracció en la seva disminució.
 - Ensenyar les relacions entre ansietat, preocupació, evitació motora i cognitiva.
 - Explicar el paper de l'exposició gradual.
- Sessió 4:*
- Entrenar en maneig d'ansietat: pràctica de relaxació muscular i de respiració controlada.
 - Introduir el concepte de pensament automàtic negatiu. Generar pensaments alternatius distractors i d'autorreforç i detectar les condicions d'aplicació.

Sessió 5: - Distingir pensaments positius de pensaments negatius i mostrar els seus efectes sobre la tasca.
- Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (no útils) pels positius (I).

Sessió 6: - Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (no útils) pels positius (II).
- Repassar les sessions anteriors.

FORMAT DEL MANUAL:

El manual es divideix en les 6 sessions comentades en l'apartat anterior. En cada una d'elles hi trobam informació per al terapeuta, en la que hi destaquen els objectius de cada sessió i la definició de diferents conceptes bàsics. Aquesta informació se troba emmarcada, al llarg del manual, de la següent manera:

INFORMACIÓ PER ALS TERAPEUTES:

Per altra part, s'inclouen possibles diàlegs del que s'ha de dir als al·lots/es durant la sessió. Aquests se troben enquadrats de la següent manera:

INFORMACIÓ PER ALS AL·LOTS/ES:

Les següents imatges ajuden a destacar visualment els objectius de cada sessió, el material que se necessitarà, a part del manual i dels quaderns d'exercicis dels nins, i els moments en que els nins i nines han de realitzar algun exercici.



objectius



material



exercici

SESSIÓ 1

Els **OBJECTIUS** d'aquesta sessió són els següents:



1. Definir l'ansietat.
2. Ensenyar a reconèixer les diferents sensacions, símptomes o respostes d'ansietat i els tres canals en els que es donen aquestes respostes: cognitiu, fisiològic i motor.
3. Informar sobre la variabilitat de les respostes d'ansietat i explicació de la funcionalitat de cada resposta o símptoma.
4. Identificar les situacions que creen ansietat.



El **material** extra necessari en aquesta sessió és algun tipus d'instrument per fer un renou intens, amb la finalitat de sobresaltar nins/es. Per exemple un xiulet, la tapadora d'una olla (per tirar a terra)...

PRESENTACIÓ ALS AL·LOTS/ES:

Hola, nosaltres som (noms).

Som aquí per ensenyar-vos a reconèixer i a manejar les sensacions de nerviosisme que **tots** tenim (important per a que els nins no es sentin diferents) de manera normal i natural, però que de vegades també les tenim en situacions en les que no seria desitjable, i ens dificulten la realització d'una tasca correctament o no ens deixen fer les coses així com noltros voldríem.

Després de la pròpia presentació dels terapeutes/educadors, tots els nins i nines aniran dient el seu nom i aquests s'apuntaran en col·lumnes, amb espai entre elles, a la pissarra. Exemple:

Aina	Joan	Margalida
Tomeu	Maria	Toni
Bernat	Isabel	Eduard

Després se passarà al primer objectiu: definir l'ansietat.

Objectiu 1:



Qualcú sap el que és l'ansietat?... *(respostes dels nins)*

L'**ANSIETAT** és una reacció que consisteix en sentiments de tensió, nervis i preocupació davant una amenaça real o imaginària. És una resposta normal i adaptativa que prepara al cos per reaccionar davant situacions de perill. Però l'ansietat ens pot duu problemes: quan apareix de manera desproporcionada (massa elevada) i davant perills inexistents, per exemple, ansietat o por a les alçades perquè pensam que caurem per avall. Aquí aprendrem a controlar-la en aquests tipus de situacions.

Com podeu veure a l'esquema dels vostres quaderns, l'ansietat pot ser bona o dolenta, per dir-ho d'alguna manera: la bona és aquélla que ens ajuda a fer front a les situacions; la dolenta és la que no ens ajuda, al contrari: ens dificulta actuar en aquelles situacions que temem o que ens creen malestar.

Objectiu 2:



Fer seure a tots els nins formant un rotlle i fer-los tancar els ulls. Han de pensar en un secret molt íntim d'ells mateixos que no hagin contat mai a ningú. Els terapeutes estiran drets caminant per defora del rotlle. Se'ls dirà que quan un dels educadors toqui l'espatlla d'un d'ells, aquest haurà de contar el secret a tots els altres.

Deixar passar uns 1 minut caminant al voltant del rotlle, i després anunciar que ja poden obrir els ulls i anar a seure al seu lloc. *(Una altra possibilitat: dir que es faran preguntes de cultura general, o de qualsevol assignatura que estiguin cursant, enlloc de contar un secret)*

Un per un aniran dient el que han sentit, pensat o fet durant el minut en què creïen que podrien ser ells els que haguessin de contar el seu secret.

De manera que vagin dient les respostes, un dels educadors les anirà apuntant a la pissarra vora el nom del nin corresponent. Quan tots hagin comentat les seves respostes, s'escriuran a la pissarra 3 col·lumnas més, referents als tres canals de resposta: pensaments (canal cognitiu), sensacions físiques (canal fisiològic), i *comportaments/coses que feim* (canal motor); i s'aniran apuntant davall de cada etiqueta les respostes dels nins (tal i com ho expressin ells). Exemple:

pensaments:

“segur que me toca a jo”

sensacions físiques:

“el cor m'anava aviat”

“les mans me tremolaven”

coses que feim:

“me mossegava les ungles”

En el cas de que quedi alguna columna buida, el terapeuta posarà exemples per poder tenir almenys dos exemples de cada canal de resposta.

S'explicarà que les respostes que han donat els nins són alguns dels símptomes d'ansietat dels que s'ha parlat al principi, i que com poden veure se divideixen en tres grans blocs.

ACTIVITAT:

Seieu tots a terra formant un rotlle... Tancau els ulls i pensau en un secret molt íntim que no hageu contat mai a ningú. Nosaltres anirem caminant al voltant del rotlle i escollirem a algú, al que li tocarem l'espatlle, per a que ens conti a tots el seu secret / *escollirem a algú per a que contesti a algunes preguntes de cultura general.*

RECOLLIDA D'INFORMACIÓ:

Podeu anar a seure al vostre lloc. No volem que cap de vosaltres ens conti el seu secret sinó que ens digueu tots, un per un, el que heu sentit, fet o pensat quan creïu que podrieu ser vosaltres els que haguéssiu de contar el secret.

EXPLICACIÓ DELS TRES CANALS DE RESPOSTA:

Com podeu veure, apareixen diferents sensacions d'ansietat que se solen repetir en la majoria de la gent. Aquestes són les més freqüents, malgrat se'n poden presentar d'altres que ja anirem veient.

Per altra part, totes aquestes respostes del cos se divideixen en tres grans blocs: sensacions físiques, coses que feim i pensaments. Qualsevol símptoma d'ansietat s'inclourà sempre en algun d'aquests tres grups.

Objectiu 3:

Explicar, mantenint la informació apuntada abans a la pissarra, la **variabilitat** de les respostes d'ansietat: mostrar com les respostes són diferents en cada persona i que, per tant no tots tenim les mateixes sensacions.

Encara que algunes sensacions d'ansietat siguin iguals en alguns de nosaltres, no ho són totes, és a dir, no tots tenim les mateixes sensacions d'ansietat: com podeu veure al llistat, en (*nom*) ha sentit el cor accelerat, i ha pensat que li fèia vergonya contar el secret (*posar l'exemple pertinent*), mentre que na (*nom*), ha sentit com li tremolaven les mans i tenia ganes de sortir de l'aula (*posar, també, l'exemple més adequat*).

Per a una millor explicació es farà una altra activitat:



Mentre estiguin distrets amb l'activitat de les “diferències” (veure manual dels nins) es farà un renou intens (per exemple, bufar un xiulet, explotar un globus...), que ajudarà als educadors a explicar la *reacció de fuita-afrontament*.

El coterapeuta es posarà darrera dels nins i farà el renou al cap de 20 segons de que hagin iniciat l'activitat.

Què heu sentit? (...)

Totes aquestes respostes s'han donat des de sempre i són normals i necessàries per a sobreviure. Si es donen és per alguna raó, és a dir, tenen una funció: afrontar la situació (atacar, defensar-se...) o fugir. Per exemple, què fa un moix quan s'espanta? Arqueja l'esquena, estira la cua, se li eriça el pèl... Es prepara per atacar o fugir. Les persones, igual que els animals, reaccionam de manera semblant davant situacions de perill.

Objectiu 4:

Se demanarà als nins que vagin dient altres situacions que els crein ansietat (s'aniran apuntant a la pissarra) i a partir d'aquí se mostraran les **regularitats** respecte a les situacions exposades fins ara: mateixes respostes en les diferents situacions.

Se donarà importància a les situacions d'**incertesa**: que no sapiguem el que passarà sol provocar ansietat.

Dibuix: mateix personatge amb cor aviat i suant, en diferents situacions (alçades i aranya)

...Així, cada persona sol presentar les mateixes sensacions en les diferents situacions que li creen ansietat.

Totes aquestes situacions tenen una cosa en comú: la **incertesa**, el no saber el que passarà. Per exemple: l'ansietat davant un examen és deguda al "no saber" el què ens demanaran i, consegüentment, "no saber" si aprovarem o suspendrem.

SESSIÓ 2

Els **OBJECTIUS** d'aquesta sessió són els següents:



1. Explicar la funcionalitat de les respostes d'ansietat més comuns i de les respostes normals interpretades com a respostes d'ansietat.
2. Ensenyar la interrelació de totes les respostes d'ansietat.

El **material** extra necessari en aquesta sessió és:
un globus per a cada nin i nina.



Objectiu 1:

Es comença recordant la sessió anterior i demanant als nins/es:

- ✓ que vagin dient les respostes d'ansietat que presentaren,
- ✓ i per què creuen que serveixen o a què són degudes.

S'aniran apuntant a la pissarra per a posteriorment explicar la **funció** de les respostes d'ansietat més freqüents o que solen crear més preocupació.

Abans d'explicar cada sensació física, se farà llegir en veu alta a algun dels nins cada un dels requadres que tenen en els seus quaderns, i que se presenten a continuació, per a cada sensació d'ansietat.

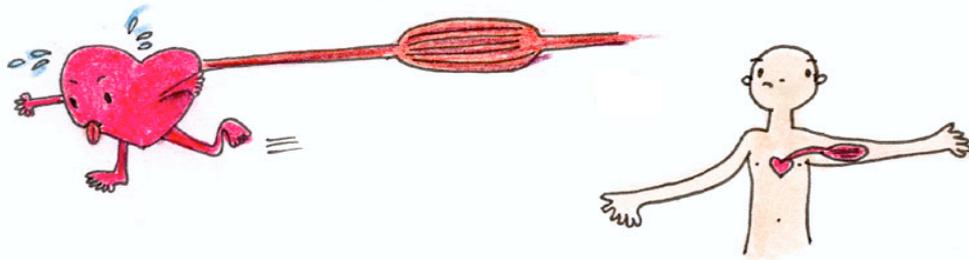
Anau dient sensacions de les parlarem a la darrera sessió.

Per què creis que serveixen? (*reforçar aquelles respostes que s'apropin a la correcta i enllaçar amb l'explicació*)

Ara veurem perquè es donen unes quantes de les sensacions d'ansietat més freqüents. *Tu (nom)* pots començar llegint perquè ens va el cor aviat quan ens posam nerviosos.

1. TAQUICÀRDIA:

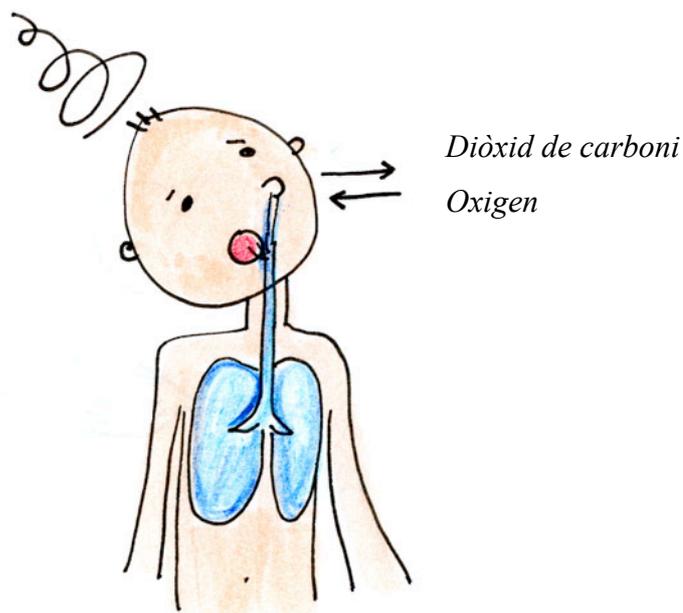
En els moments de nerviosisme o de tensió el cor va més aviat perquè el cos es prepara per defensar-se o fugir i per tant, necessita estar activat. Aquesta activació fa que els músculs necessitin més oxigen. L'oxigen és transportat per la sang, la qual circula a partir del bombeig del cor. D'aquesta manera, la necessitat de major quantitat d'oxigen fa que el cor bombegi més ràpidament, enviant així més sang, i per tant més oxigen als músculs que ho necessiten.



2. MAREIG:

Per a que l'oxigen augmenti respiram més aviat (augment de la freqüència respiratòria). Si ens passam i agafam més aire del necessari, tndrem molt d'oxigen dins el nostre cos i poc diòxid de carboni. Aquest desequilibri entre l'oxigen i el diòxid de carboni és el que provoca el mareig.

Anem a fer una prova:
(veure experiment)





Experiment: *inflar una bufeta. Després demanar què els hi ha passat, si s'han marejat o no...*

3. MAL DE PANXA I VÒMITS:

Quan l'activació dels músculs augmenta la seva necessitat d'oxigen, el cos agafa la sang d'aquells òrgans que en aquell moment no la necessiten tant per enviar-la a aquests músculs més necessitats. D'aquesta manera, disminueix la quantitat de sang de l'estómac, entre d'altres òrgans. Si aquesta disminució és massa gran, fa que l'estómac deixi de funcionar, amb la qual cosa, la seva aturada provoca mal i vòmits.

4. SUOR:

La suor té la funció de refredar els músculs quan estan massa calents. D'aquesta manera, quan el cos nota que hi ha un excés de calentor, recull els líquids necessaris per dur-los a aquests músculs que ho necessiten, en aquests moments, més que els òrgans on es troben (igual que el que passa amb la sang). Per exemple: s'agafa líquid de la boca, la qual cosa fa que, quan estam nerviosos també s'ens pugui secar la boca.

Si no suàssim, se donaria un augment excessiu de la temperatura del cos, de la mateixa manera que quan estam malalts i tenim febre.



Experiment de tensió per explicar el tremolor: estrènyer el puny tan fort com puguin (30 segons o fins que els educadors vegin com tremolen els punys dels nins/es)).

5. TREMOLOR:

Com heu notat, al mantenir en tensió el puny, aquest vos ha començat a tremolar. La quantitat d'oxigen que arriba al múscul quan aquest s'activa per defensar-se o fugir, sol ser excessiva, i per tant, més elevada del que aquest necessita. Això és el que provoca el tremolor.

INTERPRETACIÓ DE LES RESPOSTES D'ANSIETAT.

Interpretació de les respostes normals del nostre cos quan no estam nerviosos.

- Els nins aniran dient situacions en les que hagin sentit alguna d'aquestes sensacions sense estar en tensió.
- Apuntar les situacions a la pissarra devora la sensació corresponent.
- Mostrar les relacions entre les sensacions i la situació en que ocorren.

Totes aquestes respostes se donen en altres situacions en les que no hi ha motius per estar nerviós, com les que heu anat dient fins ara. Però, el fet de no saber per què estan passant en aquell moment pot fer que ens posem nerviosos. Així, alguns exemples de sensacions lligades a situacions no ansiògenes són:



· **Taquicàrdia:** haver fet exercici físic, amb el que se necessita una major activitat dels músculs.

Experiment: fer-los aixecar de la cadira i botar sense moure's del lloc uns 30 segons, per a que després puguin comprovar com el cor els hi batega més aviat.

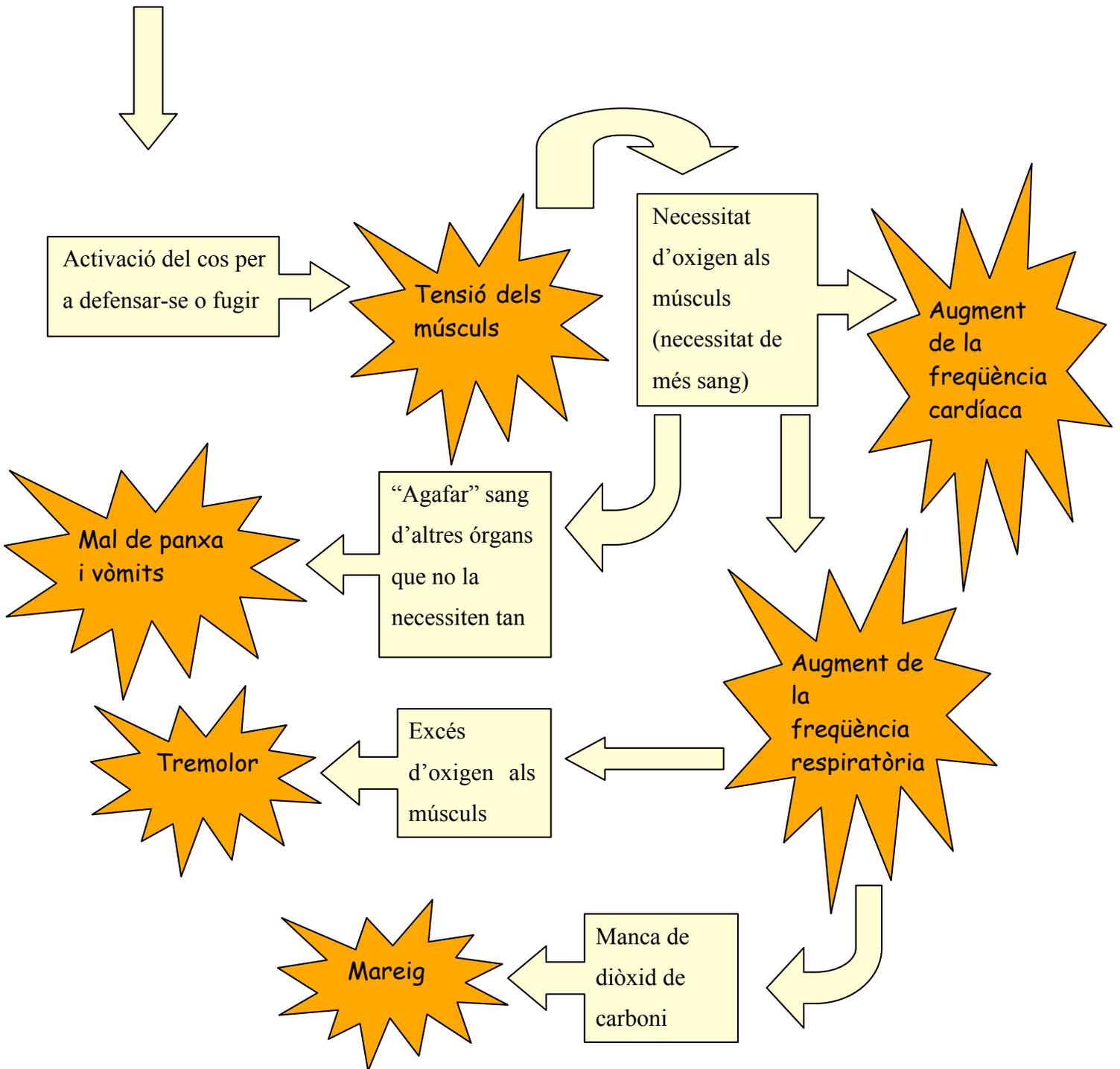
- **Mareig:** quan fa temps que no s'ha menjat i hi ha una disminució de glucosa en sang, o quan se respira massa aviat.
- **Mal de panxa, vòmits:** haver menjat alguna cosa dolenta que cau malament.
- **Suar, mareig i manca d'aire:** canvi bruscat de temperatura ambiental que fa canviar el funcionament del cos.

Objectiu 2:

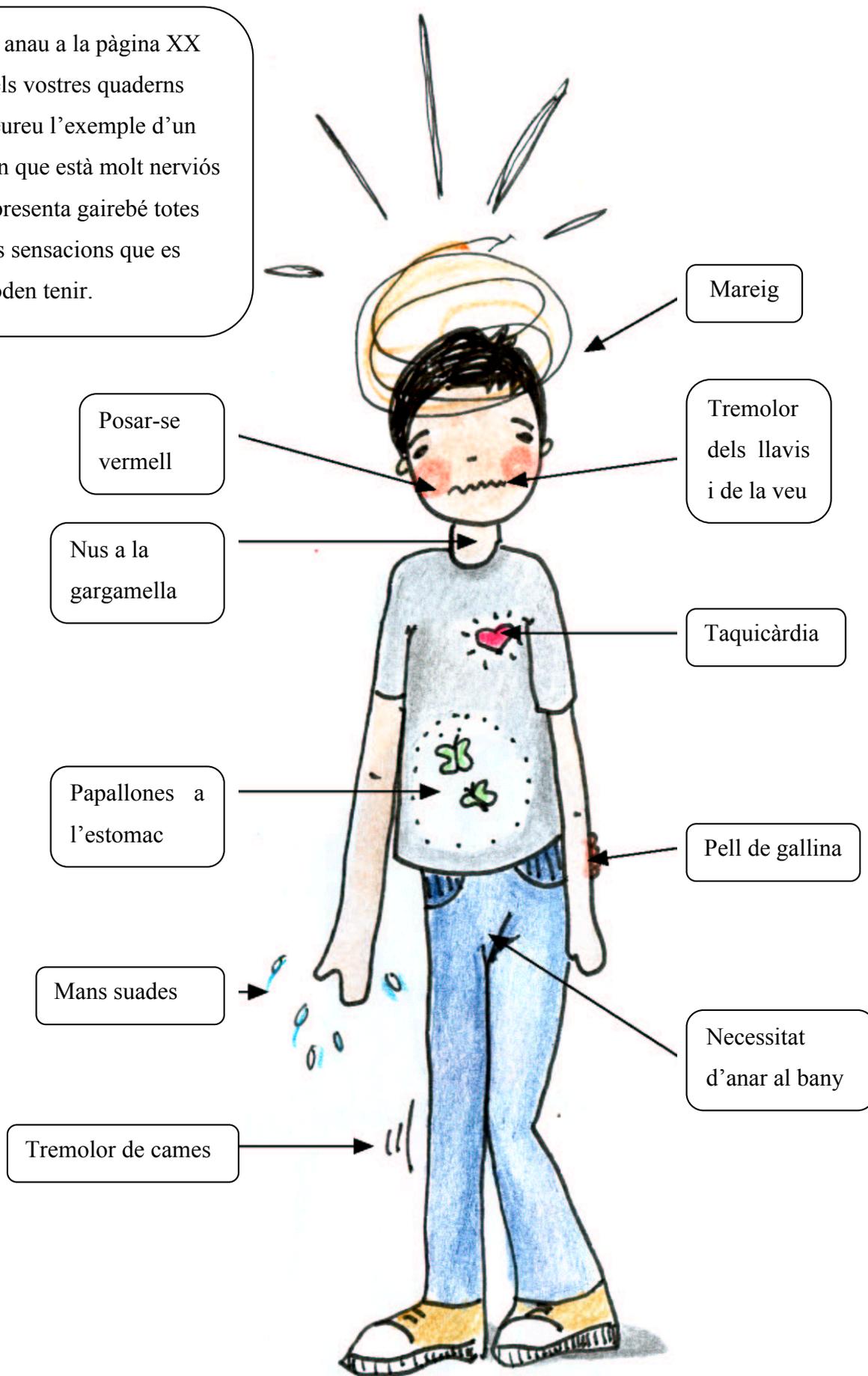
Explicar la gràfica que representa la relació entre les respostes d'ansietat.



Davant una bomba...



Si anau a la pàgina XX dels vostres quaderns veureu l'exemple d'un nin que està molt nerviós i presenta gairebé totes les sensacions que es poden tenir.



SESSIÓ 3

OBJECTIUS:

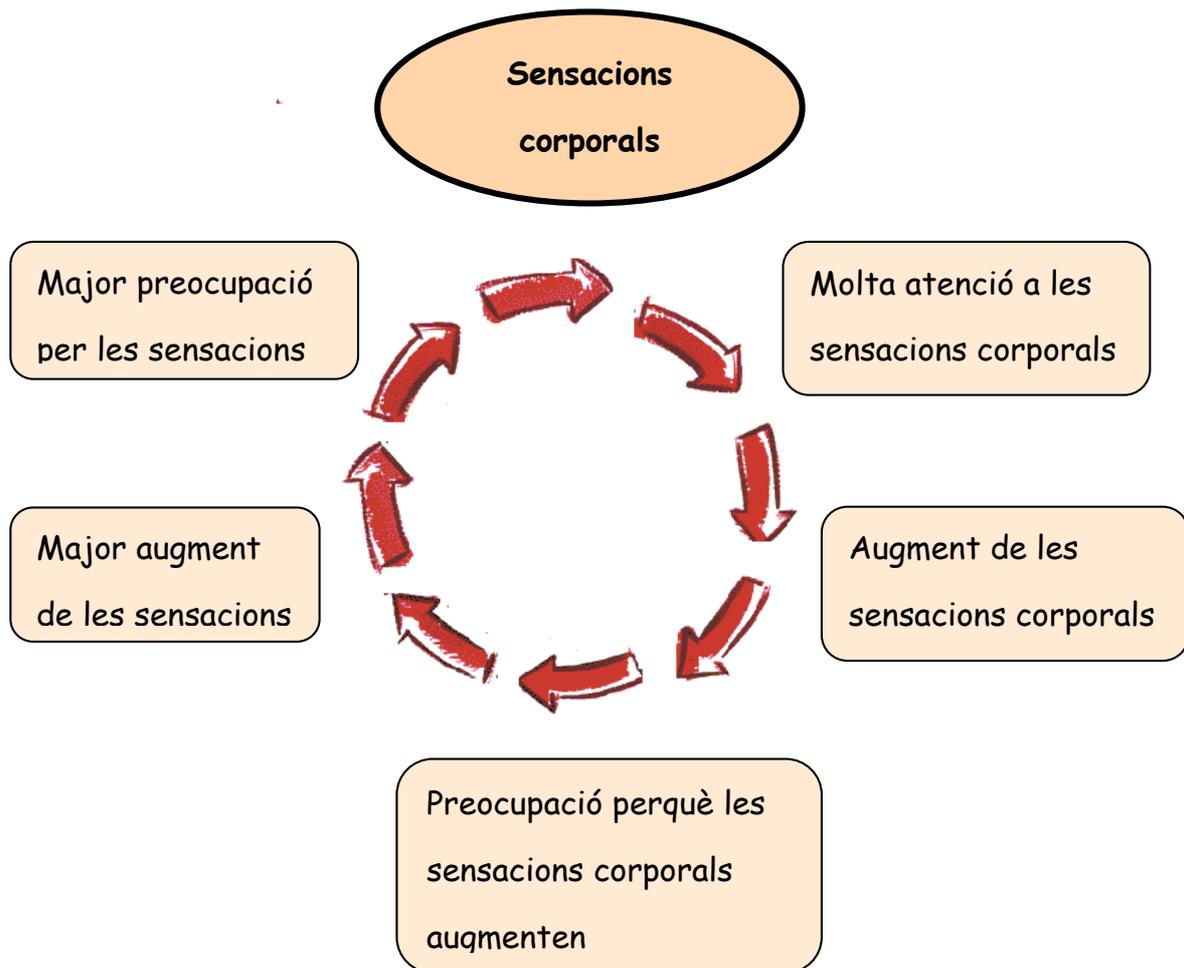


1. Destacar el paper de la hipervigilància en l'augment de les sensacions corporals, i de la distracció en la seva disminució.
2. Ensenyar les relacions entre ansietat, preocupació, evitació motora i evitació cognitiva.
3. Explicar el paper de l'exposició gradual.

Objectiu 1:

L'atenció a les sensacions físiques manté una relació directa amb la intensitat d'aquestes: a major atenció a les sensacions, major serà la seva intensitat; i a menor atenció, menys intensitat. Per aquest motiu, la **distracció** (la disminució de l'atenció) ens ajudarà a minvar aquelles sensacions que ens molesten o ens semblen desagradables, o si més no, a que aquestes no ens preocupin.

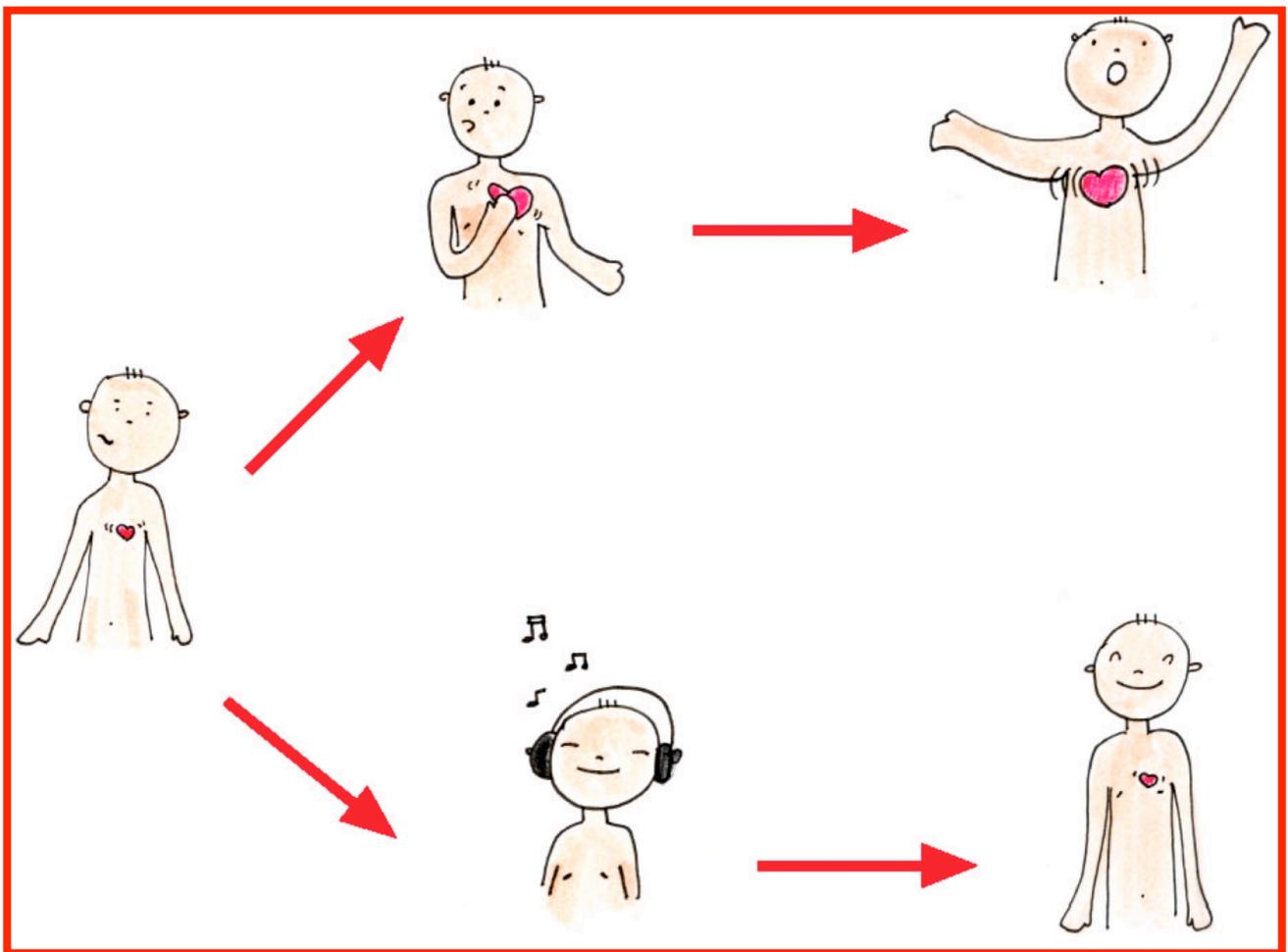
Si param atenció a les nostres sensacions corporals, podrem notar com aquestes augmenten. El fet de preocupar-nos per les sensacions és una manera de parar-hi atenció, fent això que augmentin, i aconseguint a la vegada, que ens preocupem més. Seria com un peix que se mossega la cua.



- *Experiment*: centrar-se amb el parpelleig. Fer-lo conscient (durant 1 minut). Demanar als nins què els ha passat, si s'han adonat que el parpelleig augmentava, etc.
- Repetir l'experiment introduïnt als 45 segons de parpelleig una tasca distractora: contar cap enrera a partir de 100, de 7 en 7 (30 segons).

Explicar el paper de la DISTRACCIÓ:

La distracció és una forma de minvar les sensacions corporals negatives (per exemple, el cor accelerat) o la preocupació que aquéstes ens creen. És a dir, si ens distreim realitzant alguna tasca en el moment que sentim alguna sensació desagradable, enlloc de parar-hi atenció, aquesta sensació disminuirà o fins i tot desapareixerà. Un exemple seria escoltar música quan es fa jooging per minvar la sensació de cansament.



Objectiu 2:

L'**afrentament** és qualsevol activitat que l'individu pot posar en marxa, amb la finalitat d'afrentar-se a una determinada situació.

Els recursos d'afrentament de l'individu estan formats per tots aquells pensaments, interpretacions, conductes, etc. que l'individu pot desenvolupar per tractar d'aconseguir els millors resultats possibles en una determinada situació, tot i que de vegades no siguin els més adequats. Davant una situació estressant, o en la que la persona se sent ansiosa, aquesta sol reaccionar de forma inadequada.

Començarem aquesta segona part de la sessió demanant als nins i nines què solen fer en situacions de perill, per així mostrar els recursos d'afrentament inadequats que normalment se duen a terme.

Els nins aniran dient tipus de mecanismes d'afrentament que s'escriuran a la pissarra en tres col·lumnes, en funció de si és una conducta d'evitació, fuga o preocupació. Exemple:

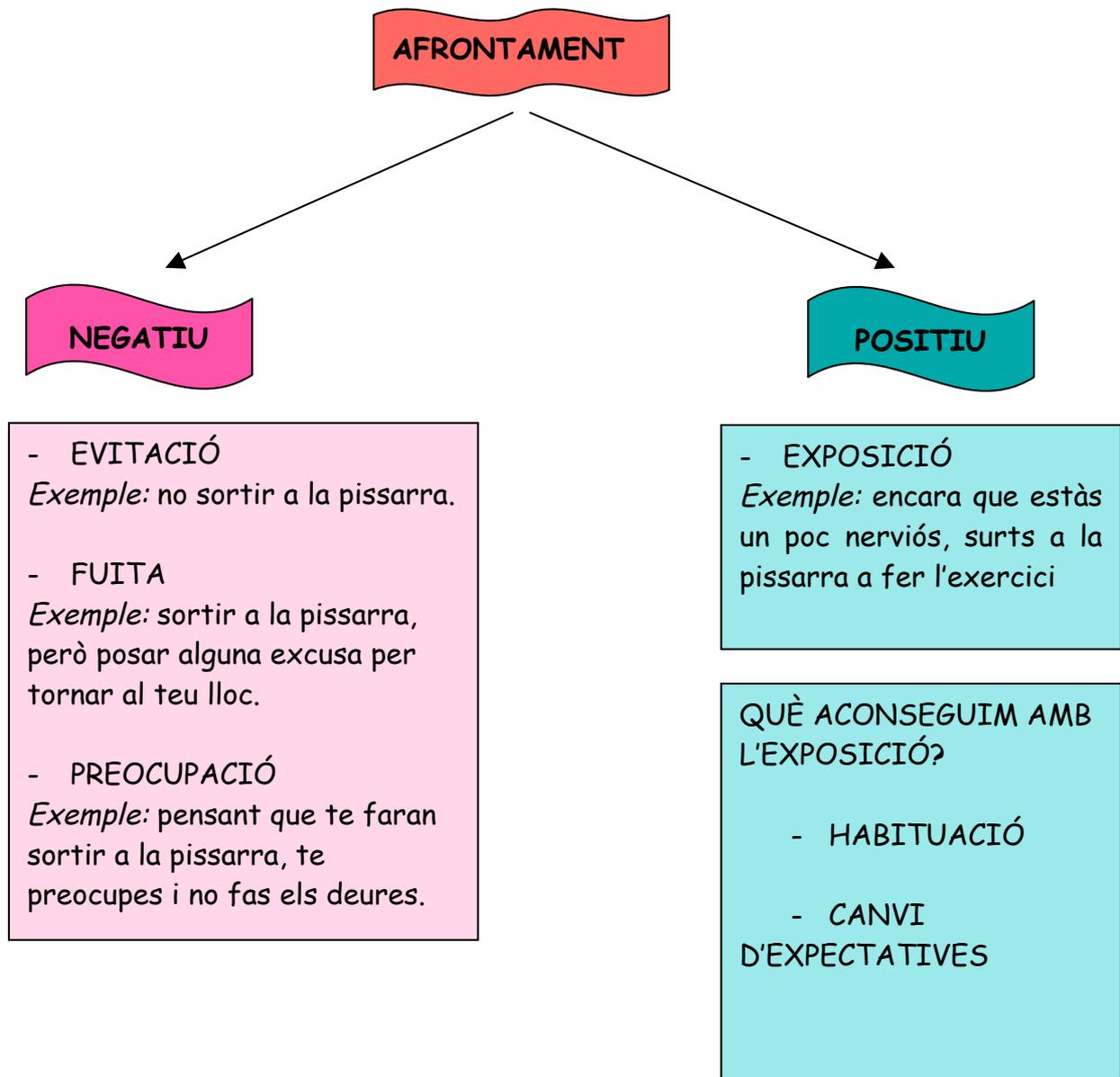
<i>Evitació</i>	<i>Fuita</i>	<i>Preocupació</i>
No pujar en ascensor (en cas de por als llocs tancats)	Entrar dins l'ascensor, però sortir abans de que es tanquin les portes.	Preocupar-se per un examen, fent això que no estudiï.

Què soleu fer vosaltres en una situació que vos fa por? Per exemple parlar a classe, davant un ca, si vos fan por... (posar altres exemples en cas de que no siguin suficients).

Tot això ho podríem incloure en la següent classificació:

- a.- Evitar.
- b.- Fugir.
- c.- Preocupar-se.

Aquestes formes d'afrontar les situacions són negatives i per tant no són les més adequades, com podeu veure a l'esquema que teniu a la pàgina 14 dels vostres quaderns. Ara veurem els motius.



a.- EVITACIÓ:

L'evitació suposa no exposar-se al que temem. Aquésta pot ser:

- ✓ **física**: no anar als llocs on la persona preveu que experimentarà nivells elevats de malestar.
- ✓ **de pensament** (cognitiva): intents que fa la persona per no pensar amb allò que li fa por.

...Però l'evitació dels pensaments no és tan senzilla, com tampoc no ho és la seva exposició.



Exercici 1: "Pensem en un camell"

Diàleg: "Tancau els ulls i intentau pensar en un camell -té un gep- (durant 2 minuts). Cada vegada que el camell desapareixi del vostre cap, aixecau la ma..."

"Com ha anat? Ha estat fàcil mantenir el camell al cap?"

Exercici 2:

"Ara tancau els ulls i intentau no pensar en el camell (durant 2 minuts). Aixecau el dit cada vegada que apareixi un camell en el vostre pensament"

"Què ha passat? Ha estat difícil mantenir el pensament del camell allunyat?"

"Els nostres pensaments són lliures, espontanis i involuntaris. Quan més intentem no pensar en alguna cosa, més freqüentment ens vindrà al cap.

El problema és que sobrevaloram excessivament (com a perillosos...) aquests pensaments: els hi donam massa importància i per això ens preocupam.

Així, no hem de voler controlar ni dominar aquests pensaments que ens preocupen, ni tampoc hem de voler eliminar-los, sinó que hem d'intentar no parar-lis excessiva atenció, i distreure'ns".

L'evitació per a la persona té avantatges i desavantatges:

- *Avantatges a curt termini:* els símptomes de l'ansietat són desagradables, per la qual cosa, si evitam allò que ens fa por, els símptomes ja no apareixen i deixam d'estar nerviosos, tranquilitzant-nos.
- *Desavantatges a llarg termini:* l'ansietat torna a aparèixer cada vegada que ens trobam amb la situació temuda, i aquesta, no sempre la podrem evitar.

Què passaria si no evitàssim (I)? (*mecanismes que fan que l'exposició funcioni*):

- *Habitució:* es defineix com a la reducció de la por en resposta a senyals a les que un subjecte es veu exposat repetidament (sobretot en períodes perllongats). (per a terapeutes)
“No ens acostumam a patir els símptomes ansiosos, si ho féssim, descobriríem que no són tan perillosos”. (per a nins)

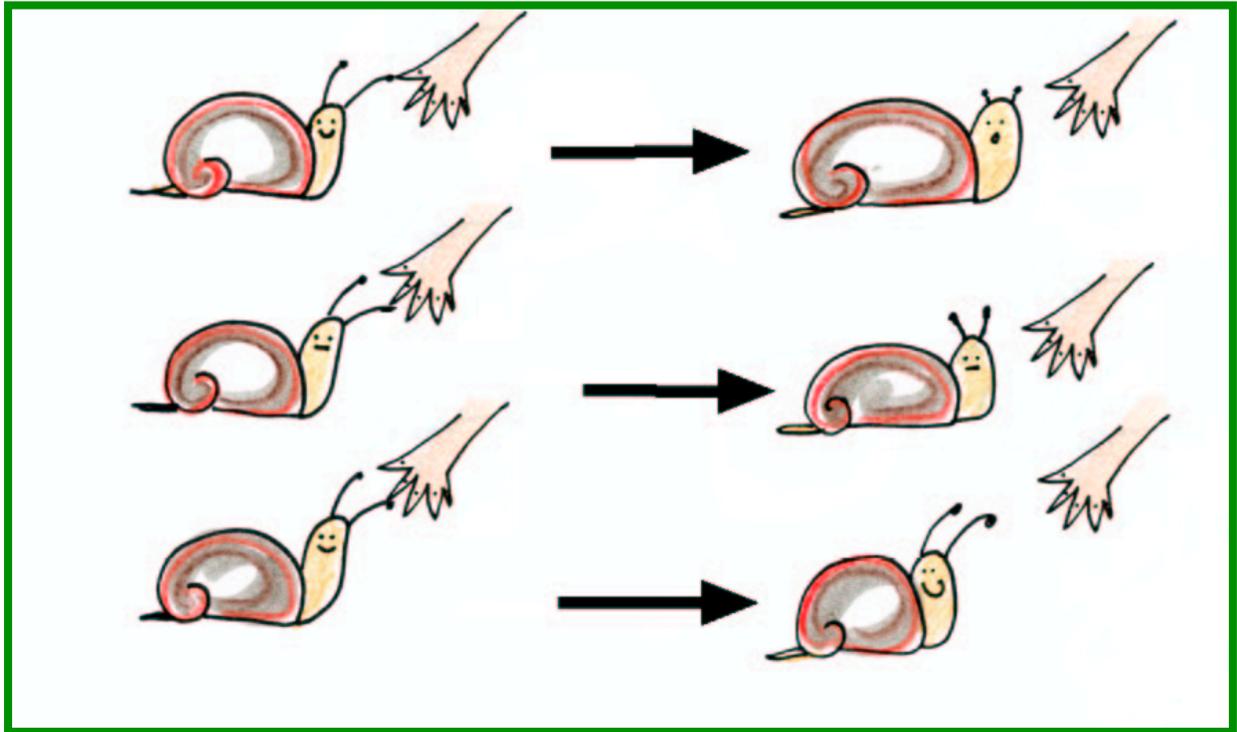
Per exemple: si tocam les antenes a un caragol, tot d'una les amagarà, però si les seguim tocant, arribarà un moment en que ja no les amagarà perquè s'hi ha acostumat. (*dibuix caragol i dit tocant antenes a la pàgina següent i al quadern dels nins*)

Un altre exemple és quan entram a un lloc on fa mala olor. En el primer moment la notam molt, però si seguim allà, poc a poc, arribam a no olorar-la.

Corba d'ansietat: l'ansietat té un punt màxim en el que ja no augmenta més per raons adaptatives. Posteriorment davalla i torna a la normalitat. (*dibuixos*)

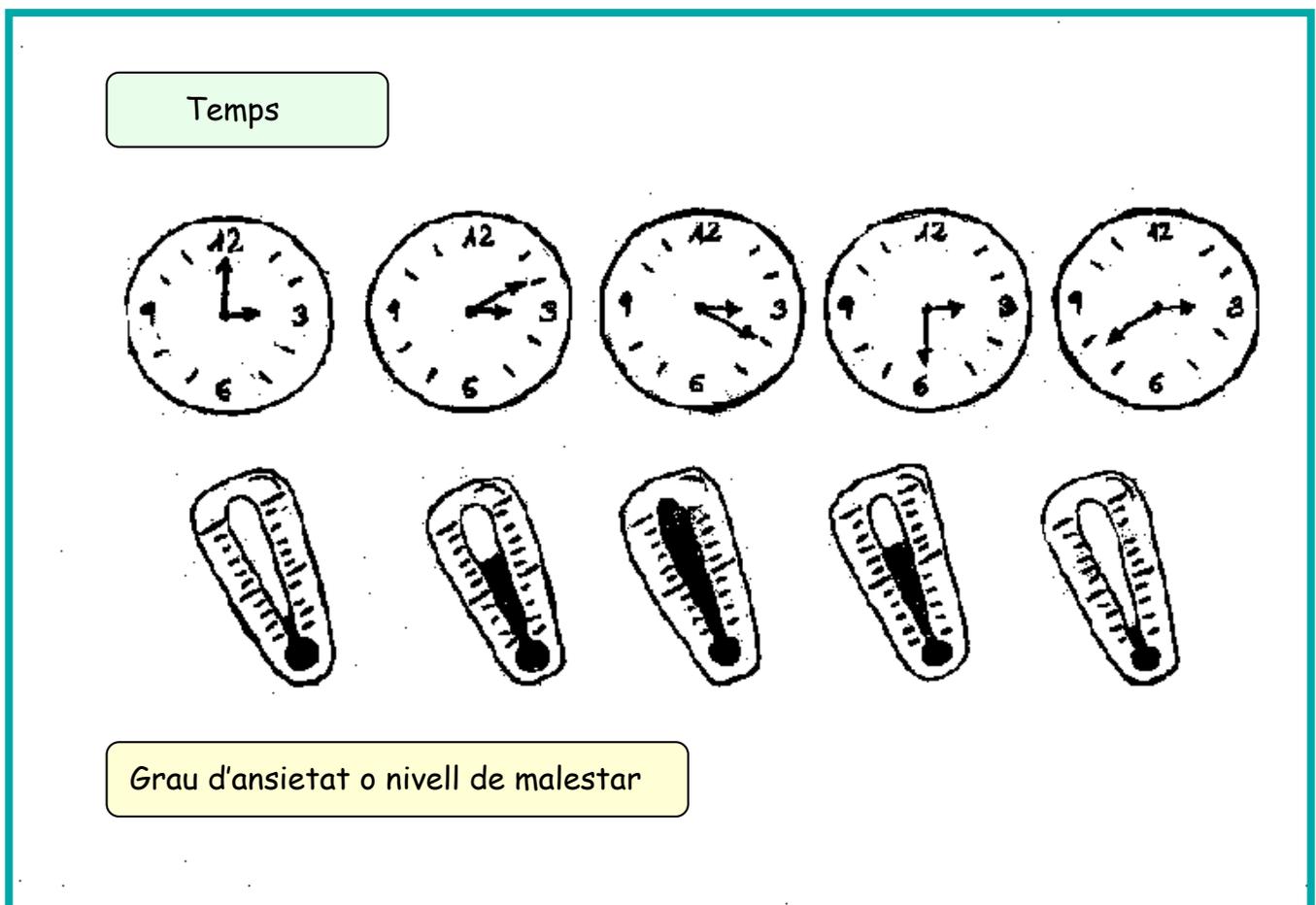
HABITUACIÓ

De la mateixa manera que el caragol s'acostuma al contacte de les nostres mans tot i que inicialment li són molt desagradables, les persones també som capaços d'habituar-nos a les situacions i sensacions d'ansietat que inicialment ens semblen desagradables.



QUANT DE TEMPS ESTARÉ MALAMENT?

Si ens exposam a les situacions que ens creen ansietat sentirem malestar, i fins i tot pot ser que intentem fugir per por que ens pugui passar alguna cosa. Però si hi fessim front durant una estona, sense evitar-ho, veuríem com els símptomes de l'ansietat s'anirien reduïnt poc a poc, i que no passaria res. Així quant més temps fem front a les situacions que temem més disminuirà la por. A la llarga, afrontar el que ens fa por serà molt més beneficiós que sortir corrent. Endavant !!



Què passaria si no evitàssim (II)?

• *Canvi d'expectatives/de pensaments*: si evitam el que ens resulta desagradable, no donam ocasió als nostres pensaments per a que canviïn respecte a la situació negativa, seguim pensant que allò és perillós. En canvi, si ens hi exposam, descobrim que no és tan dolent, afavorint així un canvi dels nostres pensaments.

Per exemple: si a algú li fa por pujar a un arbre, no ho farà perquè pensa que caurà. D'aquesta manera, si no hi puja no té la possibilitat de comprovar com realment no cau.

1. Na Marta no vol pujar a l'arbre: li fa por perquè pensa que caurà.

2. Na Marta sap que el millor que pot fer és **EXPOSAR-SE** al que li fa por, així que puja a l'arbre i s'adona que estava equivocada: no cau, i a més li agrada molt tot el que veu des d'allà dalt.

3. Ara, quan na Marta veu un arbre, ja no li fa por pujar i recorda el divertit que és fer-ho.

b.- FUITA:

En aquest cas, la persona s'exposa a la situació temuda, però quan és allà fuig, se'n torna. D'aquesta manera, tampoc deixa que es donin l'habitució i el canvi d'expectatives. Per exemple, en l'esquema que hem vist de la corba d'ansietat, abans de que el malestar disminuís, o abans de que arribàs al punt màxim, la persona fugiria i no deixaria que l'ansietat seguís el seu curs. D'aquesta manera, la següent vegada que se trobàs davant la situació temuda, l'ansietat tornaria a pujar fins al seu punt màxim.

c.- PREOCUPACIÓ:

Preocupar-nos suposa pensar en el que ens posa ansiosos. Moltes vegades, quan pensam en el problema (que ens posa nerviosos), no el resolem. D'aquesta manera, la preocupació seria una forma d'evitació.

Per exemple: si hem d'estudiar 5 temes per al cap de dos dies i sorgeix alguna activitat que ens impedeix estudiar ens preocupam, i deixam de resoldre l'activitat i d'estudiar. La preocupació és per ella mateixa una font nova de problemes.

Objectiu 3:

Afrontament adequat: EXPOSICIÓ

Què és l'exposició?

Són aproximacions graduals (a poc a poc) i successives (de manera ordenada), a una situació temuda concreta. Per això, és adequat elaborar una **jerarquia**. Aquesta, se basa en la idea de que una situació o objecte que produeix ansietat està format per diferents parts (estímuls) o variacions, que se poden organitzar (jerarquitzar-los) en funció de les seves capacitats per produir ansietat. D'aquesta manera, se pot fer una escala amb aquestes parts o variacions del que ens fa por, des de la que crea menor malestar a la que en crea més. L'exposició s'iniciaria amb els nivells de la jerarquia que generassin menor malestar, avançant successivament, de manera que el malestar anàs disminuïnt, fins als nivells que en generassin més. Seria com si per obrir una porta, haguéssim de pujar abans una escala d'escaló en escaló.

Un altre exemple, per a entendre-ho millor, seria: els equips de futbol de primera divisió comencen fent una pretemporada, amb partits amistosos, contra equips més fluixos. Després comencen la lliga, i altres competicions més importants (la Copa del Rei, la UEFA, la Lliga de Campions...) Així, comencen amb partits poc importants, i de manera que se van entrenant i posant en forma continuen amb els més importants.

Posteriorment a l'explicació del que és l'exposició i de la forma més adequada de dur-la a terme, se practicarà l'elaboració d'una jerarquia.

- ✓ Primer se posarà un exemple d'una jerarquia ja feta, en funció de la distància, per por de les aranyes.
- ✓ Després s'ajudarà als nins i nines a realitzar una jerarquia per a alguna cosa que els hi fagi por a cada un d'ells, començant per fer el llistat d'estímuls temuts (relacionats amb una sola situació temuda), continuant amb la puntuació de cada una d'ells, per acabar ordenant-los.

Exemple de jerarquia per al terapeuta: exposició a les aranyes. Jerarquia en funció de la distància.

Imaginaireu-vos que jo tengués por a les aranyes i que me fessin més por si estiguessin més aprop de jo.

En aquest cas faria una jerarquia semblant o igual a la que segueix:

1. Mirar de lluny la imatge d'una aranya (3 metres).
2. Mirar de prop la imatge d'una aranya (1 metre).
3. Mirar una aranya viva a una distància de 3 metres, dins una capsa.
4. Mirar una aranya viva a una distància de 1 metre, dins una capsa.
5. Tocar la capsa on hi ha l'aranya.
6. Posar el dit dins la capsa on hi ha l'aranya.
7. Posar la ma dins la capsa deixant que l'aranya corri damunt la ma.
8. Treure l'aranya de la capsa amb les mans.
9. Agafar amb les mans una aranya de la paret.

La dinàmica és exposar-se a cada una de les 9 situacions, en aquest cas, fins que l'ansietat disminueixi de manera considerable. Per exemple, en una escala d'1 a 10 de malestar subjectiu, fins que el nin es trobi amb un grau 2.

Ara posareu un exemple, cada un en el vostre quadern, d'alguna situació, animal o fet que vos resulti desagradable. Després, fareu un llistat de situacions diferents on aparegui el que temeu, i les ordenareu de menor a major segons el grau de malestar. Si teniu algun dubte aixecau la ma i vos el resoldrem individualment.

Posteriorment, cada al·lot/a llegirà la seva jerarquia en veu alta i s'aniran comentant totes amb el grup.

SESSIÓ 4

OBJECTIUS:



- 1.- Entrenar en maneig d'ansietat: pràctica de relaxació muscular i respiració controlada.
- 2.- Introduir el concepte de pensament automàtic negatiu. Generar pensaments alternatius distractors i d'autoreforç, i detectar les condicions d'aplicació.

Objectiu 1:

El nostre cos és un amic que ens diu quan estam preocupats o nerviosos mitjançant senyals. Quan ho fa, nosaltres podem posar en marxa estratègies per a ajudar-lo.

El que farem avui serà aprendre una sèrie d'exercicis que vos ajudaran a disminuir l'ansietat.

RESPIRACIÓ CONTROLADA

En condicions de tensió, moltes persones tendeixen a respirar de manera massa ràpida i/o profunda. Si aquesta forma de respirar s'allarga molt de temps, apareixen sensacions físiques desagradables: dificultats per respirar, el cor va molt aviat, dolor o malestar en el pit, mareig, suor, tremolors... Respirar de forma correcta ajuda a sentir-se millor.

La majoria de persones respiren només eixamplant i contraient el seu pit, o fins i tot, aixecant les espatlles per omplir al màxim els pulmons. Però aquest tipus de respiració ens resulta insuficient i inadequada.

En canvi, la respiració abdominal (inflant la panxa) és la que permet amb menys esforç, un millor funcionament del nostre cos.

Aquest tipus de respiració és el que avui aprendrem a fer.

Posam tots una mà damunt el pit i una altra damunt la panxa. Ara agafarem l'aire a poc a poc (durant 3 segons), sense que el nas faci renou, i les dues mans han d'anar pujant de manera que vagi entrant l'aire. Primer s'inflarà el pit, i després la panxa. Respirau de manera natural, sense forçar. Després treurem l'aire, desinflant primer la panxa i després el pit (durant 3 segons). També de manera lenta i natural, sense fer renou. Feis una breu pausa abans de tornar a inspirar (1 segon).

Recordau que una respiració controlada no significa una respiració profunda.

Primer ho farem noltros. Estau atents a com ho feim, i després ho farem tots junts”.

Els terapeutes mostraran com fan 3 respiracions. Després nins i terapeutes faran 6 respiracions(?).

RELAXACIÓ

Com vàrem aprendre a la darrera sessió, la tensió forma part d'un cercle en el que se donen diferents respostes d'ansietat poc agradables, com l'augment de la freqüència cardíaca, el tremolor, etc. La tècnica de la relaxació que aprendrem a posar en pràctica seguidament, produeix els efectes contraris a l'activació. D'aquesta manera, quan el cos ens doni senyals de que està nerviós, aplicarem la relaxació i ens sentirem molt millor.

La dinàmica a seguir és primer tensar i després amollar els músculs amb els que estiguem treballant.

Aquí només treballarem amb unes quantes parts del cos per a que aprengueu com fer-ho, però ho podem practicar amb qualsevol múscul del cos.

Començarem amb el **BRAÇ DRET** (per a aquells que siguin esquerrans, emprau el braç esquerre). Posau la ma damunt la taula, així com ho feim noltros (els terapeutes mostraran com fan força amb la ma damunt la taula del mestre), i empenyeu cap a baix amb força. Manteniu la tensió durant uns 5 segons, fixant-vos amb la rigidesa dels músculs, amb la incomoditat... Ara deixau de fer força, a poc a poc, relaxant la ma, amollant-la, notant com la sensació és molt més agradable. Ara que ja sabeu com es fa repetirem l'exercici unes quantes vegades (es repetirà l'exercici 3 vegades). Quan vos digui **tensau!**, tensareu la ma empenyent damunt la taula. Quan vos digui **relaxau!** amollareu la ma, igual com ho acabam de fer.”

Exemple de diàleg per a un exercici: “**Tensau!**, notau la força als músculs de la ma i del braç, fixau-vos amb el desagradable de la sensació... molt bé, **Relaxau!** amollau la ma a poc a poc, deixant que lentament reposi sobre la taula... Fixau-vos en l'agradable que és la sensació de repòs, de relaxació... la diferència amb la sensació de tensió”

Continuarem amb la **CAMA DRETA** (esquerre per als esquerrans). Aixecau el taló i empenyeu el peu cap a baix amb la punta, tan fort com pogueu, així com ho feim noltros. Molt bé, ara deixau caure el taló al terra, per a dur-lo a la posició inicial, lentament, relaxant de manera progressiva tota la cama. Molt bé. Repetirem l'exercici unes quantes vegades, igual que abans (3 vegades).

Tensau! fixau-vos en la contracció de la cama, del peu, la incomoditat de la posició... (5 segons). **Relaxau!** tornau el taló a terra, poc a poc... notau la diferència amb la tensió... molt bé (5 segons).

Passarem als músculs de la **CARA**: Tancau els ulls fent força i arrufau el nas com ho faríeu si sentíssiu una mala olor. Així (ho fan els terapeutes). Després amollau i tornau la cara al seu estat normal. Molt bé. Anem a fer-ho unes quantes vegades (3 vegades).

Tensau! notau la incomoditat de la part superior de la cara, fixau-vos amb el malestar... Molt bé.

Relaxau! deixau que els músculs torenin al seu lloc sentiu el benestar que estau aconseguint sense cap esforç. Molt bé!

Moltes vegades tenim els músculs tensos sense donar-nos compte i això ens provoca sensacions desagradables com les experimentades durant els exercicis. El que volem és que aprengueu a notar quan teniu els músculs tensats i apliqueu la relaxació per estar menys nerviosos i sentir-vos millor.

Recordau que per això és necessari practicar a casa els exercicis de tensió- relaxació, per poder detectar la tensió dels músculs en situacions de la vida quotidiana i *amollar-los*.

Objectiu 2:



Els nins realitzaran l'exercici de la pàgina X dels seus quaderns (trobar les faltes d'ortografia d'un text en Anglès), per introduir el concepte de pensaments automàtics davant la resolució de qualsevol tasca.

Després de l'exercici demanarem als nins, un per un, el que han pensat a l'inici de l'exercici. Apuntarem els pensaments a la pissarra en dues llistes: una de pensaments positius (útils) i l'altra de pensaments negatius (no útils).

Exemple:

- No acabaré de llegir-ho tot	- Què fàcil!
- No entendre res	- Segurament acabaré el primer
- No trobaré totes les faltes	- No sé massa anglès, però ho intentaré

Després de fer les llistes, se demanarà als nins què veuen en comú en els pensaments de cada una d'elles. A partir d'aquí s'escriurà a les caselles de dalt:

Pensaments negatius (inútils)	Pensaments positius (útils)
-------------------------------	-----------------------------

Segurament, tots els que heu tengut pensament negatius, vos ha estat més difícil llegir i entendre el text, en canvi, si els pensaments han estat positius, segurament heu realitzat la tasca amb més facilitat. Amb tot això, volem que vegeu que hi ha pensaments que vos ajudaran a realitzar les tasques, i d'altres que faran que aquestes semblin més difícils. A la pròxima sessió aprendrem a eliminar els pensaments negatius, i en el seu lloc utilitzar pensaments positius.

SESSIÓ 5

OBJECTIUS:



- 1.- Distingir pensaments positius de pensaments negatius, i mostrar els seus efectes sobre els sentiments i sobre la tasca.
- 2.- Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (no útils) pels positius (I).

Nota: En les sessions 5 i 6, els exercicis proposats per a la modificació dels pensaments negatius poden no coincidir exactament amb els que tenen els joves als seus quaderns. En aquests casos, fer servir el quadern dels joves com a guia

Objectiu 1:

Allò que ens diem a nosaltres mateixos abans i després d'un esdeveniment és un determinant molt important de la nostra manera d'actuar. La gent creu que les situacions són les que desencadenen les emocions (el que sentim).

Però, com s'explica que un mateix fet provoqui sentiments contraposats?

Els esdeveniments es relacionen amb les emocions, però el principal determinant d'una emoció en particular no és la situació, sinó la valoració que realitzam de la mateixa. En principi, la majoria d'estudiants consideren positius els aprovats i negatius els *suspensos*. Però, la mateixa qualificació acadèmica pren valors oposats depenent de l'alumne. Un 5 és un èxit per a un alumne que creia haver suspès, però és un fracàs per un company que esperava un excel·lent. El primer dona salts d'alegria, i el segon es posa a plorar i es decepciona. Així doncs, la intensitat de les reaccions humanes és molt diferent, i canviarà en funció dels nostres pensaments.

A continuació presentam un exemple d'aquesta relació entre pensaments i sentiments:

Situació: “El meu millor amic me diu que està enfadat amb jo”

Si pens:

- M'he quedat sense amics

- Ho fa per empipar-me

- Se li passarà i aviat farem les paus

Me sent:

- Trist

- Enfadat

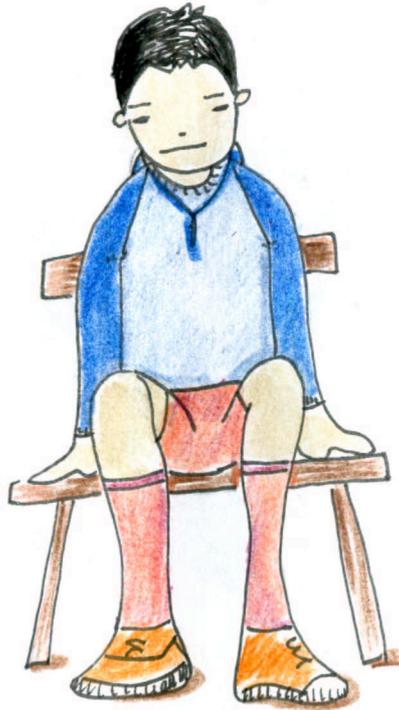
- Bé

EXERCICI 1: Ara provau de fer-ho vosaltres. Empleneu la columna central amb el pensament que dóna lloc al sentiment que apareix a la darrera columna.

SITUACIÓ	PENS	ME SENT
El meu germà gran no me deixa els seus CD de música.		Enfadat.
Ens ha tocat un viatge per a tota la classe en un sorteig.		Content.
Convit al meu millor amic, però no ve a la meva festa d'aniversari.		Trist.

EXERCICI 2: En Jaume està esperant per xerrar amb el director. No fa molt bona cara, però no sabem el que està pensant. Escriviu el que creis que està pensant, o el que vosaltres pensaríeu si vos trobasseu en el seu lloc.

PENSAMENT:



SENTIMENT:

Quin tipus de pensament heu escrit, positiu o negatiu? A partir d'aquest pensament, com creis que vos sentiríeu? Posau-ho en el reuadre de baix del dibuix.

Llegiu en veu alta el següent paràgraf (**pensar de manera positiva**) al grup, per mostrar els efectes positius sobre els sentiments i sobre la tasca d'aquesta manera de pensar. Començau l'explicació de la següent manera:

La primera reacció davant una situació que ens crea malestar o ens posa nerviosos se sol presentar en forma de pensaments negatius, i aquests no ens serveixen per res: **SÓN INÚTILS**. En canvi, pensar de manera positiva és **MOLT ÚTIL**: ens ajuda a disminuir el malestar i a afrontar de manera adequada la tasca que anem a realitzar. Un exemple que vos ajudarà a entendre-ho és el que li passa a en Llorenç:

PENSAR DE MANERA POSITIVA:

Quan me trob davant una situació que me posa nerviós, que me fa estar preocupat, etc. és bo que escolti el meu cos, me relaxi i crei pensaments positius. Per exemple, abans de fer un examen, normalment me pos nerviós... me suen les mans, la panxa me fa renou i el cor me va molt aviat. De vegades me sorprend a mi mateix dient coses com: "crec que suspndré aquest examen... I si oblid tot el que he après?" Però després escolt els senyals del meu cos, i intent relaxar-me fent-me preguntes com "És probable que suspengui aquest examen?", i me contest: "Mai he suspès un examen abans. Jo sempre duc bones notes i he estudiat molt durant els darrers dies... De tota manera, si ho faig malament no serà la fi del món... L'important és centrar-me en el que faig bé. A més, no tenc perquè ser perfecte". Pensant de manera positiva me sent menys nerviós i preocupat, i puc concentrar-me millor en l'examen.

Objectiu 2:

A partir dels següents exercicis s'ensenyarà als al·lots i al·lotes a generar pensaments positius i a substituir els negatius per aquests. Per això, començaran aprenent preguntes que els ajudaran a pensar de manera positiva.

Ja sabem que pensar de manera negativa només ens serveix per estar pitjor, motiu més que suficient per aprendre a pensar en positiu. Pot semblar difícil, en un moment crític per a nosaltres, aconseguir pensaments positius, però si tenim la *fórmula* de com fer-ho ens resultarà molt fàcil.

- ✓ Així, el primer que heu de fer és donar-vos compte de que el pensament és negatiu, cosa que sabreu si, com ja hem repetit moltes vegades, no vos serveix per res, només per fer-vos sentir més malament.
- ✓ Després, vos heu de fer preguntes com les que teniu a la pàgina X dels vostres quaderns i contestar-vos-les. D'aquesta manera ja apareixaran els pensaments positius.

PREGUNTES QUE ENS AJUDARAN A PENSAR DE MANERA POSITIVA:

1. ESTIC EXAGERANT?
2. FAIG QUE LES COSES SIGUIN MÉS DIFÍCILS DEL QUE REALMENT SÓN?
3. ESTIC SEGUR DE QUE AIXÒ ÉS EL QUE SUCCEÏRÀ?
4. ÉS REALMENT TAN IMPORTANT EL QUE PENSA L'ALTRA GENT?
5. ÉS TOTALMENT CERT EL QUE ESTIC PENSANT?
6. PUC ESPERAR SER PERFECTE EN TOT EL QUE FAIG?
7. ESTIC OBLIDANT LA PART POSITIVA?
8. M'ESTIC FENT MAL A JO MATEIX?
9. PUC ESPERAR SEMPRE FER-HO TOT BÉ?
10. SI NO VA TAN BÉ COM ESPERAVA, SERÀ LA FI DEL MÓN?
11. PENSAR AMB AIXÒ, ME SERVEIX PER ALGUNA COSA BONA O EM MOLESTA?
12. SI AQUEST PENSAMENT EL TINGUÉS UNA ALTRA PERSONA, QUÈ LI DIRIA PER AJUDAR-LA A AFRONTAR LA SITUACIÓ?

Per practicar-ho podeu fer l'exercici de la pàgina XX. En el requadre, la primera columna correspon a un pensament negatiu. El que heu de fer és posar preguntes de les que acabau de llegir devora de cada pensament negatiu, i contestar-les, creant així pensaments positius (en la darrera columna).

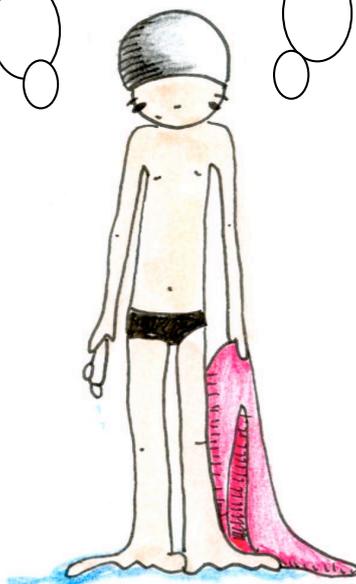
PENSAMENT NEGATIU (NO ÚTIL)	PREGUNTA ¿?	PENSAMENT POSITIU (ÚTIL)
"No tenc amics"	<i>És totalment cert el que estic pensant?</i>	<i>No, amb en Pep no me duc gaire bé, però tenc altres amics.</i>
"No som capaç de fer res bé"		
"He suspès l'examen de matemàtiques. Això vol dir que som un fracassat"		
"Mai he estat bo fent cap esport"		
"Tenc un examen oral la setmana que ve. Estic tan nerviós que quedaré en blanc i ho oblidaré tot"		
"No vull respondre a cap pregunta en veu alta dins la classe perquè segurament donaré la resposta incorrecta i pareixeré un estúpid"		

En Miquel ha quedat el darrer en una competició de natació.

Posau exemples de pensaments negatius i de pensaments positius que pugui tenir, en cada un dels núvols.

*Exemple de pensaments
negatius*

*Exemple de pensaments
positius*



En Joan acaba de demanar a n'Aina per anar al cinema junts, i ella està a punt de donar-li la resposta. Què pot estar pensant en Joan en aquests moments? Posa exemples de pensaments inútils (negatius) i de pensaments útils (positius).

***Exemple de pensaments
inútils***

***Exemple de pensaments
útils***



SESSIÓ 6

En aquesta darrera sessió, continuarem amb el segon objectiu de la sessió 5, i repassarem tot l'apòs durant l'aplicació del programa. D'aquesta manera, els **OBJECTIUS** seran:



1. Instruir en la generació de pensaments positius i substituir els pensaments negatius (no útils) pels positius (II).
2. Repàs de les sessions anteriors.

Objectiu 1:

Llegiu la història que vos presentam a continuació, i subratllau els pensaments negatius. A l'espai en blanc que teniu més avall, canviau els pensaments que heu subratllat (els negatius), per pensaments més positius, amb els que n'Andreu pugui resoldre de la millor manera possible la situació, i sentir-se més feliç.

Hola! El meu nom és Andreu i tenc un greu problema. He de representar un personatge en una obra de teatre la setmana que ve i me té molt preocupat. Sé que m'oblidaré del guió. Tothom se'n riurà de jo i me sentiré un estúpid, un fracassat... He d'actuar davant 300 persones o més!!! I encara he de comprar les entrades per als meus pares... De qualque manera he de recordar totes les frases... **NO PUC EQUIVOCAR-ME!** Si no ho faig bé seré un estúpid i deixaré el teatre. La gent espera que actui bé i no els puc fallar. **OOOH!!!!**... me sent imbècil simplement pensant amb això. Mai ho podré fer! Sóc tan inútil!

Escriu els pensaments positius d' Andreu a l'espai en blanc:

CREACIÓ DE PENSAMENTS:

SITUACIÓ: _____

JO PODRIA PENSAR:

Pensaments NEGATIUS

Pensaments POSITIUS

Objectiu 2:

Per repassar les sessions anteriors se promourà la màxima participació dels nins i nines, fent preguntes de tot l'après durant el programa, i reforçant al màxim les respostes correctes que ens donin.

En principi, no se faran les preguntes individualitzades a un nin o nina en concret, sinó que se demanarà a tots els assistents en general, havent d'aixecar la ma el que vulgui respondre.

Si observam que algun dels nins o nines no aixeca la ma en cap moment, se li farà la pregunta directament.

Aquelles respostes incorrectes aniran seguides de l'explicació pertinent per part dels educadors.

SESSIÓ 1:

1. Què és l'ansietat?
2. Quina diferència hi ha entre l'ansietat bona i dolenta?
3. De quines tres maneres se manifesta l'ansietat?
4. Quina funció tenen les sensacions d'ansietat?

SESSIÓ 2:

Quan estam nerviosos...

1. Per què ens va el cor aviat?
2. Per què ens podem marejar?
3. De vegades, en moments d'ansietat sentim malestar a la panxa, per què?
4. Per què suam?
5. Què és el que fa que tremolem?
6. Estan relacionades aquestes sensacions, o són independents unes de les altres?
7. En quines altres situacions, en les que no estam nerviosos, podem sentir que el cor ens va aviat, ens marejam, ens fa mal la panxa, suam o tremolam?

SESSIÓ 3:

1. Què passa si ens fixam molt en les sensacions de l'ansietat?
2. Com ho faríeu per no fixar-vos en aquestes sensacions?
3. Hi ha dos tipus d'afrontament: el positiu i el negatiu. L'afrontament negatiu es pot dur a terme de tres maneres, quines?
4. Com s'ha d'afrontar una situació que crea ansietat per a que el resultat sigui positiu?
5. Què aconseguirem si ens exposam a les situacions que ens provoquen malestar?
6. Com ho hem de fer per exposar-nos de manera adequada?

SESSIÓ 4:

1. Quina és la forma correcta de respirar?
2. Com ho hem de fer per relaxar els nostres músculs?

SESSIÓ 5:

1. Què provoca les emocions que sentim, la situació o els pensaments?
2. Com ho hem de fer per pensar de manera positiva?
3. Posau algun exemple de preguntes que ens ajuden a pensar de forma positiva.

S'acabarà la sessió recomenant als al·lots i al·lotes que practiquin tot el que han après i felicitant-los, ja que ara sabran com controlar la seva ansietat i això els ajudarà molt en les situacions en les que se vagin trobant en el futur. Després d'això, els aducadors firmaran els diplomes que tenen els nins al final dels seus quaderns.

FELICITATS!!!

HAS ACONSEGUIT ACABAR AMB ÈXIT LES SESSIONS,
APRENENT A MANEJAR L'ANSIETAT I LES SITUACIONS EN
LES QUE AQUESTA SE PRESENTA.

BONA FEINA!!

L'ÚNIC QUE ARA HAS DE FER ÉS TENIR EN COMPTE TOT
EL QUE HAS APRÈS I PRACTICAR-HO QUAN HO NECESSITIS.

Firmat:

L'educador.



ANNEX XI

Programa de prevenció: manual del jove

APRENENT A CONTROLAR L'ANSIETAT

Quadern per als joves



APRENENT A CONTROLAR L'ANSIETAT

**Autors: Dr. Miquel Tortella-Feliu
Maria Balle Cabot
Berta López Artigues**

Il·lustracions: Miguel Ozonas Gregori

ÍNDEX

SESSIÓ 1: QUÈ ÉS L'ANSIETAT?

SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ

**SESSIÓ 5: SENTIMENTS I
PENSAMENTS**

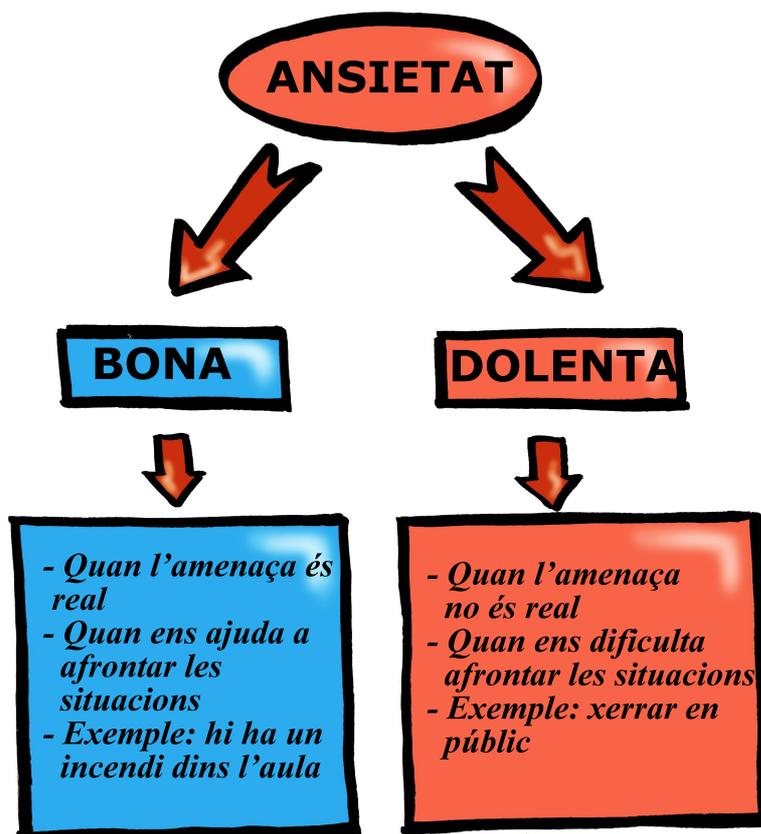
**SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I
PENSAMENTS**

I REPÀS DE TOT

SESSIÓ 1: QUÈ ÉS L'ANSIETAT?



L'ANSIETAT és una reacció que consisteix en sentiments de tensió, nervis i preocupació davant una amenaça real o imaginària. És una resposta normal i adaptativa que prepara el cos per reaccionar davant situacions de perill. Però l'ansietat ens pot dur problemes: quan apareix davant perills inexistents, i de manera desproporcionada (massa elevada). Aquí aprendrem a controlar-la en aquests tipus de situacions.



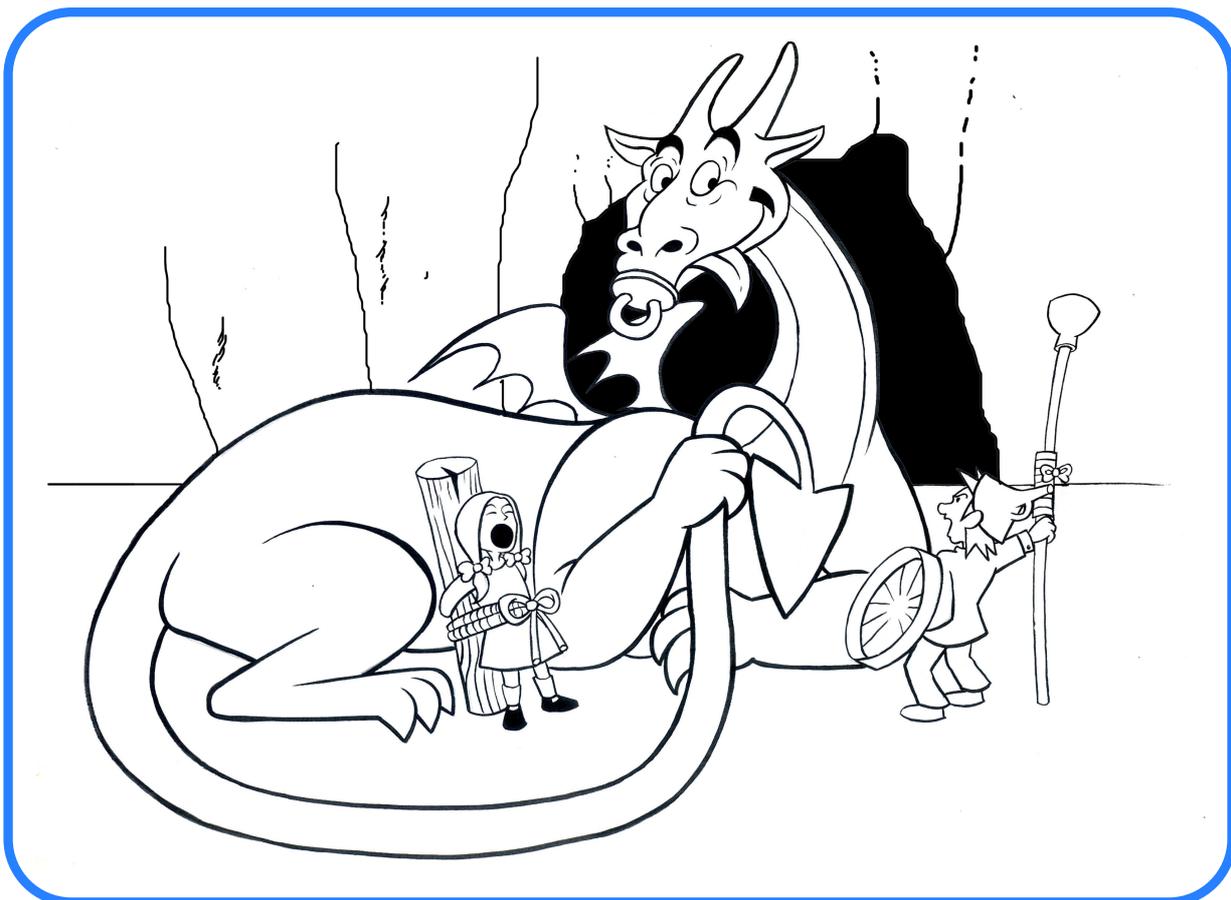
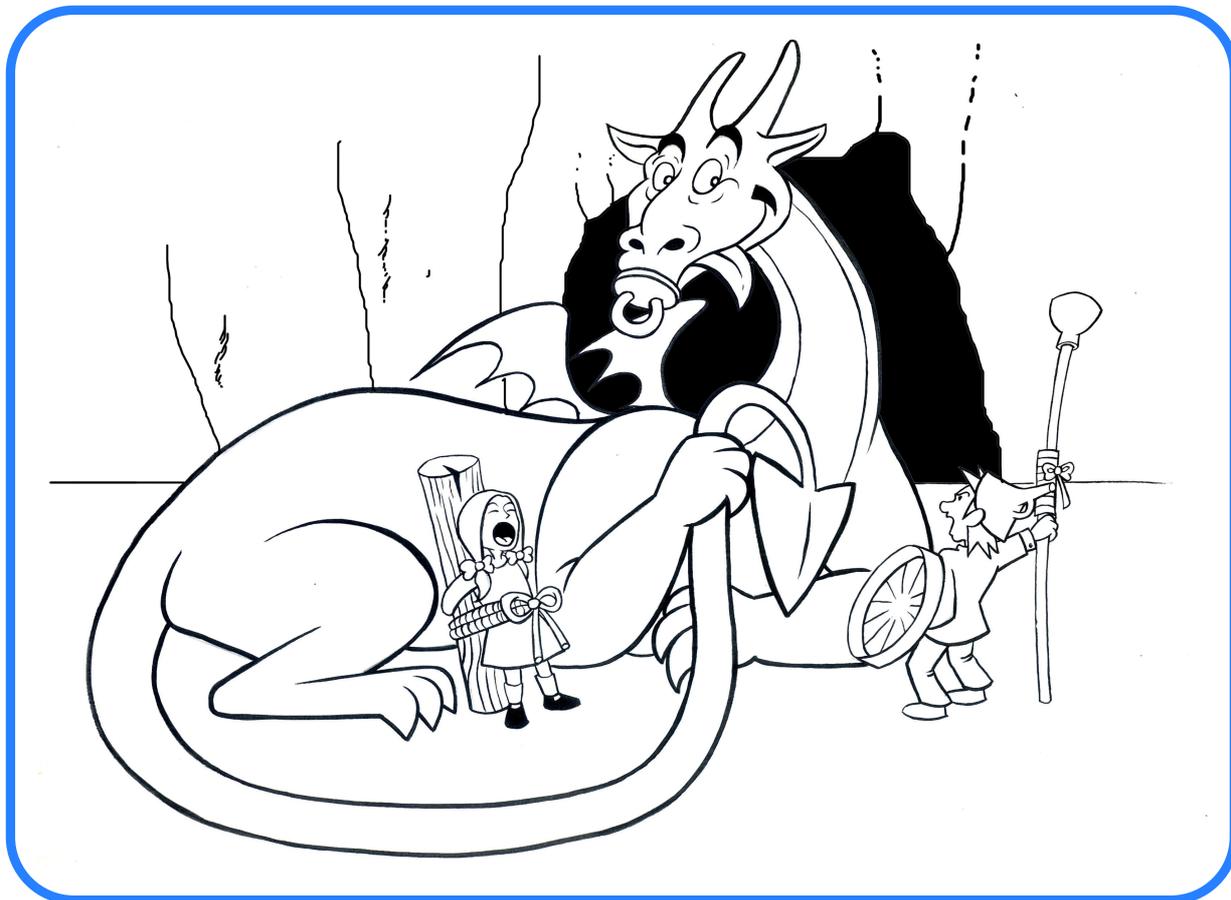
SESSIÓ 1: QUÈ ÉS L'ANSIETAT?

COM ES MANIFESTA L'ANSIETAT?

Escriu les teves respostes i les dels teus companys en el següent requadre, a la columna que pertorqui:

PENSAMENTS	SENSACIONS FÍSiques	COSES QUE FEIM

Cerca les 10 diferències que hi ha entre aquests dos dibuixos



SESSIÓ 1: QUÈ ÉS L'ANSIETAT?

PER QUÈ REACCIONAM D'AQUESTA MANERA?

Totes les respostes d'ansietat s'han donat des de sempre i són normals i necessàries per a sobreviure. Si es donen és per alguna raó, és a dir, tenen una funció: afrontar la situació (atacar, defensar-se, fugir...). Per exemple, què fa un moix quan s'espanta? Arqueja l'esquena, estira la cua, se li eriça el pèl... Es prepara per atacar o fugir. Les persones, igual que els animals, reaccionam de manera semblant davant situacions de perill.

SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

TAQUICÀRDIA:

En els moments de nerviosisme o de tensió el cor va més aviat perquè el cos es prepara per defensar-se o fugir i, per tant, necessita estar activat.

Aquesta activació fa que els músculs necessitin més oxigen. L'oxigen és transportat per la sang que circula a partir del bombeig del cor. D'aquesta manera, la necessitat de major quantitat d'oxigen fa que el cor bombegi més ràpidament enviant així més sang, i per tant més oxigen, als músculs que ho necessiten.



SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

MAREIG:

Per a que l'oxigen augmenti també respiram més aviat (augment de la freqüència respiratòria). Si ens passam i agafam més aire del necessari, tendrem molt d'oxigen dins el nostre cos i poc diòxid de carboni. Aquest desequilibri entre l'oxigen i el diòxid de carboni és el que provoca el mareig.



SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

MAL DE PANXA I VÒMITS:

Quan la tensió dels músculs augmenta la seva necessitat d'oxigen, el cos també agafa la sang d'aquells òrgans que en aquell moment no la necessiten tant per enviar-la a aquests músculs en tensió més necessitats.

D'aquesta manera, disminueix la quantitat de sang de l'estómac, entre d'altres òrgans. Si aquesta disminució és massa gran, fa que l'estómac deixi de funcionar, amb la qual cosa, si s'està fent la digestió, la seva aturada provoca mal i vòmits.

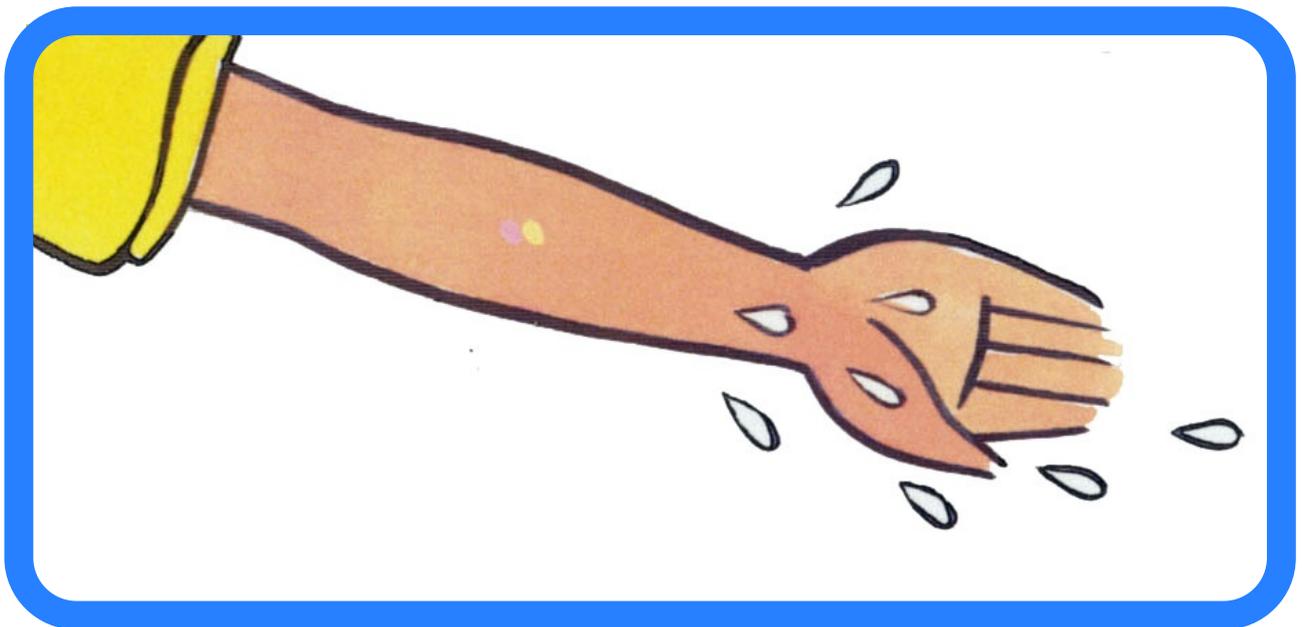


SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

SUOR:

Quan els músculs estan tensos estan més calents. La suor té la funció de refredar els músculs quan estan massa calents. D'aquesta manera, quan el cos nota que hi ha un excés de calentor, recull els líquids necessaris per dur-los a aquests músculs que ho necessiten, en aquests moments, més que els òrgans on es troben (igual que el que passa amb la sang).

Per exemple: s'agafa líquid de la boca, i això fa que quan estam nerviosos també s'ens pugui secar la boca. Si no suàssim, es donaria un augment excessiu de la temperatura del cos, de la mateixa manera que quan estam malalts i tenim febre.



SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

TREMOLOR:

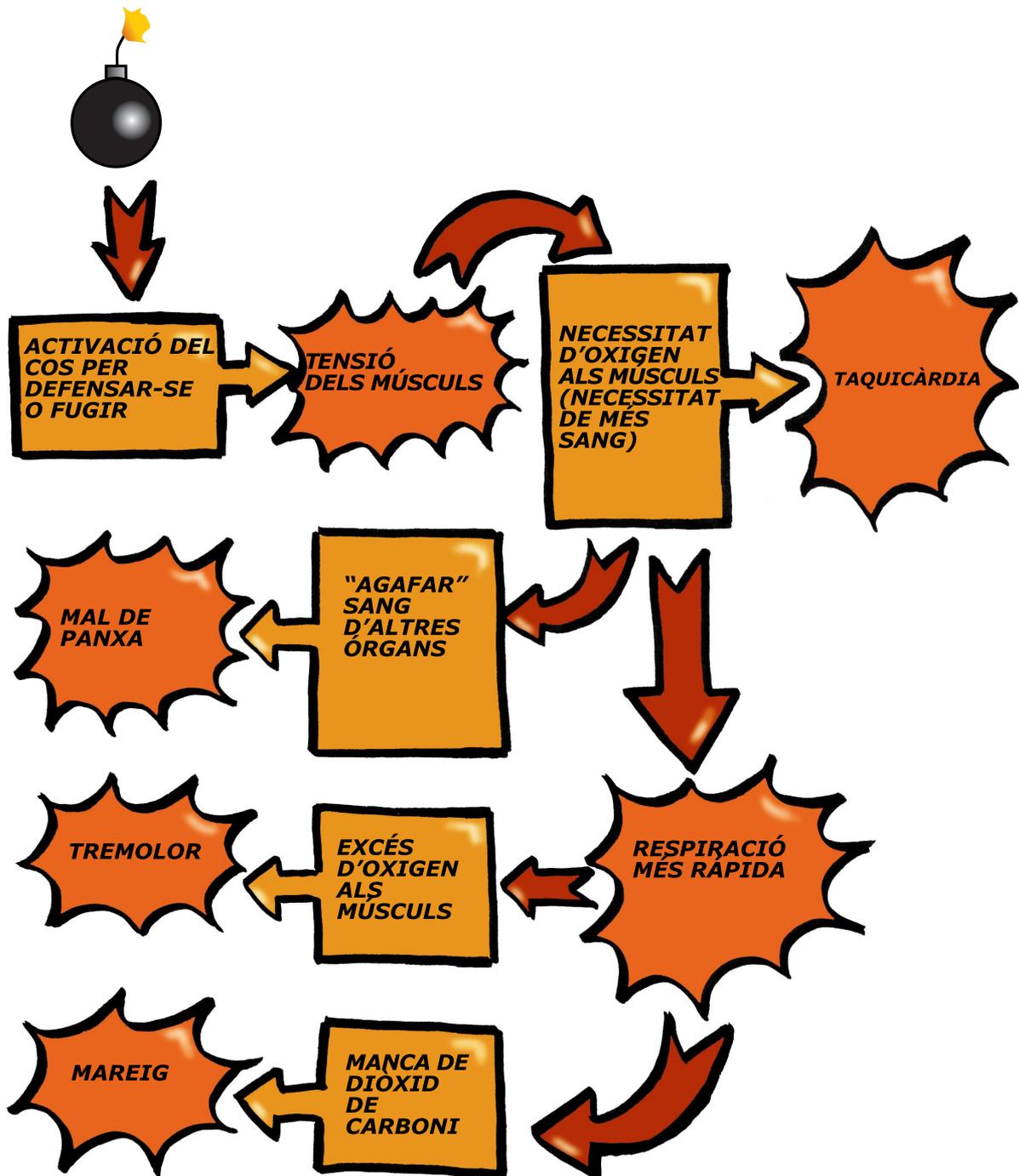
Com heu notat, al mantenir en tensió el puny, aquest vos ha començat a tremolar.

La quantitat d'oxigen que arriba al múscul, quan aquest s'activa per defensar-se o fugir, sol ser excessiva i, per tant, més elevada del que aquest múscul necessita. Això és el que provoca el tremolor.

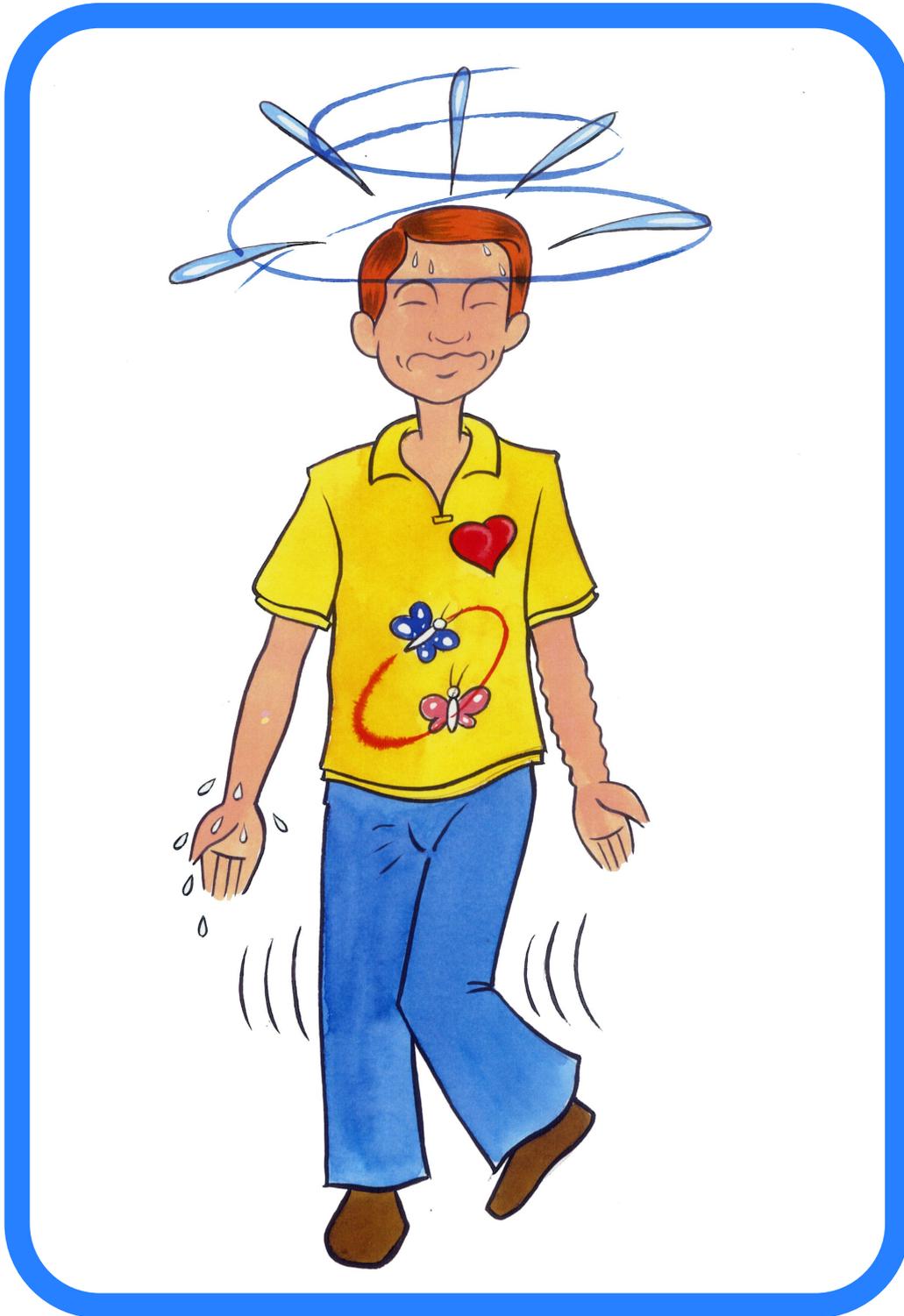


SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

COM ES RELACIONEN TOTES LES RESPOSTES D'ANSIETAT?



SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT



SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

A QUINES ALTRES SITUACIONS ES DONEN RESPOSTES IGUALS A LES D'ANSIETAT?

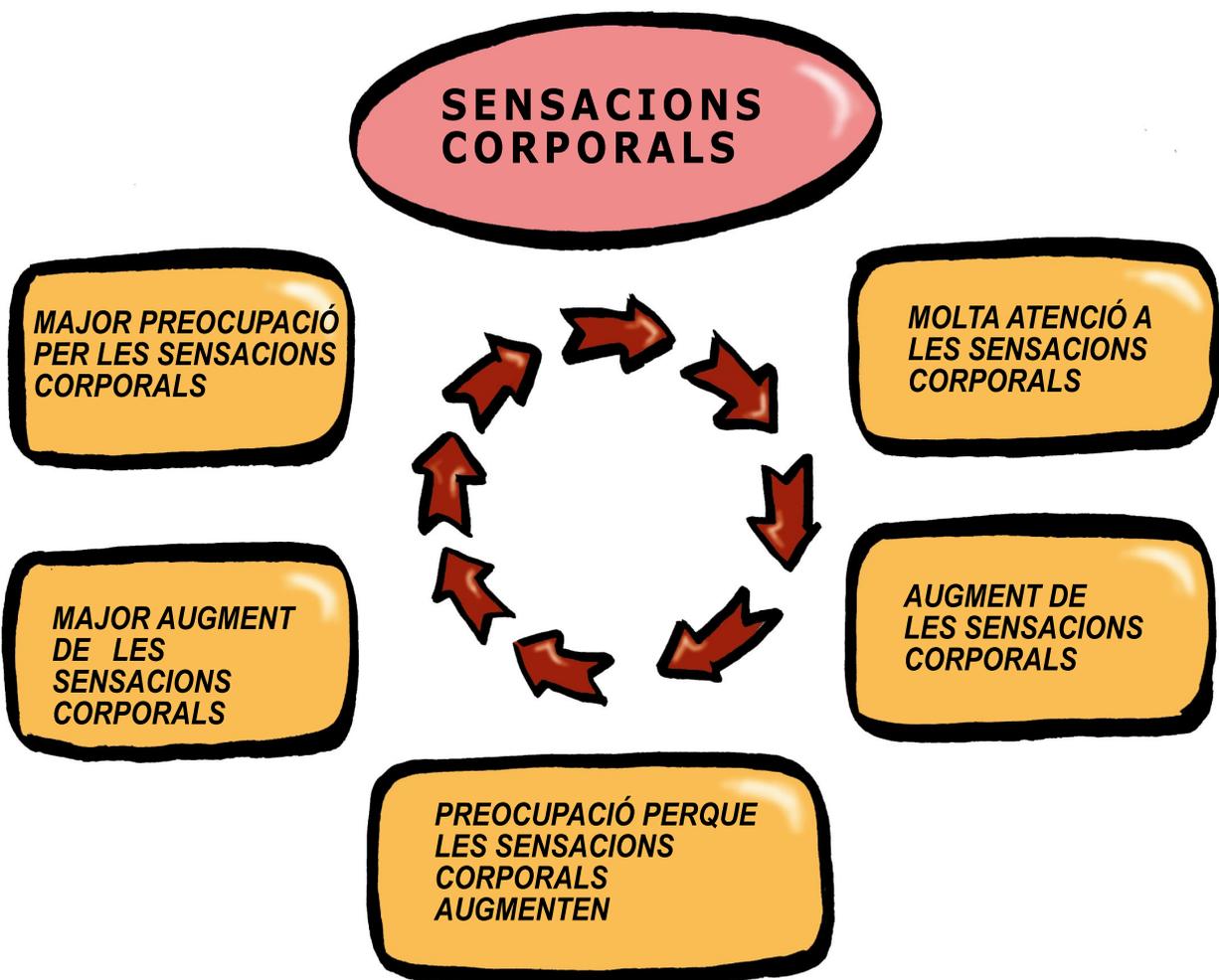
Les mateixes respostes que tenim quan estam ansiosos es donen en altres situacions en les que no hi ha motius per estar nerviós. Però, el fet de no saber per què estan passant en aquell moment pot fer que ens posem nerviosos.

Així, alguns exemples de sensacions que es donen en situacions en les que no estam nerviosos són:

- *Taquicàrdia: haver fet exercici físic.
En aquesta situació es necessita una major activitat dels músculs.*
- *Mareig: quan fa temps que no s'ha menjat, o quan es respira massa aviat.*
- *Mal de panxa, vòmits: haver menjat alguna cosa en mal estat.*
- *Suar, mareig i manca d'aire: canvi bruscat de temperatura a l'exterior, que fa canviar el funcionament del cos.
Per exemple: entrar a una botiga on hi ha la calefacció molt alta.*

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

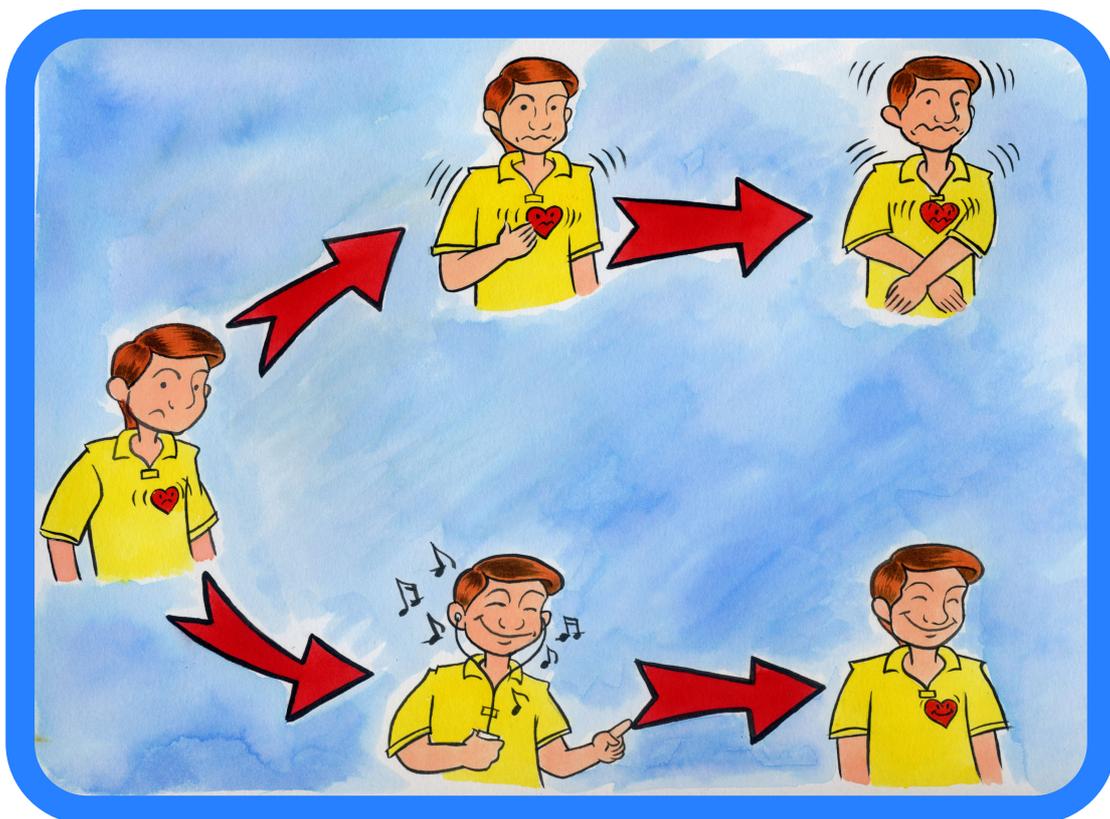
Si param molta atenció a les nostres sensacions corporals, podrem notar com aquestes augmenten. El fet de preocupar-nos per les sensacions és una forma de parar-hi atenció, fent això que augmentin, i aconseguint a la vegada, que ens preocupem més. Seria com un peix que es mossega la cua.



SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

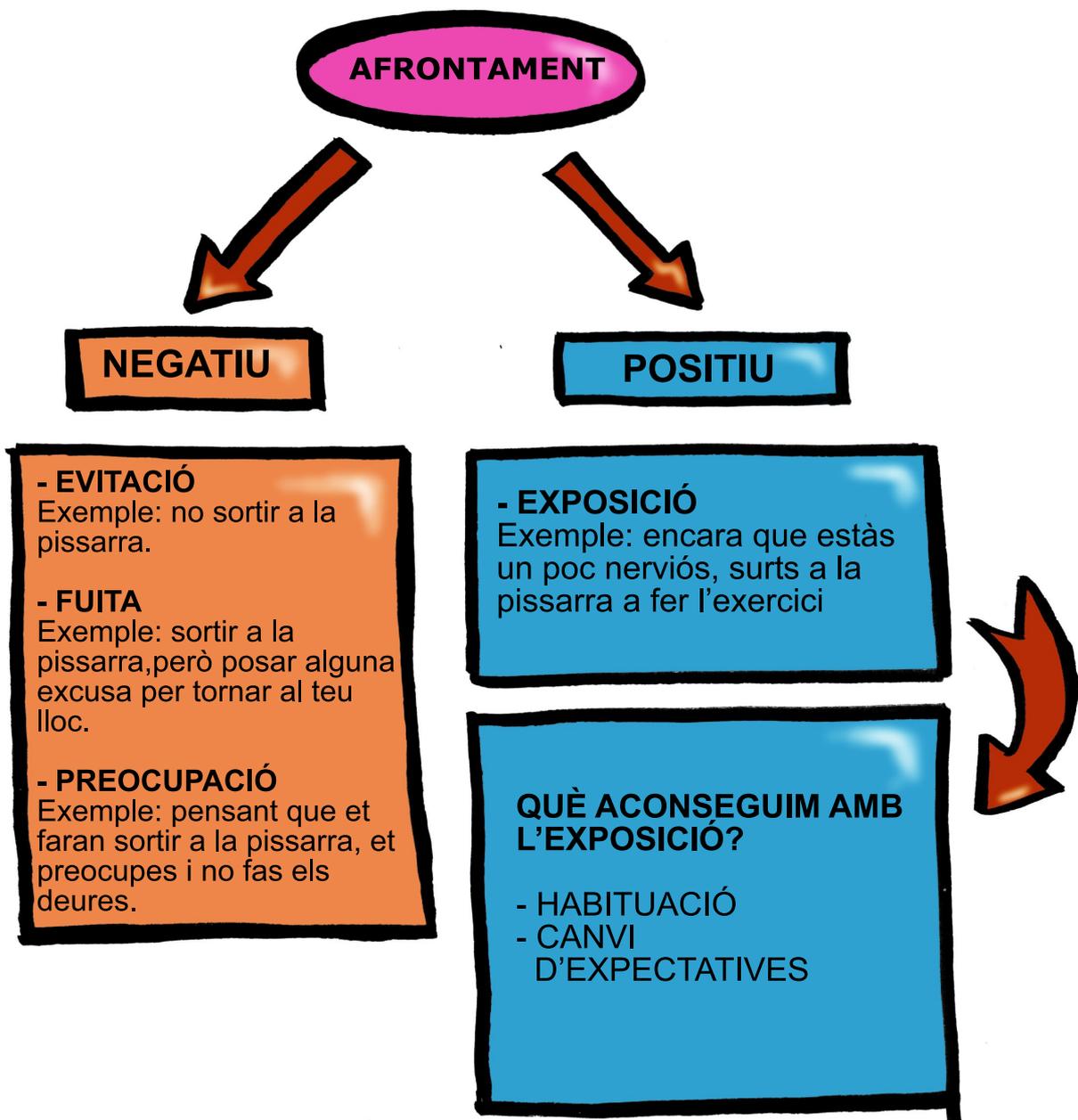
QUÈ ÉS I PER A QUÈ SERVEIX LA DISTRACCIÓ?

La distracció és una forma de DISMINUIR les sensacions corporals desagradables (per exemple, el cor accelerat) o la preocupació que aquéstes ens provoquen. És a dir, si ens distraiem realitzant alguna tasca en el moment que sentim alguna sensació desagradable, enlloc de parar-hi atenció, aquesta sensació disminuirà o fins i tot desapareixerà. Un exemple seria escoltar música quan es fa exercici físic per minvar la sensació de cansament.



SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

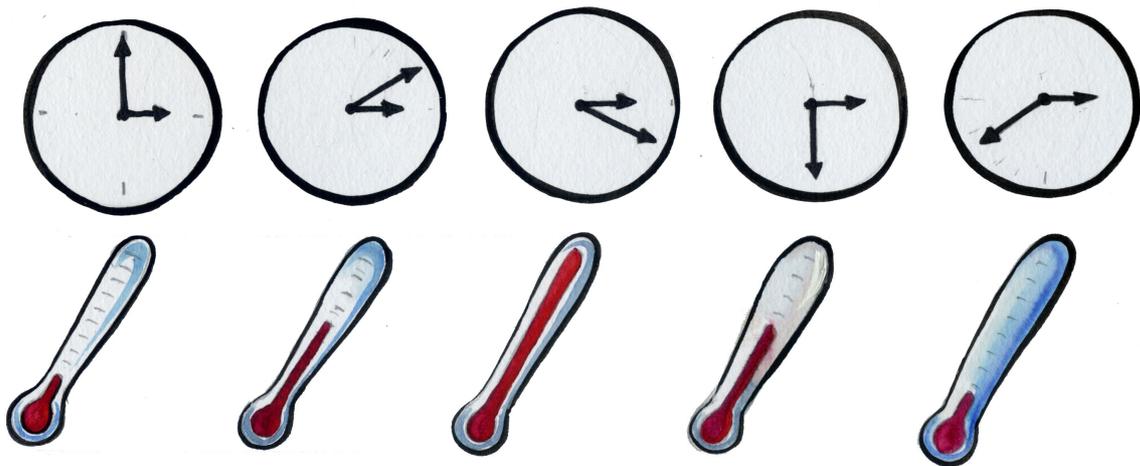
COM FER FRONT A LES SITUACIONS QUE ENS CREEN ANSIETAT?



SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

QUANT TEMPS ESTARÉ MALAMENT?

Si ens exposam a les situacions que ens creen ansietat sentirem malestar, i fins i tot pot ser que intentem fugir per por que ens pugui passar alguna cosa dolenta. Però si hi fessim front durant una estona, sense evitar-ho, veuríem com els símptomes de l'ansietat s'anirien reduint poc a poc, i que no passaria res. Així quant més temps fem front a les situacions que temem més disminuirà la por. A la llarga, afrontar el que ens fa por serà molt més beneficiós que sortir corrent.

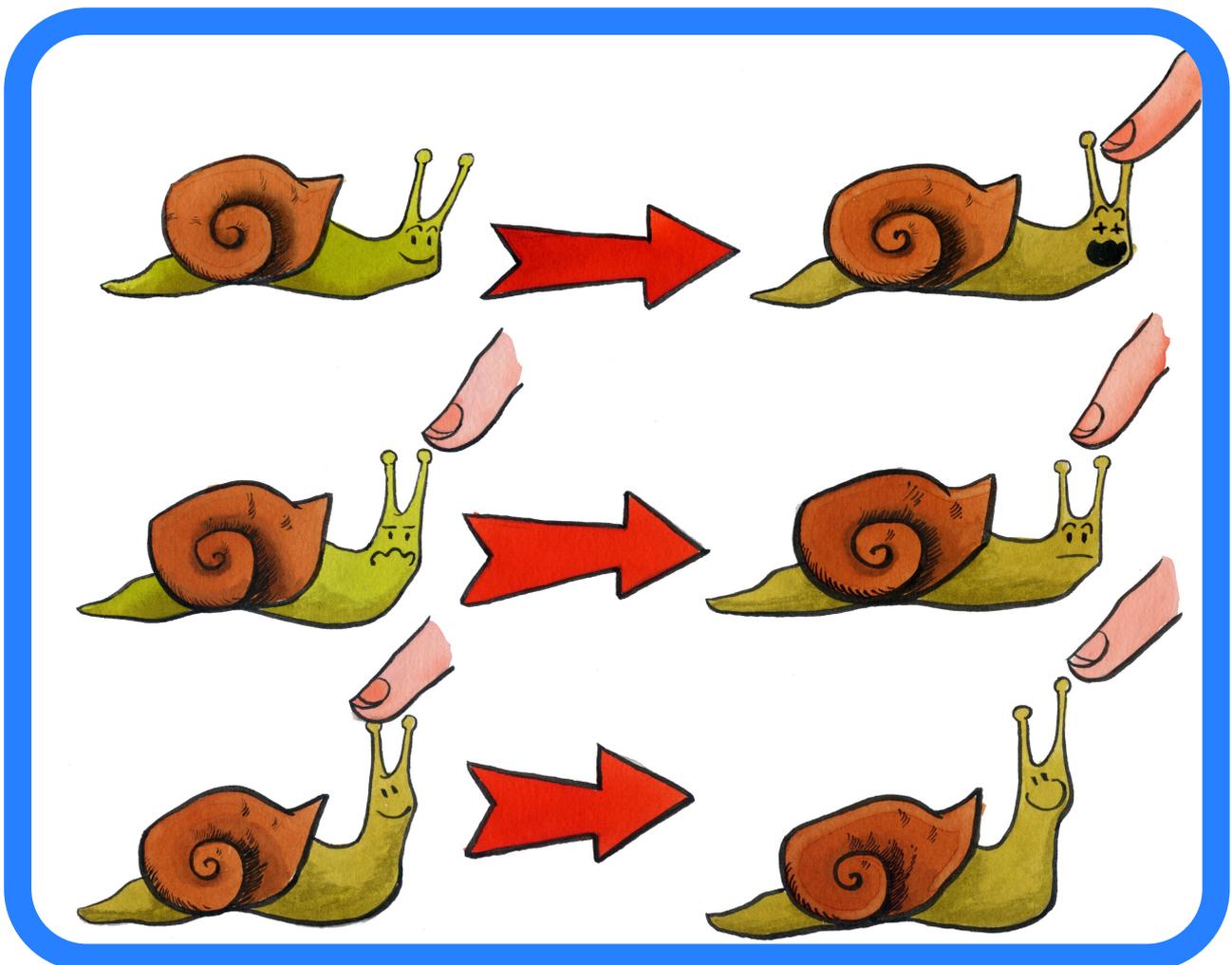


Grau d'ansietat o nivell de malestar

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

HABITUACIÓ

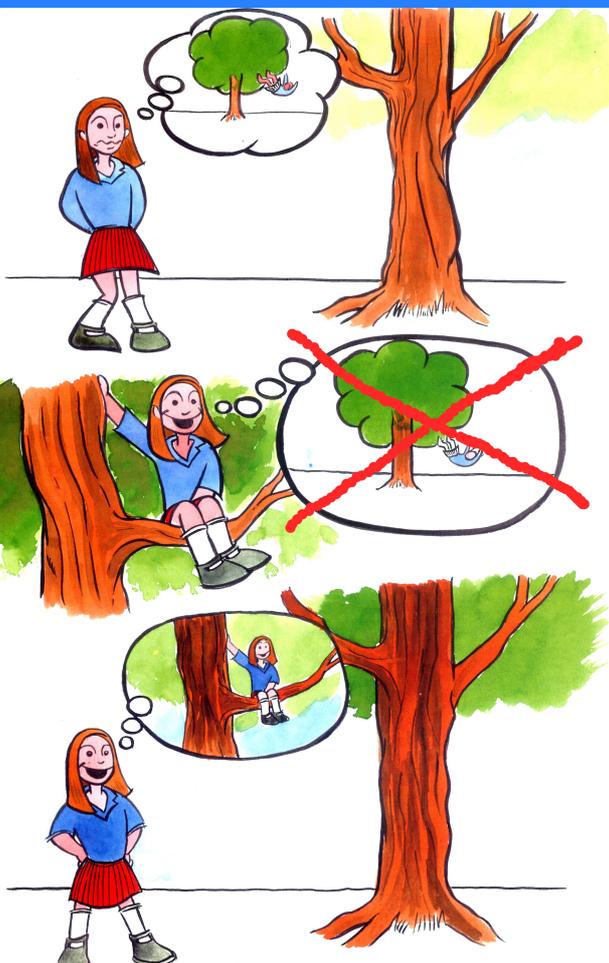
De la mateixa manera que el caragol s'acostuma al contacte de les nostres mans, tot i que inicialment li són molt desagradables, les persones també som capaços d'habituar-nos a les situacions i sensacions d'ansietat que inicialment ens semblen desagradables.



SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

CANVI D'EXPECTATIVES

Si evitam el que ens resulta desagradable, no donam ocasió als nostres pensaments per a que canviïn i seguim pensant que allò és perillós. En canvi, si ens hi exposam, descobrim que no és tan dolent, permetent així una canvi dels nostres pensaments. A continuació en tenim un exemple.



1. Na Marta no vol pujar a l'arbre: li fa por perquè pensa que caurà.

2. Na Marta sap que el millor que pot fer és EXPOSAR-SE al que li fa por, així que puja a l'arbre i s'adona que estava equivocada: no cau, i a més li agrada molt tot el que veu des d'allà dalt.

3. Ara, quan na Marta veu un arbre, ja no li fa por pujar i recorda el divertit que és fer-ho (les seves expectatives han canviat).

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

COM EXPOSAR-SE? POC A POC...



Posa un exemple d'alguna situació, animal o fet que et resulti desagradable. Després, fes un llistat de situacions diferents on aparegui el que tems, i ordena-les de menor a major segons el grau de malestar o ansietat que et provoquin.

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ



SITUACIÓ 1 (menor nivell de malestar)



SITUACIÓ 2 _____



SITUACIÓ 3 _____



SITUACIÓ 4 _____



SITUACIÓ 5 _____



SITUACIÓ 6 _____



SITUACIÓ 7 (major nivell de malestar)

SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ

El nostre cos és un amic que ens diu quan estam preocupats o nerviosos mitjançant senyals. Quan ho fa, nosaltres podem posar en marxa estratègies per a ajudar-lo, com la respiració controlada i la relaxació.

RESPIRACIÓ CONTROLADA

En condicions de tensió, moltes persones tendeixen a respirar de manera massa ràpida i/o profunda. Si aquesta forma de respirar s'allarga molt de temps, apareixen sensacions físiques desagradables: dificultats per respirar, el cor va molt aviat, dolor o malestar en el pit, mareig, suor, tremolors...

Respirar de forma correcta ajuda a sentir-se millor. La majoria de persones respiren només eixamplant i contraient el seu pit, o fins i tot, aixecant les espatlles per omplir al màxim els pulmons. Però aquest tipus de respiració és insuficient i inadequada.

En canvi, la respiració abdominal (inflant la panxa) és la que permet, amb menys esforç, un millor funcionament del nostre cos.

SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ

Les passes a seguir són:

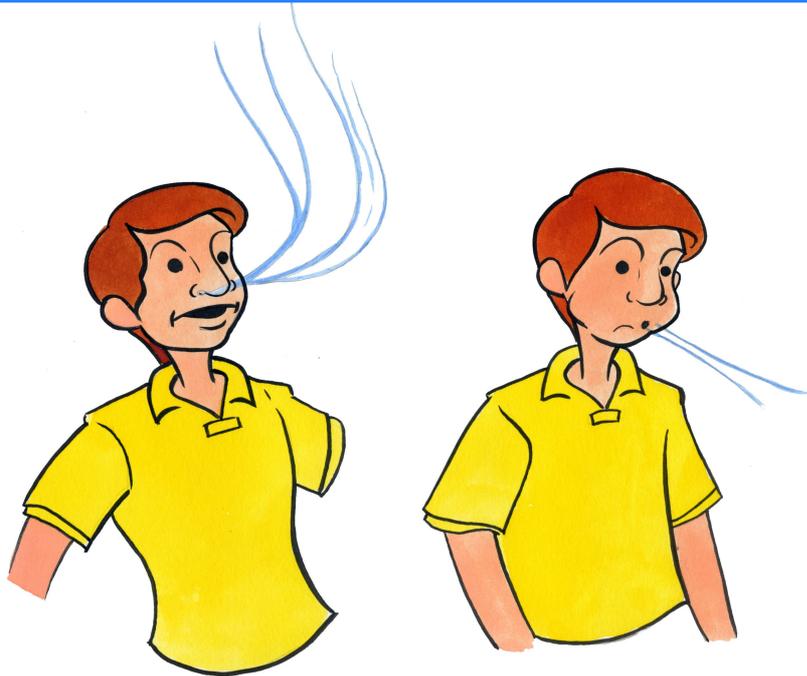
1- Posar una mà damunt el pit i una altra damunt la panxa

2- Agafar aire pel nas sense fer renou durant 3 segons, inflant primer el pit i després la panxa.

3- Treure l'aire desinflant primer la panxa i després el pit, durant 3 segons.

4- Fer una breu pausa d'1 segon abans de tornar a inspirar.

Recordau que una respiració controlada no significa una respiració profunda.



SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ

RELAXACIÓ

La tensió forma part d'un cercle en el que es donen diferents respostes d'ansietat poc agradables, com l'augment de la freqüència cardíaca, el tremolor, etc. La relaxació produeix els efectes contraris a la tensió: si estam relaxats no podem estar tensos. D'aquesta manera, quan el cos ens doni senyals que està nerviós, aplicarem la relaxació i ens sentirem molt millor.

Per aprendre a relaxar-nos hem de tensar i relaxar els músculs de tot el cos seqüencialment, un grup de músculs cada vegada.

Les passes a seguir per tensar i relaxar cada grup de músculs són:

- 1- Tensar els músculs durant uns cinc segons.*
- 2- Concentrar-se en les sensacions de tensió dels músculs.*
- 3- Relaxar els músculs durant cinc segons.*
- 4- Concentrar-se en les sensacions de relaxació dels músculs.*

Ser capaços de relaxar els músculs en una situació de tensió pot ajudar a sentirnos més relaxats en general.

SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ

EXERCICI

Subratlla les faltes d'ortografia que trobis en aquest text:

For Sherlock Holmes, there was only one woman in the world. He did not love her, because he never loved women. But after their meeting he never forgot her.

Her name was Irene Adler.

One night in March I visited my old friend at his home in Baker Street. I was married by now, so I did not often see him.

“Come in, Watson.” He said. “Sit down. I’m happy to see you, because I’ve got something to show you. What do you think of this? It arrives in the last post.” It was a letter, with no date, name or adress. It said: “Tonight someone will visit you, to talk about some very secret business. You have helped other important people, and you can’t, we hope, help us. Be in your room at 7.45 p. m.”

“The paper – what do you think about the paper?” asked Holmes.

I tried to think like Holmes. “It’s expensive, so this person is rich. It’s strange paper.”

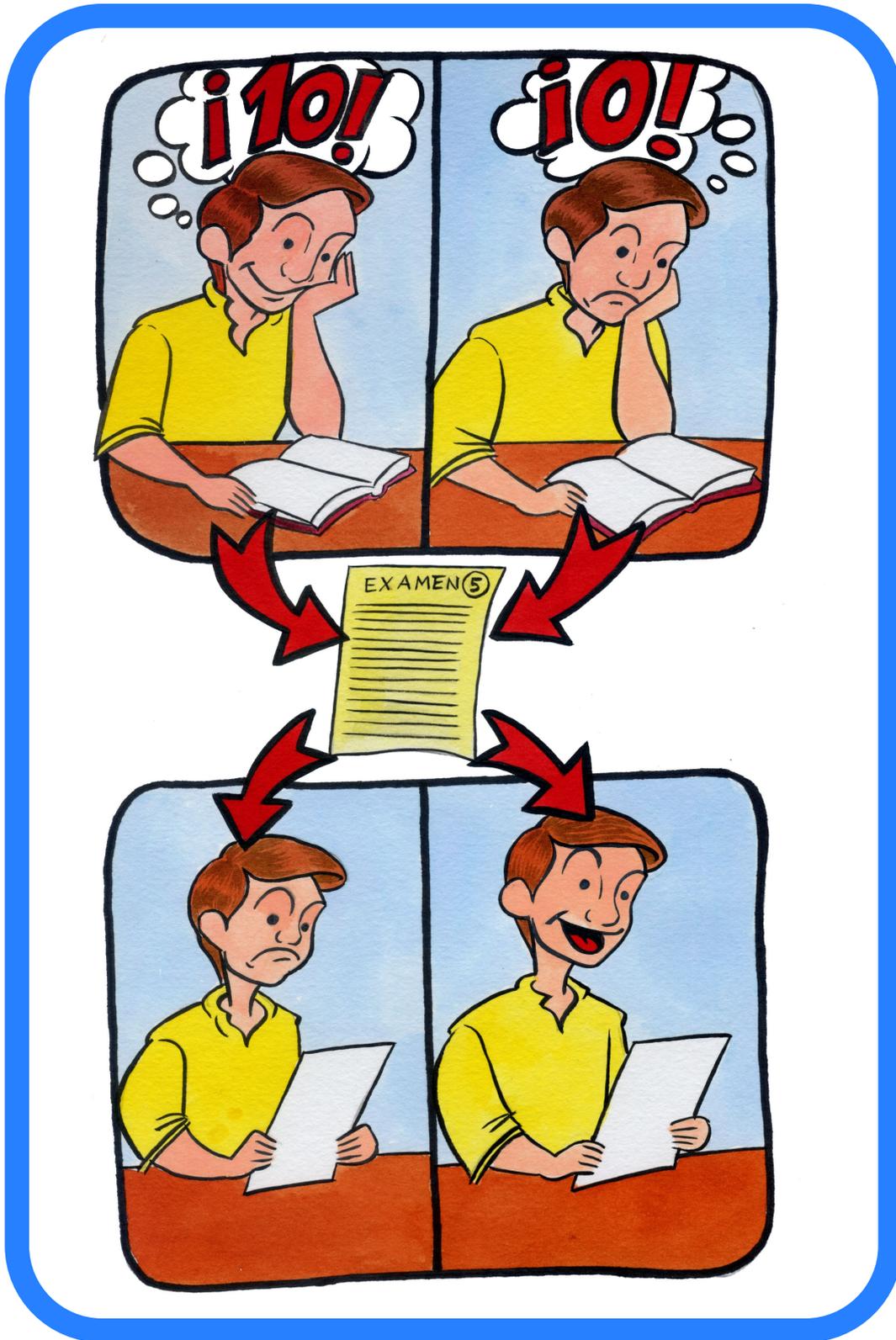
SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

Allò que ens diem a nosaltres mateixos abans i després d'un esdeveniment és un determinant molt important de la nostra manera d'actuar. La gent creu que les situacions són les que desencadenen les emocions (el que sentim).

Però, com s'explica que un mateix fet provoqui sentiments contraposats?

Els esdeveniments es relacionen amb les emocions, però el principal determinant d'una emoció no és la situació, sinó la valoració que realitzam d'ella. En principi, la majoria d'estudiants consideren positius els aprovats i negatius els suspensos. Però, la mateixa qualificació acadèmica pren valors oposats depenent de l'alumne. Un 5 és un èxit per a un alumne que creia haver suspès, però és un fracàs per un company que esperava un excel·lent. El primer dona salts d'alegria, i el segon es posa a plorar i es decepciona. Així doncs, la intensitat de les reaccions humanes és molt diferent, i canviarà en funció dels nostres pensaments.

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS



SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

Situació: “El meu millor amic no em contesta quan li xerr”

Si pens:

- M’he quedat sense amics -

- Ho fa per empipar-me -

- Xerraré amb ell per saber què li passa -

Em sentiré:

Trist

Enfadat

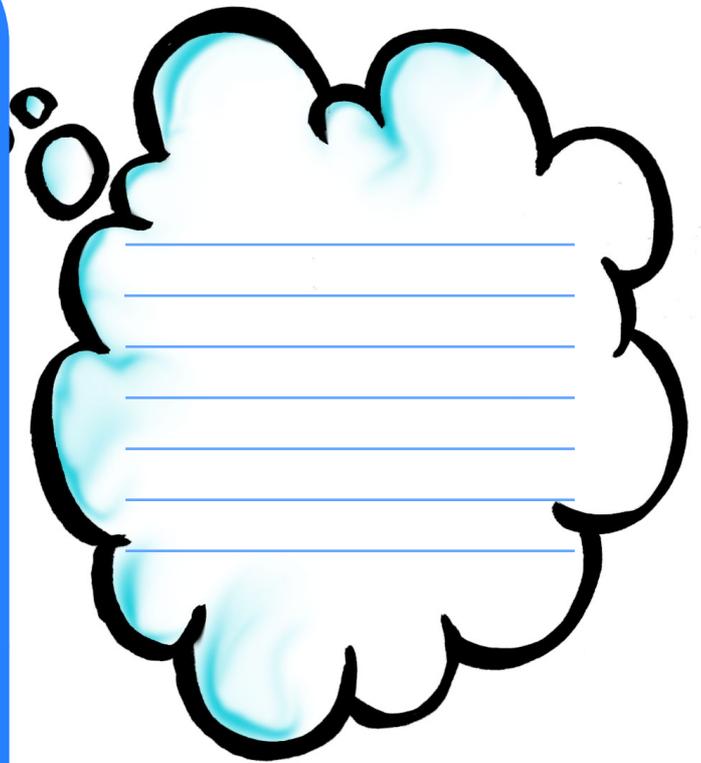
Bé

*EXERCICI 1: Ara provau de fer-ho vosaltres.
Emplenau la columna central amb el pensament que
dóna lloc al sentiment que apareix a la darrera
columna.*

<i>SITUACIÓ</i>	<i>PENS</i>	<i>EM SENT</i>
<i>El meu germà gran no em deixa els seus CD de música.</i>		<i>Enfadat.</i>
<i>Ens ha tocat un viatge per a tota la classe en un sorteig.</i>		<i>Content</i>
<i>Convit al meu millor amic, però no ve a la meva festa d’aniversari.</i>		<i>Trist</i>

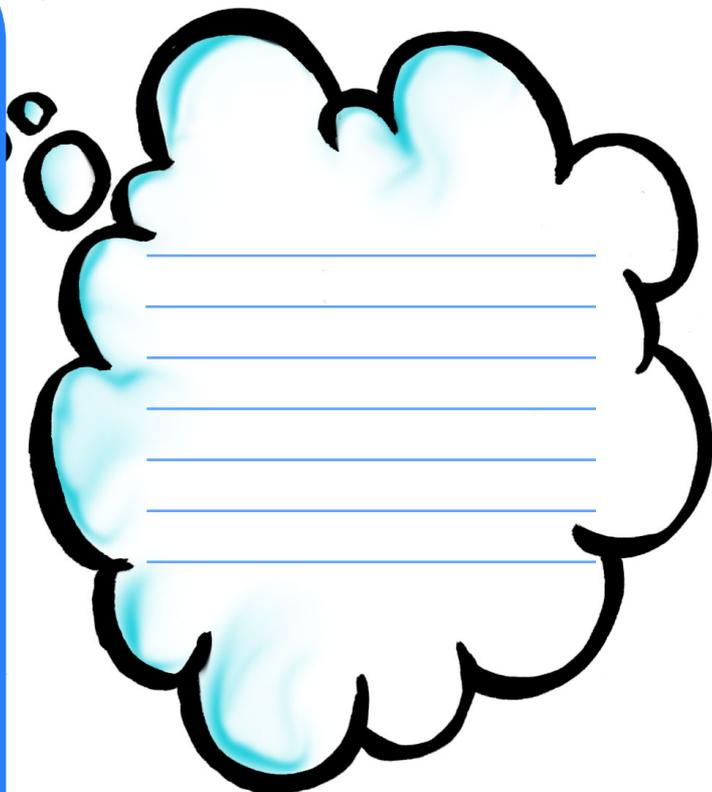
SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

EXERCICI 2: En Jaume està esperant per xerrar amb el director. No fa molt bona cara, però no sabem el que està pensant. Escriviu el que creis que està pensant, o el que vosaltres pensaríeu si vos trobasseu en el seu lloc.



SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

EXERCICI 3: En Jaume està esperant els resultats d'un examen molt important que no sap massa bé com li va anar. Escriviu el que creis que està pensant, o el que vosaltres pensaríeu si vos trobéssiu en el seu lloc, i el sentiment que provocaria el pensament.



SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

PENSAMENTS ÚTILS I PENSAMENTS INÚTILS

La primera reacció davant una situació que ens crea malestar o ens posa nerviosos se sol presentar en forma de pensaments negatius, i aquests no ens serveixen per res: SÓN INÚTILS. En canvi, pensar de forma positiva és MOLT ÚTIL: ens ajuda a disminuir el malestar i a afrontar de manera adequada la tasca que anem a realitzar. Un exemple que vos ajudarà a entendre-ho és el que li passa a en Llorenç:

Quan em trob en una situació que em posa nerviós, que em preocupa, etc. és bo em relaxi i crei pensaments positius. Per exemple, quan he de presentar un treball a classe i l'he d'exposar en veu alta, normalment em pos nerviós... començ a tremolar, el cor em va molt aviat i se'm seca la boca. Al mateix temps em dic a mí mateix coses com: "Segur que m'equivocaré i els altres se'n riuran de jo... I si oblid tot el que he preparat?" Però quan me n'adon que aquests pensaments

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

només serveixen per augmentar les sensacions desagradables del meu cos, intent relaxar-me fent-me preguntes com “És probable que em quedi en blanc?” o “És tan greu el que puguin pensar els meus companys?” i em contest: “He estat aquests darrers dies preparant l’exposició i tenc escrit el que és més important, així que és poc probable que m’equivocui... De totes maneres, si ho faig malament no serà la fi del món... El més important és centrar-me en el que faig bé. A més, no tenc perquè fer-ho perfecte, estic aprenent”. Després de pensar de forma positiva em sent menys nerviós i preocupat, i puc concentrar-me millor en l’exposició que he de fer.

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

PREGUNTES QUE ENS AJUDARAN A PENSAR DE FORMA POSITIVA

Les passes a seguir per transformar els pensaments negatius en positius són:

- 1. Detectar el pensament negatiu. El coneixereu quan vegeu que no vos serveix per res, només per fer-vos sentir més malament.*
- 2. Fer preguntes com les que teniu a continuació i contestar-vos-les. Amb les respostes a les preguntes ja apareixaran els pensaments positius.*

- 1. ESTIC EXAGERANT?**
- 2. FAIG QUE LES COSES SIGUIN MÉS DIFÍCILS DEL QUE REALMENT SÓN?**
- 3. ESTIC SEGUR QUE AIXÒ ÉS EL QUE SUCCEÏRÀ?**
- 4. ÉS REALMENT TAN IMPORTANT EL QUE PENSA L'ALTRA GENT?**
- 5. ÉS TOTALMENT CERT EL QUE ESTIC PENSANT?**
- 6. PUC ESPERAR SER PERFECTE EN TOT EL QUE FAIG?**
- 7. ESTIC OBLIDANT LA PART POSITIVA?**
- 8. M'ESTIC FENT MAL A JO MATEIX?**
- 9. PUC ESPERAR SEMPRE FER-HO TOT BÉ?**
- 10. SI NO VA TAN BÉ COM ESPERAVA, SERÀ LA FI DEL MÓN?**
- 11. PENSAR AMB AIXÒ, EM SERVEIX PER ALGUNA COSA BONA O EM MOLESTA?**
- 12. SI AQUEST PENSAMENT EL TINGUÉS UNA ALTRA PERSONA, QUÈ LI DIRIÀ PER AJUDAR-LA A AFRONTAR LA SITUACIÓ?**

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

EXERCICI 1: *En el següent requadre, la primera columna correspon a pensaments negatius. Heu d'escriure preguntes de les que teniu a la pàgina anterior devora de cada pensament negatiu, i contestar-les, creant així pensaments positius (en la darrera columna).*

PENSAMENT NEGATIU (NO ÚTIL)	PREGUNTA ¿?	PENSAMENT POSITIU (ÚTIL)
<i>“No tenc amics”</i>	<i>És totalment cert el que estic pensant?</i>	<i>No, amb en Pep no em duc gaire bé, però tenc altres amics.</i>
<i>“No som capaç de fer res bé”</i>		
<i>“He suspès l'examen de matemàtiques. Això vol dir que som un fracassat”</i>		
<i>“Mai he estat bo fent cap esport”</i>		
<i>“Tenc un examen oral la setmana que ve. Estic tan nerviós que quedaré en blanc i ho oblidaré tot”</i>		
<i>“No vull respondre a cap pregunta en veu alta dins la classe perquè segurament donaré la resposta incorrecta i pareixeré un estúpid”</i>		

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

EXERCICI 2: En Sergi i na Laura són els finalistes d'un concurs de mots encreuats. Estan molt nerviosos i els vénen al cap pensaments negatius. Però estan intentant canviar-los per pensaments positius. Ajudau-los! Escriviu primer els pensaments negatius que poden tenir i després els positius en què els poden transformar.

*Exemples de pensaments
negatius*

*Exemples de pensaments
positius*

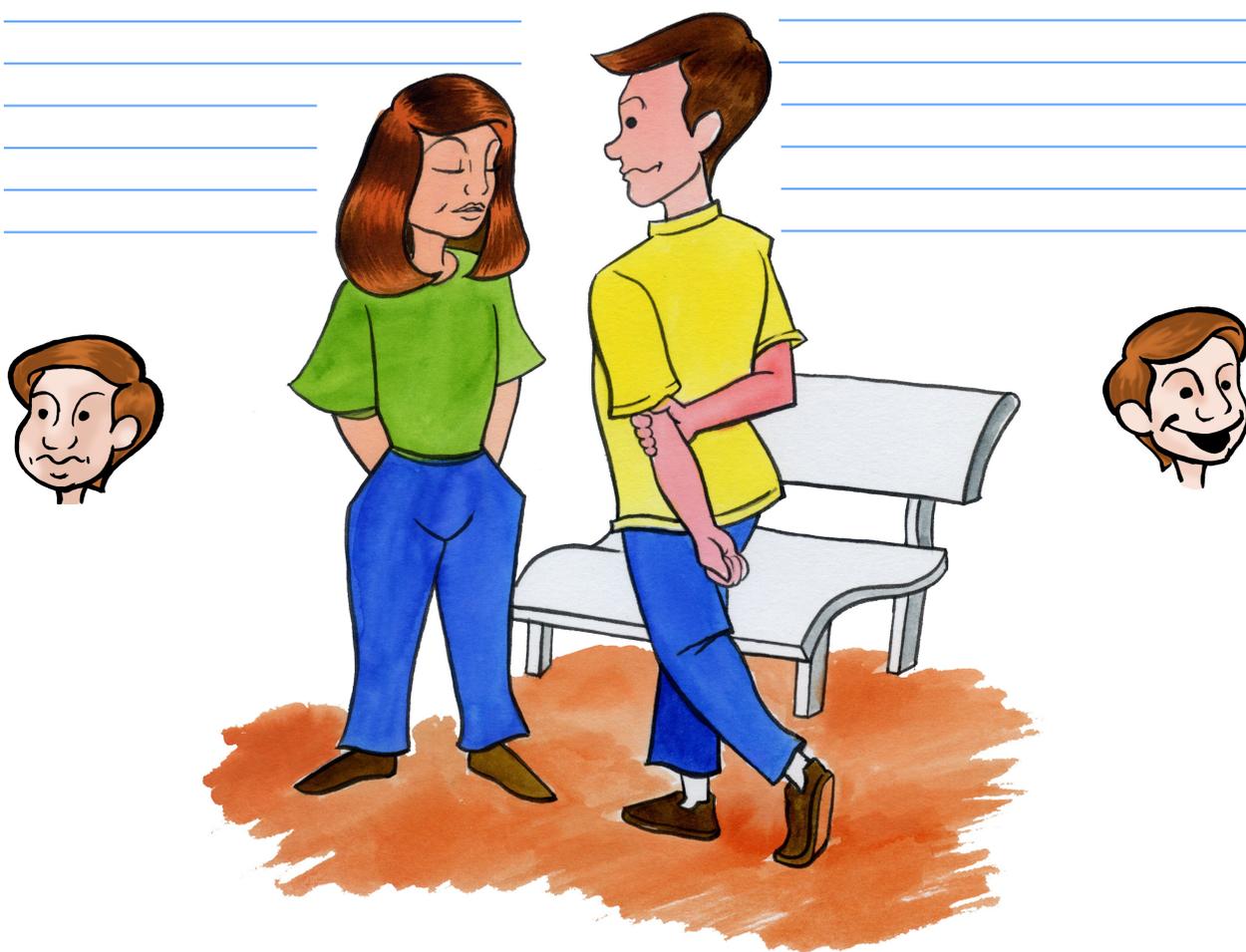


SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

EXERCICI 3: En Guillem ha demanat a na Carme per anar a menjar una hamburguesa junts, i ella està a punt de donar-li la resposta. Què pot estar pensant en Guillem en aquests moments? Posau exemples de pensaments inútils (negatius) i de pensaments útils (positius).

*Exemple de pensaments
inegatius*

*Exemple de pensaments
positius*



SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

EXERCICI 1: *En Pere està tornant a casa tardíssim i està preocupat, ja que creu que rebrà un càstig segur. Indica els pensaments negatius que pot tenir i canviau-los després a positius.*

Exemple de pensaments negatius _____ *Exemple de pensaments positius* _____



The illustration shows a man with brown hair, wearing a yellow long-sleeved shirt and blue trousers, standing in a doorway. He has a worried expression and is looking towards the left. Above the doorway is a small white sign with the number '12' in blue. To the left of the doorway is a small cartoon head of the same man with a sad, frowning expression. To the right of the doorway is another small cartoon head of the same man with a happy, smiling expression. The background is white, and the floor is a light grey.

SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

EXERCICI 2: Llegiu la història que teniu a continuació, i subratllau els pensaments negatius. A l'espai en blanc que teniu més avall, canvieu els pensaments que heu subratllat (els negatius), per pensaments més positius, amb els que n'Andreu pugui resoldre de la millor manera possible la situació en què es troba, i sentir-se més tranquil.

La setmana que ve he de representar un personatge en una obra de teatre i em té molt preocupat. Segur que m'oblidaré del guió. Tothom se'n riurà de jo i em sentiré un estúpid, un fracassat... He d'actuar davant 300 persones!!! I encara he d'acabar el vestit que m'he de posar... He de recordar totes les frases exactes que he de dir... NO PUC EQUIVOCAR-ME! Si no ho faig bé seré un inútil i deixaré el teatre, ja que hauré demostrat que no serveixo per això. La gent espera que actui bé i no els puc fallar. AAAAAH!!!... Mai ho podré fer! Em posaré nerviosíssim i tothom ho notarà... Així mai seré un bon actor.

SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

*Escriviu els pensaments positius que ajudaran a
afrontar millor la situació a n'Andreu a l'espai en
blanc:*



SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

EXERCICI 3: ELS MEUS PENSAMENTS NEGATIUS

*Escriu una situació que et posi nerviós/a i els
pensaments negatius que et provoca.*

Després canvia-los per pensaments positius.

SITUACIÓ:

JO PODRIA PENSAR...

Pensaments NEGATIUS

Pensaments POSITIUS



SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAJENTS... I REPÀS DE TOT

...I PER ACABAR: REPASSAM!

SESSIÓ 1: QUÈ ÉS L'ANSIETAT?

Què és l'ansietat?

Quina diferència hi ha entre l'ansietat bona i dolenta?

De quines tres formes es manifesta l'ansietat?

Quina funció tenen les sensacions d'ansietat?

SESSIÓ 2: SENSACIONS D'ANSIETAT

Quan estam nerviosos...

Per què ens va el cor aviat?

Per què ens podem marejar?

De vegades sentim malestar a la panxa, per què?

SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

Per què suam?

Què és el que fa que tremolem?

Estan relacionades aquestes sensacions, o són independents unes de les altres?

En quines altres situacions, en les que no estam nerviosos, podem sentir que el cor ens va aviat, ens marejam, ens fa mal la panxa, suam o tremolam?

SESSIÓ 3: DISTRACCIÓ I EXPOSICIÓ

Què passa si ens fixam molt en les sensacions de l'ansietat?

Com ho faríeu per a no fixar-vos en aquestes sensacions?

SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENSAMENTS... I REPÀS DE TOT

Hi ha dos tipus d'afrontament: el positiu i el negatiu. L'afrontament negatiu es pot dur a terme de tres maneres, quines?

Com s'ha d'afrontar una situació que crea ansietat per a que el resultat sigui positiu?

Què aconseguirem si ens exposam a les situacions que ens provoquen malestar?

Com ho hem de fer per exposar-nos de manera adequada?

SESSIÓ 4: RESPIRACIÓ I RELAXACIÓ
Quina és la forma correcta de respirar?

Com ho hem de fer per relaxar els nostres músculs?

SESSIÓ 6: MÉS SENTIMENTS I PENŞAMENTS... I REPÀS DE TOT

SESSIÓ 5: SENTIMENTS I PENSAMENTS

Què provoca les emocions que sentim, la situació o els pensaments?

Com ho hem de fer per pensar de manera positiva?

Posau algun exemple de preguntes que ens ajuden a pensar de forma positiva.

FELICITATS!!!
HAS ACONSEGUIT ACABAR
AMB ÈXIT LES
SESSIONS, APRENENT A
MANEJAR L'ANSIETAT I LES
SITUACIONS EN LES QUE
AQUESTA ES PRESENTA.
BONA FEINA!!
L'ÚNIC QUE ARA HAS DE FER
ÉS TENIR EN COMPTA TOT EL
QUE HAS APRÈS I PRACTICAR-
HO QUAN HO NECESSITIS.
Firmat:
El grup d'educadors.



ANNEX XII

Informe final de resultats per a les famílies
(versió en castellà)



Grup de Recerca en Neurodinàmica i Psicologia Clínica

**DETECCIÓ I PREVENCIÓ DE PROBLEMES
D'ANSIETAT EN ADOLESCENTS**

**INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE
VULNERABILIDAD PARA LA ANSIEDAD**

Nombre del participante:

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de factores de vulnerabilidad para la ansiedad, realizados en el marco del estudio “Detección y prevención de problemas de ansiedad en adolescentes”. Las evaluaciones fueron realizadas durante los períodos siguientes:

- Evaluación 1: marzo-abril de 2008
- Evaluación 2: junio-julio de 2008
- Evaluación 3: junio-julio de 2009

Se indican todos los instrumentos de evaluación utilizados y junto a ellos:

- Primera columna: nombre de la característica evaluada y las puntuaciones medias y significativas en la población general. La puntuación media (Pt media) es la obtenida por el 70% .
- Segunda columna: se expone una definición de aquello que evalúan los instrumentos utilizados.
- Tercera columna: en la última columna se indican las puntuaciones obtenidas (Pt) para cada una de las características en los tres momentos de evaluación. Seguidamente se indica si estas puntuaciones son superiores a la media (SM) o sí, por el contrario, se encuentran en el promedio (M).

1. SCSR-J (*Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa en Jóvenes*)

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones		
		1	2	3
Sensibilidad al Castigo Media: 3-9 Superior a la media: > 10	Evitación pasiva o inhibición conductual en situaciones generales que involucran novedad o posibles consecuencias aversivas. Miedo o procesos cognitivos producidos por la amenaza de castigo o fracaso.	Pt: 4 M	Pt: 6 M	Pt: 2 M
Sensibilidad a la Recompensa Pt media: 3-10 Superior a la media: >11	Tendencia de respuesta ante situaciones en las que las personas pueden realizar conductas para obtener refuerzo positivo	Pt.: 3 M	Pt: 3 M	Pt: 3 M

2. PANAS-N (*Escala de Afeco Positivo y Negativo para Niños y Adolescentes*)

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones		
		1	2	3
Afecto positivo Pt media: 20-25 Superior a la media >26	Tendencia a experimentar diferentes estados anímicos positivos como la alegría, el interés por las cosas, el entusiasmo, la confianza, etc.	Pt: 26 SM	Pt: 20 M	Pt: 16 M
Afecto negativo Pt media: 17-22 Superior a la media: >23	Tendencia a experimentar un amplio abanico de emociones negativas como el miedo, la culpa y la hostilidad ante situaciones diversas, a pesar de la falta de un estresor objetivo.	Pt: 17 M	Pt: 18 M	Pt: 10 M

3. CERQ (*Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva - Versión Adolescentes*)

Regulación Emocional Cognitiva: capacidad de la persona de modular los niveles de activación y malestar. Forma parte de la capacidad de autoregulación, y está formada por la capacidad de desviar la atención (por ejemplo, ante condiciones desagradables) y de mantenerla focalizada, junto a la capacidad de activar o inhibir la conducta; todo ello con el objetivo de apaciguar la reactividad emocional.

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones		
		1	2	3
Autoculpabilización Pt media: 5-8 Superior a la media: >9	Pensamientos de culpabilización hacia uno mismo en relación a lo que ha pasado	Pt: 9 SM	Pt: 7 M	Pt: 7 M
Aceptación Pt media: 6-11 Superior a la media: >12	Pensamientos de resignación hacia lo que ha pasado	Pt: 14 SM	Pt: 9 M	Pt: 8 M
Rumiación Pt media: 5-9 Superior a la media: >10	Estar pensando todo el tiempo en los sentimientos y pensamientos asociados al acontecimiento negativo	Pt: 4 M	Pt: 7 M	Pt: 5 M
Reenfocamiento Positivo Pt media: 6-11 Superior a la media: >12	Pensar en otra cosa, asuntos agradables, en lugar de en el acontecimiento real	Pt: 7 M	Pt: 10 M	Pt: 9 M
Enfocamiento en Planificación Pt media: 7-11 Superior a la media: >12	Pensar en los pasos a dar para afrontar/tratar el acontecimiento	Pt: 11 M	Pt: 12 SM	Pt: 10 M
Reevaluación Positiva Pt media: 6-10 Superior a la media: >11	Pensar en el significado positivo del acontecimiento en términos de crecimiento personal	Pt: 19 SM	Pt: 17 SM	Pt: 12 SM
Puesta en perspectiva Pt media: 7-11 Superior a la media: >12	Pensamientos utilizados de cara a minimizar la seriedad del acontecimiento comparado con otros	Pt: 10 M	Pt: 11 M	Pt: 7 M

Catastrofizar Pt media: 5-7 Superior a la media: >8	Enfatizar explícitamente el terror de la experiencia	Pt: 5 M	Pt: 7 M	Pt: 5 M
Culpa de otros Pt media: 5-7 Superior a la media: >8	Pensar en que la culpa de lo que ha pasado la tienen los demás	Pt: 13 SM	Pt: 12 SM	Pt: 9 SM
Estilo de regulación emocional cognitiva predominante:				

4. SCAS (Escala de Ansiedad para Niños/as) / SCAS-Padres (Escala de Ansiedad para Niños/as – versión para padres)

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones					
		1		2		3	
Sintomatología ansiosa Pt media: 20-41 Superior a la media: >42	Evalúa síntomas de ansiedad relacionados con diferentes trastornos de ansiedad (fobia social, fobia específica, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, etc.)	Pt joven: 34 M	Pt padres: 6 M	Pt joven: 17 M	Pt padres: 7 M	Pt joven: 18 M	Pt padres: 10 M

5. CDI (Inventario de Depresión para Niños/as)

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones		
		1	2	3
Sintomatología depresiva Ausencia de sintomatología depresiva: < 11 Presencia de sintomatología: > 12	Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Pueden darse: cambios en la alimentación, el sueño, la actividad psicomotora, sentimientos de culpabilidad, dificultades de concentración, etc.	Pt: 15 Valoración: SM	Pt: 6 Valoración: M	Pt: 4 Valoración: M

6. CBCL (Child Behavior Checklist for Ages 6-18 para padres)

Característica y pt normativas	Definición	Evaluaciones		
		1	2	3
Problemas internalizantes Pt superior a la media: > 28	Alteraciones de la emoción. Incluye problemas relacionados con las preocupaciones, miedo, timidez, baja autoestima, tristeza y/o depresión.	Pt: 16 M	Pt: 23 M	Pt: 17 M
Problemas externalizantes Pt superior a la media: > 30	Alteraciones de la conducta. Incluye problemas relacionados con conductas disruptivas, delinquentes, hiperactivas y/o agresivas.	Pt: 9 M	Pt: 22 M	Pt: 8 M

7. ENTREVISTA KIDDIE-SADS:

a) Resultados obtenidos de la entrevista con los padres:

Evaluación 1: No existe evidencia de ningún trastorno

Evaluación 2: En la segunda evaluación no se realizó entrevista

Evaluación 3: No existe evidencia de ningún trastorno

b) Resultados obtenidos de la entrevista con el joven:

Evaluación 1: No existe evidencia de ningún trastorno

Evaluación 2: En la segunda evaluación no se realizó entrevista

Evaluación 3: No existe evidencia de ningún trastorno

8. Nivel de cortisol salivar: El cortisol es una hormona que produce nuestro cuerpo a lo largo de todo el día. Sirve para hacer frente a las demandas del medio (es especialmente importante en situaciones estresantes). Se facilita el nivel de cortisol secretado antes de la tarea estresante.

Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3
Nivel cortisol: 0,15 mg/dl (M)	Nivel cortisol: 0,2 mg/dl (M)	Nivel cortisol: inferior a 0,10 mg/dl (M)

9. Respuesta cardíaca ante una tarea estresante: Se mide la tasa cardíaca (latidos por minuto).

Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3
Latidos por minuto: 94,67 (SM)	Latidos por minuto: 91,82 (SM)	Latidos por minuto: 87,92 (SM)

10. Actividad electrodérmica ante una tarea estresante: Nos da información acerca del nivel de actividad de las glándulas sudoríparas de la piel (en microsiemens)

Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3
Nivel de actividad: 15 (M)	Nivel de actividad: 12 (M)	Nivel de actividad: 17 (M)

Muchas gracias por su colaboración.

Palma de Mallorca, a 30 de noviembre de 2009

Maria Balle Cabot
Investigadora Responsable
Psicóloga Colegiada núm B-1401

**El presente informe no tiene ninguna utilidad diagnóstica. Puntuaciones elevadas en cualquiera de los instrumentos administrados no indica necesariamente presencia de alteraciones psicológicas. Para cualquier duda o aclaración pueden ponerse en contacto con la investigadora responsable en el número de teléfono 971259517.*

ANNEX XIII

Article de l'estudi 1:

Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Anxiety Disorders



Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling

Miquel Tortella-Feliu*, Maria Balle, Albert Sesé

University of the Balearic Islands, Department of Psychology, and University Research Institute on Health Sciences (IUNICS), Edifici Guillem Cifre, Carretera de Valldemossa km. 7.5, 07122 Palma, Mallorca, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 21 July 2009
Received in revised form 19 April 2010
Accepted 22 April 2010

Keywords:
Negative affectivity
Emotion regulation
Anxiety
Depression
Youth
Structural equation modeling

ABSTRACT

The relationship between negative affectivity (NA) and emotion regulation (ER) in determining anxiety and depressive symptomatology was examined in a large ($n = 1441$) sample of adolescents (12–17 years old). Two models, diverging only as to inclusion or exclusion of a path from NA to negative ER, were analyzed through structural equation modeling; the goal was to explore the mediational or non-mediational role of ER in determining anxiety symptoms. The models yielded similar adequate fit to data, indicating that both NA and negative ER contribute to anxiety symptoms which, in turn, significantly determine depressive symptomatology. The mediational model better captures the relationships revealed in the data, with NA determining negative ER to a great extent. Additionally, most individuals scoring highly in NA also tend to score highly in negative ER, indicating that adolescents with heightened NA are prone to a dysfunctional style of ER.

© 2010 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

1.1. Commonalities in the origins of emotional disorders

There is increasing recognition that anxiety and other emotional disorders have more commonalities than differences, from both a phenomenological and etiological perspective. This is perfectly captured in the well-known comprehensive triple vulnerabilities model proposed by Barlow (1988, 2000), Barlow, Allen, and Choate (2004) and in Craske's (2003) interactive layer model for the origins of anxiety disorders. In both models broad vulnerability factors, especially negative affectivity, are considered to contribute significantly to the development of anxiety. Data suggest that the connection between temperamental traits and other emotional disorders such as depression is mediated by anxiety symptoms (e.g., Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet, & Bogie, 2001). Both share the component of negative affect which has been claimed, from the tripartite model of anxiety and depression (Clark & Watson, 1991; Watson, 2005; Watson, O'Hara, & Stuart, 2008), to help explain the association between these psychopathological classes (see Anderson & Hope, 2008, for a review in adolescents). More-

over, there is substantial evidence that there may be a temporal relationship between anxiety and depression in youth and adult populations, with anxiety symptomatology and anxiety disorders tending to precede depression or, at least, increasing the risk for subsequent depression (e.g., Anderson & Hope, 2008; Bittner et al., 2004; Brady & Kendall, 1992; Chorpita & Daleiden, 2002; Kessler et al., 1996; Merikangas & Avenevoli, 2002).

1.2. The role of temperament: negative affectivity and emotion regulation

The temperamental traits “negative affectivity” (NA) and “emotion regulation” (ER), as well as other related temperamental constructs such as effortful control, are key elements of theoretical models explaining the development of anxiety and depressive disorders (e.g., Lonigan & Phillips, 2001; Nigg, 2006; Rothbart, Posner, & Hershey, 1995; Rothbart & Rueda, 2005), from the developmental and personality research traditions. Although there have been significant advances in unlocking origins of anxiety in the last decade, including processes and mechanisms linking NA to the emergence of emotional disorders, “the field continues to lack a truly comprehensive theory of the developmental psychopathology of childhood anxiety” (Weems, 2008).

NA is the temperamental factor most commonly associated with anxiety and other emotional disorders (Lonigan & Phillips, 2001; Muris & Ollendick, 2005; Nigg, 2006). It is considered to be

* Corresponding author. Tel.: +34 971172579; fax: +34 971173190.
E-mail addresses: miquel@ndpc.cat (M. Tortella-Feliu), maria.balle-cabot@uib.cat (M. Balle), albert.sese@uib.cat (A. Sesé).

a common characteristic underlying these disorders as well as a well-established risk factor for their development. NA is an overarching construct including similar and overlapping concepts from different personality and motivation models, mainly those of neuroticism (Eysenck, 1967), sensitivity to punishment (Gray, 1987), and negative affect (Clark & Watson, 1991). NA can be broadly defined as “the proneness to experience an array of negative emotional states, and to activate defensive motivational systems” (Craske, 2003, p. 49). However, many individuals with heightened NA do not exhibit high levels of anxiety symptomatology or do not consequently develop anxiety disorders. This has led researchers to examine potential factors that mediate or moderate the relationship between the temperamental trait of NA and the presence of anxiety symptoms and the development of later anxiety pathology at clinical levels.

ER is perhaps the construct most frequently cited as playing this mediating or moderating role. A great deal of recent research has been devoted to this topic, highlighting its significance in understanding psychopathological processes. Some styles of ER, labeled as poor or negative, are considered to contribute to anxiety through mechanisms such as attentional bias to threat stimuli, increased unpredictability, and lack of contingency awareness; these ER styles elevate the threat value of negative affect and related stimuli (Craske, 2003; Lonigan & Vasey, 2009).

As of yet, there is no consistent definition of ER (e.g., Amstadter, 2008; Bridges, Denham, & Ganiban, 2004; Cole, Martin, & Dennis, 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004; Weems & Silverman, 2006). Several approaches to ER, from different psychological traditions, coexist, mainly (a) the process model of emotion that integrates the broad literature on psychosomatic medicine with that of coping and clinical psychology (Gross, 1998), (b) the developmental psychology literature (Thompson, 1994) as well as (c) studies grounded in the biobehavioral and personality (mainly temperamentalist) research traditions (e.g., Eisenberg et al., 2001, 2005; Eisenberg & Spinrad, 2004; Lonigan & Phillips, 2001; Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Rothbart & Derryberry, 1981). Fortunately, there are some commonalities among these definitions (Valiente et al., 2003): all of them conceive of ER, in varying degrees, as the responses that influence the experience and expression of emotions. Divergences embrace, at least, that ER is a part of self-regulation or also including external regulation, to be voluntary/purposeful or involuntary/automatically controlled, and to be a conscious or unconscious process. In this article, we endorse a definition of ER as the individual style of responding to stressful events, specifically “the cognitive way of managing the intake of emotionally arousing information” (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Garnefski, Kraaij, and van Etten, 2005, Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer, and Teerds (2002) and Garnefski, van den Kommer, et al. (2002) have reported that, in both adolescents and adults, use of negative forms of ER (self-blame, rumination, catastrophizing) and, to a lesser extent, not using positive ways to manage the intake of emotionally arousing information, predicts a significant number of symptoms of depression and anxiety. Poor ER has been also found in children with anxiety disorders (Suveg & Zeman, 2004) and has been associated with anxiety and depressive symptoms when it appears in conjunction with high frequency of negative affect (Suveg, Hoffman, Zeman, & Thomassin, 2009).

From a wider clinical perspective, there is strong evidence that some kinds of ER (such as attempts to avoid or to suppress expressions of emotion and unwanted thoughts) are closely related to most, if not all, anxiety and depressive disorders. In fact, these processes are considered to be a core feature in the maintenance of these problems (e.g., Barlow et al., 2004). Moreover, negative cognitions that can be considered negative forms of ER appear to be specifically associated with negative affect (Mausbach, Roepke, Depp, Patterson, & Grant, 2009). That is, it is accepted that some

forms of ER that could generally be labeled as emotional avoidance are clearly counterproductive or negative in contributing to exacerbating and maintaining anxiety symptoms.

Additionally, evidence is growing that individuals who are low in effortful control, an important form of self-regulation considered central to cognitive and emotional regulation of children’s behavior (Rothbart & Rueda, 2005), and who are also high in NA, are prone to exhibit greater anxiety symptoms and to develop anxiety and other emotional disorders. In summary, having ER deficiencies or having a negative style of ER are associated with higher levels of psychopathology; anxiety disorders appear to result from the combination of high NA and negative or poor ER.

1.3. Relationships between negative affectivity and emotion regulation

Despite recent inroads, knowledge is still scarce about the relationship between NA and ER, and how both operate in the development of anxiety and other emotional disorders. Rothbart and Bates (1998) claim to examine the interactions between or among different temperamental characteristics is now starting to be addressed systematically in the literature. Some consistent data suggest that an attentional bias to threat stimuli, along with difficulties in executive and cognitive control processes, could be a central mechanism linking NA and ER (Lonigan & Vasey, 2009; Verstraeten, Vasey, Raes, & Bijttebier, 2009).

The current study focuses mainly on the relationships between NA and ER. One question that remains to be answered and that has garnered little attention thus far is: to what extent can negative ER be determined, at least in part, by other temperamental features such as NA? The ER research tradition on effortful control hypothesizes that a failure in this process could be due, in part or in some cases, to temperamentally low capacity (Lonigan & Phillips, 2001; Rothbart, 2007). Nigg (2006) analyzed the distinction between effortful control and reactive control, a more automatic form of ER (Eisenberg & Spinrad, 2004); he indicated that reactive control would primarily be related to other temperamental traits such as extraversion or neuroticism (or NA); he considers this to be a key empirical question to be explored further. Moreover, Craske (2003) considers that some kinds of ER not only contribute to anxiety but also represent the manifestation of anxiety. Similarly, Davidson (1998) and Amstadter (2008) noted that emotions are rarely generated without accompanying regulatory processes. That is, ER is an inherent aspect of emotional response tendencies.

Lynch, Robins, Morse, and Krause (2001) used structural equation modeling to test a theoretical model relating negative affect intensity, emotion inhibition (a type of negative ER), and psychological distress in clinical and nonclinical samples. One especially relevant result of this study was that negative affect intensity determines, to some extent, the degree to which one attempts to control emotions by avoiding expressions of emotion and trying to suppress unwanted thoughts; furthermore, these ER strategies lead to increased psychological distress. Suveg et al. (2009) and Suveg and Zeman (2004) have also studied the relationship between experiencing emotions with high intensity and/or presenting a high frequency of negative affect with the difficulty of managing negative emotions such as worry, anger, sadness or hyperarousal in an adaptive way. That is, the manner in which emotions are experienced (with more or less intensity), which is widely associated with the NA temperamental trait, might determine the ability to regulate them. Suveg and Zeman (2004), and more recently Weems and Silverman (2006), discuss this in the more general context of conceiving of ER not only in terms of actual control but also as diminished perceived control and low self-efficacy with regulating emotions.

As the above studies suggest, some kinds of ER, those labeled as negative (thought suppression, rumination, etc.), could represent, at least partially, a reflection of NA. That is, could negative ER be, in some degree, a reactive control response that is greatly determined by heightened NA? In general, theoretical models view NA and ER as independent yet related temperamental factors.

1.4. The current study

The purpose of this study was to examine the relationship between NA and ER in determining concurrent anxiety and depressive symptomatology in adolescents.

In the present study, NA includes the concept of negative affect from the tripartite model (Clark & Watson, 1991; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) and also considers sensitivity to punishment as a measure of the behavioral inhibition system from Gray's (1987) reinforcement sensitivity theory. The aforementioned models have been systematically used in research on the relationship between personality and psychopathology; while negative affect has been studied in relation to ER and self-regulation, scarce research has been conducted on the relationship between the behavioral inhibition system and ER (Bijttebier, Beck, Claes, & Vandereycken, 2009).

Two overall theoretical models relating NA, ER, and anxiety and depressive symptomatology were evaluated using structural equation modeling in a large nonclinical adolescent sample. In the first model, the structural paths relating the latent variables included paths from negative affect, sensitivity to punishment, and negative ER to anxiety symptoms and an additional path from anxiety to depressive symptoms. In this model, NA and negative ER were each viewed as making a unique contribution to anxiety symptoms (non-mediational model). The second model (mediational model) considers whether NA determines negative ER. It includes paths from negative affect and sensitivity to punishment to negative ER, from which a path connects with anxiety symptoms; the last path extends from anxiety to depressive symptoms.

To further evaluate the relationship between NA and negative ER, the pattern of distribution of both variables was analyzed across the whole sample. This allowed us to explore the tendency of individuals with high and low NA to also exhibit high or low scores, respectively, in negative ER; furthermore we could then compare the resulting subsamples in terms of self-reported anxiety and depressive symptoms.

It was hypothesized that: (1) both high NA and negative ER, irrespective of the mediational or non-mediational role of ER, would be associated with anxiety symptoms, (2) that depressive symptomatology would be largely determined by anxiety, (3) that high NA would be related to an increased use of negative ER, and (4) that ER would be mediating the relationship between NA and anxiety symptoms.

2. Method

2.1. Participants

The sample consisted of 1441 adolescents (693 males, 748 females) from six secondary schools in the same educational region who agreed to participate in the study. Participants ranged in age from 12 to 17 years ($M = 14.04$; $SD = 1.34$) and came from diverse socioeconomic backgrounds in a bilingual Catalan-Spanish community.

2.2. Measures

2.2.1. Positive and negative affect

The Positive and Negative Affect Schedule for Children and Youth (PANAS-CY; Sandín, 2003), specifically an adaptation for

individuals aged 7–17 years of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988), was used in its original Spanish version. This is a self-report instrument consisting of two 10-item scales measuring positive and negative affect. Participants were asked to rate items according to how they usually feel (1 = never, 2 = sometimes, 3 = very often). For males, internal consistency was $\alpha = .73$ for the positive affect scale and $\alpha = .74$ for the negative affect scale. For females, Cronbach's α was .72 and .75 for positive and negative affect, respectively. Cronbach's alpha for our screened sample was .77 for positive affect and .74 for negative affect. For this study, only the negative affect scale was used in data analysis.

2.2.2. Sensitivity to punishment and Sensitivity to reward

The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras, & Grande, 2008) in its original Catalan version was used. This is a self-report instrument adapted for children and adolescents from the adult version developed by Torrubia, Àvila, Moltó, and Caseras (2001). The SPSRQ-J is a 30-item yes–no questionnaire containing two scales of 15 items each: sensitivity to punishment and sensitivity to reward. Scores for each scale were obtained by adding up all “yes” answers. Internal consistency for the sensitivity to punishment scale was $\alpha = .73$ for males and .79 for females. Test–retest reliability was $r = .75$ for males and .79 for females. As for the sensitivity to reward, internal consistency was $\alpha = .67$ for males and .74 for females. For both males and females, test–retest reliability was $r = .78$. Cronbach's alpha for our screened sample was .75 for sensitivity to punishment and .65 for sensitivity to reward. In the current study, only the sensitivity to punishment scale was relevant to the hypothesis and was therefore used in the analyses.

2.2.3. Emotion regulation

A Catalan version (Tortella-Feliu & Balle, 2008) of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001) was used. This is a self-report instrument designed to assess cognitive emotion regulation defined as “the cognitive way of managing the intake of emotionally arousing information” (p. 1313). It consists of 36 items to be answered on a scale of 1–5 (1 = [almost] never, 5 = [almost] always) regarding the way the individual generally responds when confronted with a negative or unpleasant event. The questionnaire includes nine subscales with four items each, which correspond to nine cognitive strategies. Four of the subscales are grouped as “negative cognitive emotion regulation” (self-blame, rumination, catastrophizing, and blaming others) and five subscales are grouped as “positive cognitive emotion regulation” (acceptance, positive refocusing, refocus planning, positive reappraisal, and putting into perspective). Each subscale score is obtained by adding up scores for the four items. A global positive and negative cognitive emotion regulation score can also be obtained by finding the total of each subscale score in each category. The original questionnaire internal consistency was $\alpha = .92$ for the whole instrument, $\alpha = .89$ for the Positive Regulation Scale and $\alpha = .89$ for the Negative Regulation Scale. Test–retest reliability (at 5 months) was $r = .64$ for the whole questionnaire, and $r = .62$ for both the Positive and Negative Scales. The Catalan version of the CERQ (Tortella-Feliu & Balle, 2008) internal consistency was $\alpha = .88$ for the whole instrument, $\alpha = .85$, for the Positive Regulation Scale, and $\alpha = .84$ for the Negative Regulation Scale. Cronbach's alpha for our screened sample was .89 for the total score, .86 for the positive scale, and .83 for the negative scale. In this study only the global negative cognitive emotion regulation score was used in data analysis.

2.2.4. Anxiety symptomatology

The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998) in its Catalan version (Tortella-Feliu, Balle, Servera, & García de la Banda, 2005) was used. This is a 38-item scale (with six additional items assessing social desirability) designed to assess children's reports of anxiety; it provides information about specific childhood anxiety disorders. It comprises six subscales: panic/agoraphobia, social anxiety, separation anxiety, generalized anxiety, obsessions/compulsions, and fear of physical injury. Scores for this scale range from 0 to 114. Greater scores indicate greater self-reported anxiety symptoms. In its original version the scale has good internal consistency ($\alpha = .92$) and test–retest reliability ($r = .60$). The Catalan version of the SCAS has also a good internal consistency ($\alpha = .87$), and a test–retest reliability of $r = .74$ (3 weeks). Cronbach's alpha for our sample in this study was .91.

2.2.5. Depressive symptomatology

To measure depressive symptomatology a Catalan version (Servera & Tortella-Feliu, 1999) of the Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) was used. This is a 27-item scale for the assessment of depressive symptoms in children. Scores for this scale range from 0 to 54, with greater scores indicating more depressive self-reported symptoms. Kovacs (1992) reported adequate internal consistency across different studies and samples (Cronbach's α ranging from .71 to .89) and 2–3 weeks test–retest reliability ranging from .74 to .82. The Catalan version of the CDI internal consistency was $\alpha = .76$ and test–retest reliability (3 months) was $r = .55$ (Servera & Tortella-Feliu, 1999). Cronbach's alpha for our screened sample was .84.

2.3. Procedure

All of the public secondary schools in the educational region were invited to participate into the study. Six schools agreed to participate. All of the parents of the children available for assessment ($n = 2128$) were sent a written description of the purpose of the study and were informed that they were free to decline to participate. Parents were required to return the signed consent form to the school administration if their children were accepted for evaluation. Written consent was also requested of the children who had obtained parental authorization to participate in the study ($n = 1441$, 67.72% of the children initially available for assessment). The questionnaires were administered to groups of 20–25 children in their classrooms. Participants completed first the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire–Junior, second the Positive and Negative Affect Schedule for Children and Youth, third the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, the Spence Children's Anxiety Scale and finally the Children's Depression Inventory. The study was previously approved by the ethical committee of the University.

2.4. Statistical analyses

Self-reported data on NA, ER, anxiety, and depressive symptoms from a sample of 1441 participants aged 12–17 years old were analyzed using structural equation modeling. As to missing values, a listwise deletion method was implemented and no imputation method was applied. Preliminary descriptive statistics for each item were performed to determine the appropriateness of structural equation modeling for the data. In addition, we tested for multivariate normality with a PRELIS program. We used LISREL 8.80 software (Jöreskog & Sörbom, 2006) with maximum likelihood estimation to test two alternative models: (1) the non-mediational model that included paths from negative affect, sensitivity to punishment, and negative ER to anxiety symptoms, with an additional path extending from anxiety to depressive

Table 1

Fit indices for the alternative models.

Indices	Non-mediational model	Mediational model
χ^2 (df) ^a	11112.2870 (2620)	9396.5211 (2622)
<i>p</i>	<.0001	<.0001
χ^2/df ^b	4.2413	3.5837
RMSEA ^c	.04744	.04850
CI ^d 90% RMSEA	(.04653; .04836)	(.04759; .04940)
<i>p</i> (RMSEA < .05)	1.00	.9968
SRMR ^e	.05404	.06213
CFI ^f	.9407	.9375

^a Degrees of freedom.

^b χ^2 to degrees of freedom ratio.

^c Root Mean Square Error of Approximation.

^d Confidence Interval.

^e Standardized Root Mean Squared Residual.

^f Comparative Fit Index.

symptoms; (2) the mediational model that included paths from negative affect and sensitivity to punishment to negative ER from which a path extended to anxiety symptoms, and an additional path that extended from anxiety to depressive symptoms.

To assess overall fit of both models, we used χ^2 , the relative/normed χ^2 to degrees of freedom (*df*) ratio, the Comparative Fit Index (CFI), the Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR), and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). A model can be considered to fit the data if $\chi^2/df < 2$, RMSEA < .05, SRMR < .08, and CFI $\geq .90$ to .95. These indices and proposed cut-off points were chosen on the basis of their performance in previous Monte–Carlo simulations and recommendations based on these simulations (Hu & Bentler, 1999). To test single parameters, we adopted the 5% significance criterion (i.e., *t*-value of parameters of 2.00).

To further explore the relationship between NA and negative emotion regulation (N-ER), subjects scoring in the upper and lower quartiles for negative affect, sensitivity to punishment, and/or N-ER were selected. Then, depending on scores, the subjects were allocated to one of the following four groups for each NA construct (negative affect or sensitivity to punishment): high NA + high N-ER, high NA + low N-ER, low NA + high N-ER, and low NA + low N-ER. Chi-square tests were performed to evaluate differences in the number of subjects assigned to each of the aforementioned groups.

3. Results

3.1. Preliminary analyses

In the preliminary descriptive statistics for each item included in the structural equation model, the stem-and-leaf plots indicated that the data were not distributed normally. However, the skewness of the distributions ranged from $-.47$ to 1.39 and the kurtosis ranged from -1.53 to 1.51 . Slight skewness and kurtosis deviations from zero indicate little or no departure from normality, justifying the use of structural equation modeling on our data. Moreover, examinations of the univariate and multiscatter plots and further visual inspection of the data did not reveal outliers. In addition, we tested for multivariate normality with the PRELIS program. The multivariate normality test revealed a relative multivariate kurtosis value of 1.108. This result indicated that there were no serious deviations from multivariate normality. It also verified the appropriateness of maximum likelihood estimation used in this study.

3.2. Structural equation modeling

The fit indices for both models are reported in Table 1.

Results for the non-mediational model showed a reasonable fit to the data. As depicted in Table 1, the chi-square index was

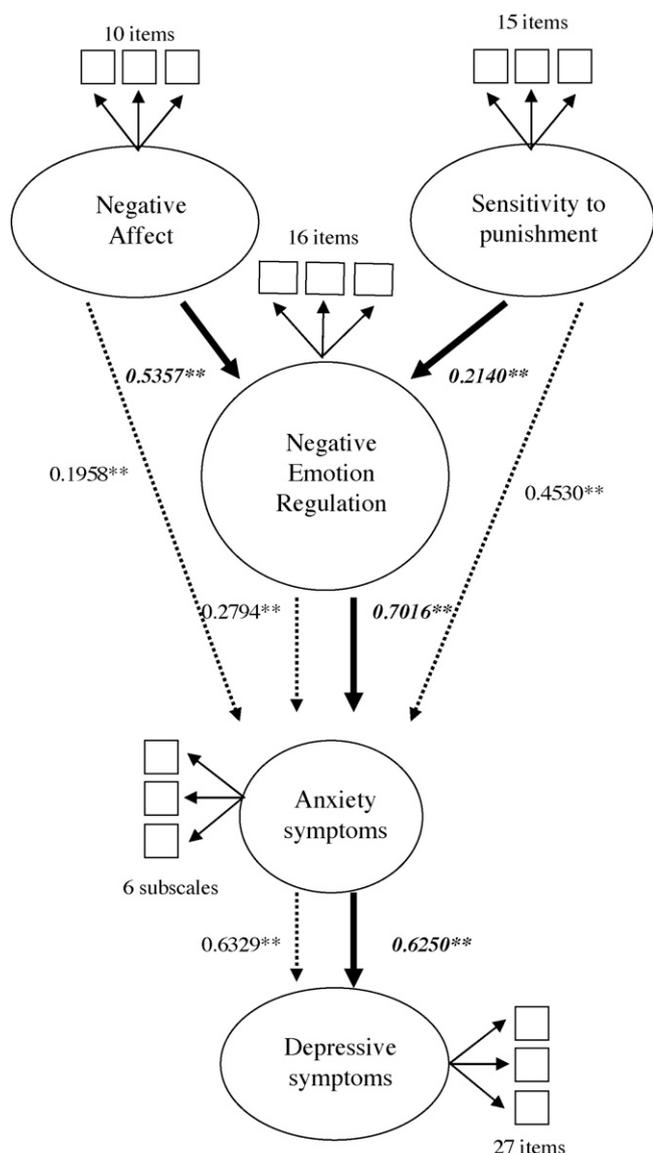


Fig. 1. Path model with values representing standardized path coefficient. Bold solid arrows represent the mediational model, and dashed arrows represent the non-mediational model. ** $p < .01$.

statistically significant and incremental indices (CFI) obtained values between .90 and .95. RMSEA, its p -value for close fit ($p = 1.00$), and SRMR were indicative of good overall fit. All parameters were statistically significant ($p < .01$).

The mediational model also yielded an adequate fit to the data, and obtained similar results (see Table 1). The chi-square was statistically significant: χ^2/df was greater than two, and incremental indices obtained values below .95, all of which were indicative of poor fit. But RMSEA, its p -value for test to close fit, and SRMR all demonstrated a reasonable overall fit for the model. All parameters were also statistically significant ($p < .01$).

A simplified diagram of the non-mediational and mediational models is depicted in Fig. 1. Factor loadings of all latent variables are not depicted for simplicity reasons.

In the non-mediational model, sensitivity to punishment explained 20.5% of anxiety symptoms, negative affect explained 3.8%, and negative ER accounted for 7.8% of the variance. Globally, the three latent variables accounted for 65.19% of anxiety symptoms.

Table 2
Distribution of participants scoring in the highest and lowest quartiles in negative affect, sensitivity to punishment, and negative emotion regulation.

High negative affect		Low negative affect		χ^2	p
High N-ER ^a	Low N-ER	High N-ER	Low N-ER		
N = 160	N = 14	N = 27	N = 136	193.67	.0001
High SP ^b		Low SP		χ^2	p
High N-ER	Low N-ER	High N-ER	Low N-ER		
N = 112	N = 14	N = 32	N = 123	125.38	.0001

^a Negative emotion regulation.

^b Sensitivity to punishment.

In the mediational model, negative affect and sensitivity to punishment accounted for 28.7% and 4.6% of negative ER, respectively. Taken together, negative affect and sensitivity to punishment determined 49.6% of the style of ER while ER accounted for 49.2% of anxiety symptoms. In both models, variance in the depressive symptoms is similarly explained, for around 40% of the variance, by anxiety symptomatology.

At this point, with two models of similar overall fit, a chi-square test was performed to test differences between the discrepancies. The difference between chi-squares values ($|\Delta\chi^2| = |11112.2863 - 9396.5211| = 1715.7652$) was statistically significant ($p < .0001$) with two degrees of freedom ($|\Delta df| = |2620 - 2622| = 2$), and indicated that the mediational model was significantly more effective at explaining the data than the non-mediational model. However, RMSEA and SRMR obtained better values for the non-mediational model (see Table 1).

3.3. Pattern analysis of the NA and negative ER scores distribution

To further explore the relationship between NA and ER respondents with extreme scores on the distributions of NA and N-ER were selected. Specifically, as mentioned in Section 2.4, the selection included participants with scores falling in the lowest or highest quartiles of NA distribution (both for negative affect and sensitivity to punishment), and N-ER. This provided four groups for each NA construct (negative affect or sensitivity to punishment): high NA + high N-ER, high NA + low N-ER, low NA + high N-ER, and low NA + low N-ER.

The number of subjects in each of the four groups is depicted in Table 2. The chi-square tests showed that groups differed greatly in the number of subjects belonging to each category (see Table 2).

Most of the subjects scoring high in NA, irrespective of the construct being measured such as negative affect or sensitivity to punishment, were also high in N-ER (91.95% and 88.88%, respectively); most of the subjects scoring low in NA also scored low in N-ER (83.44% and 79.35%). Few subjects (from 8.5% to 20.65%) scoring high or low in one of both NA constructs were in the opposite quartile in N-ER.

4. Discussion

As hypothesized, our data support the conception that both a heightened NA (negative affect and sensitivity to punishment) and a negative style of ER are associated with the increased presence of anxiety symptoms (hypothesis 1), and that anxiety determines to a great extent depressive symptomatology (hypothesis 2). These results are supported by the structural equation models.

A heightened NA (both negative affect and sensitivity to punishment) appeared to be associated with an increased use of a negative style of ER (as stated in hypothesis 3). Beyond the limitations inherent in a cross-sectional study that precludes the possibility of

establishing causal links, the two models obtained similar overall fits. Regarding the test differences between model discrepancies, the mediational model appears to explain the data better than the non-mediational model (hypothesis 4). From an analytic perspective, regarding standardized path coefficients, the strength of the association among latent variables is greater in the mediational model than in the non-mediational one. That is, as observed in the overall fit of models, the analytical approach also indicates that the mediational model better captures the relationships found in the data, with NA determining negative ER to a great extent.

Moreover, further analysis showed that individuals scoring high in negative affect or in sensitivity to punishment also tended to score high in negative ER; furthermore, those scoring low in one of the NA variables also scored low in negative ER. That is, very few subjects with heightened or lowered NA exhibited high or low negative ER, respectively. Results suggest that negative forms of ER might not only partially mediate the relationship between NA and anxiety and depression; it might also be the case that adolescents scoring high in NA are prone to engage in dysfunctional styles of ER. Negative ER, as a tendency to engage in counterproductive styles of managing emotional responses, could be to some extent a form of reactive control in those subjects who are prone to emotional reactivity. This leads to the question of whether a negative style of ER is more of an automatic/unconscious process than a purposeful/conscious one notably determined by temperamental traits. Some forms of negative ER, such as thought suppression or repetitive negative thinking (e.g., ruminating, worrying) can be volitional attempts at reducing emotional responsiveness (Barlow et al., 2004); however, it can also be argued that negative ER reflects an inability to automatically inhibit the processing of threatening cues, or problems with mechanisms of executive and cognitive control. The strength of the association in the results between heightened NA and high scores in negative ER and, conversely, between lowered NA and low scores in negative ER, could be viewed as supporting a reactive control conception; on the other hand, the association might at least suggest that negative affect intensity determines to some extent the degree to which emotions are controlled with a negative style of ER, as previously noted by Lynch et al. (2001), Suveg et al. (2009), and Suveg and Zeman (2004). In the mediational model, the standardized path coefficient from negative affect to negative ER is considerably greater than that observed for sensitivity to punishment. In the only such study we are aware of, Dennis (2007), in relating the activation of the behavioral inhibition system with ER strategies, found that the use of one form of negative ER (expression suppression) was high in a low behavioral inhibition system group of subjects reporting high trait anxiety; he concluded that suppression could represent a unique and expressive vulnerability for trait anxiety.

As hypothesized in previous research, the association between anxiety and depression might be explained by a shared component of negative affect (see Anderson & Hope, 2008 for a review of the tripartite model in youths); the connection between NA and depression might be determined by anxiety (e.g., Muris et al., 2001). In recent years there has been an increasing understanding of genetic influences that appear to be shared between anxiety and depression, likely through the association between 5-HTTLPR (Schinka & Robichaux-Keene, 2004; Sen, Burmeister, & Ghosh, 2004) and/or COMT Val158Met (Stein, Fallin, Schork, & Gelernter, 2005) functional polymorphisms with NA (neuroticism and trait anxiety). Both polymorphisms determine the cortical serotonin (5-HTTLPR) and cortical dopamine (Val158Met) fluxes promoting a bias in the functional reactivity of the corticolimbic circuitry implicated in affective arousal and regulation. The association between anxiety and depressive symptoms might be related to inflexible processing of affective stimuli that possibly impact not only aspects of arousal or emotional reactivity but also behavioral control, thus

contributing to emotional dysregulation (Drabant et al., 2006). That is, genetic influences might also be related not only to reactivity but also to facilitating some styles of ER.

4.1. Limitations and future directions

This study has a number of limitations that must be addressed. First, the design of this study is cross-sectional, which precludes the possibility of establishing causal links. Indeed, it must be noted that, as is commonly the case for any structural equation model, there are an infinite number of equivalent models that will produce the exact same statistical fit but that would also completely change the theoretical perspective. Consequently, we cannot infer causality from these data; evidence for the fit of these two models must be further explored. However, use of structural equation modeling allows one to test complex theories and control for differential item reliability, neither of which is possible with classical analyses such as multiple regression or analysis of variance (Mobbs, Ghisletta, & Van der Linden, 2008).

A second limitation of the study is that our data rely solely on self-reports, whereas it would be desirable to include additional measures as physiological concomitants of the analyzed processes and variables (Nigg, 2006) during laboratory experimental tasks; we are currently doing this with a subsample of individuals from this study. Additionally, in order to promote the integration of several traditions of research in ER, it would be interesting to introduce other measures of this construct as well as related concepts such as effortful control.

The third limitation is that the study included adolescents with a wide range of ages. Different relationships among variables might emerge depending on the age of individuals; however, as pointed out by Weems (2008), anxious emotion may be more stable than particular anxiety disorders in childhood (p. 492). It would be illuminating to study the development trajectories of maladaptive anxious emotion, not only regarding anxiety symptomatology but also other related features such as temperamental traits and specifically ER styles. It would also be valuable to track the potential modifications in ER styles in preventive and early interventions for anxiety in children and adolescents, in order to better understand of ER's role in maintaining and causing anxiety symptoms.

As a fourth weakness, the latent variables in our models have been those most often cited in literature as being related to anxiety. Thus, we excluded other outstanding factors. For example, a recent study addressed the role of positive affect regulation in anxiety disorders (Eisner, Johson, & Carver, 2009), and reported that the tendency to dampen positive affect and the poor ability to savor it are related to the symptomatology of most anxiety disorders. These results indicate that when studying the regulatory processes of affect and emotion in anxiety research, it would be desirable to include analyses not only of how people regulate negative affect but also how they manage positive affect.

4.2. Conclusions

Despite limitations described in Section 4.1, it can be concluded from the current study that NA (specifically negative affect, but also sensitivity to punishment) determines negative ER to a great extent. Most youth with heightened NA are prone to engaging in a dysfunctional style of ER. Moreover, negative forms of ER significantly mediate the relationship between NA and anxiety, and the connection between NA and depression might be determined by anxiety.

Acknowledgments

This study was supported by a grant from the Department of Research, Technological Development, and Innovation of the Gov-

ernment of the Balearic Islands. We would like to thank the many people who helped with the study.

References

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 211–221.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275–287.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's reinforcement sensitivity theory as a framework for research on personality-psychoopathology associations. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2009.2004.2002.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H., Beesdo, K., Hapfler, M., & Leib, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 618–626.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244–255.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75, 340–345.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1150–1160.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316–336.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317–333.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Amsterdam: Elsevier.
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 307–330.
- Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*, 31, 200–207.
- Drabant, E. M., Hariri, A. R., Meyer-Lindenberg, A., Munoz, K. E., Mattay, V. S., Kolachana, B. S., et al. (2006). Catechol O-methyltransferase val(158)met genotype and neural mechanisms related to affective arousal and regulation. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1396–1406.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112–1134.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., et al. (2005). The relations of problem behavior status to children's reactive emotionality, effortful control, and impulsivity: concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, 41, 193–211.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334–339.
- Eisner, L., Johson, S. L., & Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 645–649.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Thomas.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619–631.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603–611.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403–420.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. New York: Cambridge.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows [Computer Software]*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17–30.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- Lonigan, C. J., & Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In: M. W. Vasey, & M. D. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60–91). New York: Oxford University Press.
- Lonigan, C. J., & Vasey, M. W. (2009). Negative affectivity, effortful control, and attention to threat-relevant stimuli. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 387–399.
- Lynch, T. R., Robins, C. J., Morse, J. Q., & Krause, E. D. (2001). A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*, 32, 519–536.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Patterson, T. L., & Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to positive and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 608–615.
- Merikangas, K. R., & Avenevoli, S. (2002). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: M. T. Tsuang, & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed., pp. 657–704). New York: Wiley.
- Mobbs, O., Ghisletta, P., & Van der Linden, M. (2008). Clarifying the role of impulsivity in dietary restraint: a structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 45, 602–606.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B., & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051–1061.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271–289.
- Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 395–422.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 207–212.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 122–135.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In: W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 105–176). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In: M. E. Lamb, & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (pp. 37–86). Hillsdale: Erlbaum.
- Rothbart, M. K., Posner, M. I., & Hershey, K. (1995). Temperament, attention and developmental psychopathology. In: D. Cicchetti, & J. D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology* (pp. 315–340). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Rueda, M. R. (2005). The development of effortful control. In: U. Mayr, E. Awh, & K. Keele (Eds.), *Developing individuality in the human brain: a tribute to Michael I. Posner* (pp. 167–188). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 173–182.
- Schinka, J. A. R. M. B., & Robichaux-Keene, N. (2004). A meta-analysis of the association between the serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and trait anxiety. *Molecular Psychiatry*, 9, 197–202.
- Sen, S., Burmeister, M., & Ghosh, D. (2004). Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *American Journal of Medical Genetics B: Neuropsychiatric Genetics*, 127, 85–89.
- Servera, M., & Tortella-Feliu, M. (1999). *Versió catalana de l'inventari de depressió per a infants (CDI)*. [Catalan version of the Children's Depression Inventory (CDI)]. Unpublished manuscript, Universitat de les Illes Balears.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545–566.
- Stein, M. B., Fallin, M. D., Schork, N. J., & Gelernter, J. (2005). COMT polymorphisms and anxiety-related personality traits. *Neuropsychopharmacology*, 30, 2092–2102.
- Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J. L., & Thomassin, K. (2009). Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 223–239.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750–759.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Torrubia, R., Àvila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837–862.
- Torrubia, R., García-Carrillo, M., Àvila, C., Caseras, X., & Grande, I. (2008). *A junior questionnaire for the measurement of Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward*. Unpublished manuscript, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Tortella-Feliu, M., & Balle, M. (2008). *Versió catalana del qüestionari de regulació emocional cognitiva (CERQ)*. [Catalan version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)]. Unpublished manuscript, Universitat de les Illes Balears.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., Servera, M., & García de la Banda, G. (2005). Propiedades psicométricas de la adaptación catalana de la Escala de Ansiedad en Niño/as de Spence (SCAS) [Psychometric properties of the Catalan version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)]. *Psicología Conductual*, 13, 111–123.

- Valiente, C., Eisenberg, N., Smith, C. L., Reiser, M., Fabes, R. A., Losoya, S., et al. (2003). The relations of effortful control and reactive control to children's externalizing problems: a longitudinal assessment. *Journal of Personality, 71*, 1171–1196.
- Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2009). Temperament and risk for depressive symptoms in adolescence: mediation by rumination and moderation by effortful control. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 349–361.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 522–536.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063–1070.
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 25*, 282–288.
- Weems, C. F. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review, 28*, 488–502.
- Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2006). An integrative model of control: implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders, 91*, 113–124.

ANNEX XIV

Article de l'estudi 2:

Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents

Running head: BIS SENSITIVITY AND SALIVARY CORTISOL

Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents

Relaciones entre la sensibilidad autoinformada del sistema de inhibición conductual y
cortisol en saliva en jóvenes

Maria Balle, Miquel Tortella-Feliu, and Gloria Garcia-Banda

University of the Balearic Islands, Department of Psychology, and University Research
Institute on Health Sciences (IUNICS)

Corresponding author: Miquel Tortella-Feliu. Universitat de les Illes Balears. IUNICS.

Carretera de Valldemossa km.7,5. 07122 Palma (Mallorca, Spain).

E-mail: miquel@ndpc.cat. Phone (+34)971172579, Fax (+34)971173190.

Maria Balle. Universitat de les Illes Balears. IUNICS. Carretera de Valldemossa km.7,5.

07122 Palma (Mallorca, Spain). E-mail: maria.balle-cabot@uib.cat

Gloria Garcia-Banda. Universitat de les Illes Balears. Department of Psychology.

Edifici Guillem Cifre. Carretera de Valldemossa km.7,5. 07122 Palma (Mallorca,

Spain). E-mail: ggbanda@uib.es

Acknowledgment: This study was partially supported by grant AAEE0011/08 from the
Government of the Balearic Islands.

Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents

Relaciones entre la sensibilidad autoinformada del sistema de inhibición conductual y cortisol en saliva en jóvenes

Abstract

This experimental study examines the associations among self-reported behavioral inhibition system (BIS) sensitivity, negative emotion regulation, and salivary cortisol levels in adolescents (12- to 17-year-olds). Twenty participants with high scores in BIS sensitivity (at-risk group) were matched in age and sex to 20 participants scoring in the normal range for BIS sensitivity (the control group). They were exposed to a sustained attentional task with a response cost as well as fear-relevant slides, as potentially stressful task. Salivary samples were collected before and after the stressful tasks. Cortisol levels at pre-task were positively associated with BIS sensitivity, negative affect, and the use of rumination as a form of emotion regulation. At post-task, only rumination correlated positively with cortisol levels. The two groups did not differ in cortisol levels in either of the two salivary samples nor in the cortisol reactivity index, and they demonstrated the same response pattern as far as salivary cortisol decreasing from pre-task to post-task. Additionally, BIS sensitivity, especially rumination, predicted a significant amount of the variance in cortisol levels.

Keywords: behavioral inhibition, salivary cortisol, experimental study, emotion regulation, anxiety

Resumen

Este estudio experimental examina las relaciones entre la sensibilidad autoinformada del sistema de inhibición conductual (BIS), la regulación emocional

negativa y los niveles de cortisol en saliva en jóvenes (12-17 años). Veinte participantes con puntuaciones altas en sensibilidad del BIS (grupo riesgo) fueron emparejados por edad y sexo con 20 participantes con puntuaciones dentro del rango de normalidad en esa misma medida (grupo control). Todos ellos se sometieron a una condición potencialmente estresógena que incluía una tarea de atención sostenida con coste de respuesta y la confrontación a imágenes generadoras de miedo. Las muestras de saliva fueron recogidas antes y después de las tareas estresógenas. Los niveles de cortisol antes de las tareas se asociaron positivamente con la sensibilidad del BIS, el afecto negativo y el uso de la rumiación como forma de regulación emocional. Después de la tarea, solamente la rumiación se encontró positivamente correlacionada con el cortisol en saliva. Los dos grupos no presentaron diferencias en los niveles de cortisol en ninguna de las dos muestras de saliva, ni tampoco en el índice de reactividad, y mostraron el mismo patrón de reducción del cortisol salivar de antes a después de la tarea estresógena. La sensibilidad del BIS y, especialmente, la rumiación explicaron un porcentaje significativo de la variancia de los niveles de cortisol.

Palabras clave: inhibición conductual, cortisol en saliva, estudio experimental, regulación emocional, ansiedad.

Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents.

Negative affectivity is widely recognized to be a basic temperamental factor associated with anxiety and other emotional disorders (Barlow, 2002; Craske, 2003; Muris and Ollendick, 2005). Negative affectivity can be broadly defined as “the proneness to experience an array of negative emotional states, and to activate defensive motivational systems” (Craske, 2003, p. 49). It is an overarching construct including similar and overlapping concepts from different personality and motivational models, mainly those of neuroticism, negative affect, sensitivity of the behavioral inhibition system (BIS) as well as trait anxiety or behavioral inhibition. According Field and Price-Evans (2009) and Lonigan, Vasey, Phillips, and Hazen (2004), despite subtle differences among the aforementioned constructs, all of them are believed to be outputs of the BIS as described in Gray’s (1987) motivational reinforcement sensitivity theory, and they can be understood as different conceptualizations of the negative affectivity.

The BIS is a defensive motivational system that controls of behavior in response to stimuli that signal punishment, frustrative non-reward and novelty and, in its original version (Gray, 1982), in response to high intensity and unconditioned aversive stimuli. These events interrupt ongoing behaviors (behavioral inhibition), and increase arousal and attention levels, especially those related to anticipatory anxiety caused by contextual stimuli. In addition to trait manifestations, the BIS is also believed to give rise to negative affect (Bijttebier, Beck, Claes, and Vandereycken, 2009).

Individual differences in BIS reactivity correspond to personality differences as reflected in stable differences in trait-anxiety or negative affectivity (Bijttebier et al., 2009). In Gray’s original theory, BIS was postulated to underlie the personality dimension of anxiety; hence, anxiety manifestations would reflect high BIS engagement. Since then, increased BIS activity has been viewed as a vulnerability factor

for anxiety, and more broadly, for emotional or internalizing disorders. This suggests that psychometric measures of BIS activity (e.g. heightened sensitivity to punishment) can be useful in detecting children and adolescents at risk for anxiety and emotional disorders. Indeed, most studies using general and clinical samples have confirmed a positive association between BIS sensitivity and anxiety symptomatology (see Bijttebier et al., 2009 for a review).

Research on the physiological concomitants of temperament may contribute to a better understanding of potential pathways by which these dispositional traits relate to the emergence of emotional disorders, particularly anxiety disorders. Neuroendocrine stress responses might signal BIS reactivity or, more generally, negative affectivity or withdrawal-related responses (Gunnar, 1994; Gunnar and Quevedo, 2007).

The main biological system involved in such an endocrine response is the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. This stress response system is associated with arousability, negative affect, and anxiety. Hyperresponsivity of the HPA axis should therefore constitute a diathesis for the development of anxiety disorders (Gunnar and Vazquez, 2006). The activity of the HPA axis is usually indexed by peripheral salivary cortisol concentrations by measuring everyday patterns of hormone production and as well as cortisol reactivity to acute stressors. Increasingly, developmental psychopathology research on anxiety and other emotional disorders is focusing on salivary cortisol. Regarding cortisol reactivity to acute stressors, numerous studies have been conducted on infants, children and adolescents using several kinds of stressor paradigms (Gunnar, Talge, and Herrera, 2009; Jansen, Beijers, Riksen-Walraven, and de Weert, 2009). Results from studies that analyze cortisol reactivity in adolescents who have anxiety disorders or who are at risk of developing them are somewhat inconsistent. Increased cortisol reactivity following social stressor tasks has been associated with

anxiety disorders and other internalizing problems in some clinical studies (e.g. Dorn et al., 2003; van West, Claes, Sulon, and Deboutte, 2008). However, other studies have failed to distinguish between clinically anxious adolescents and control adolescents (e.g. Gerra et al., 2000; Martel et al., 1999). Klimes-Dougan, Hastings, Granger, Usher, and Zahn-Waxler (2001) reported that adolescents suspected of being at risk for internalizing disorders based on current internalizing symptoms exhibited greater increases in cortisol levels following a social performance stressor than their control counterparts. However, the groups performed similarly in an interpersonal conflict task, demonstrating decreased cortisol concentrations from pre-task to post-task.

Few studies have specifically focused on the relationship between self-reported or caregiver-reported BIS reactivity and salivary cortisol levels in children and adolescents (Blair, Peters, and Granger, 2004; Gunnar, Talge et al., 2009). Blair et al. (2004) reported a positive association between parents' reports of BIS reactivity and increased cortisol concentrations in young children following two cognitive laboratory tasks.

In a study mainly devoted to analyzing the normative changes and associations in HPA activity during puberty, Gunnar, Wewerka, Frenn, Long, and Griggs (2009) found greater cortisol reactivity following a social stress test to be associated with more anxious and depressive symptoms in girls. Fearful temperament, as determined by parent-reported information including BIS activity, was not associated with cortisol reactivity in girls, whereas it was negatively correlated with cortisol reactivity for boys. Results from a previous study by the same group (Gunnar, Sebanc, Tout, Donzella, and van Dulmen, 2003) showed that behaviorally inhibited children had lower levels of basal cortisol than more extroverted children when controlling for levels of problematic peer interactions (which were higher in the extroverted children).

The classic cortisol stress response profile consists of moderate cortisol levels at

pre-task, increased cortisol levels in response to stressors, and a subsequent return to near pre-task levels within 40 to 60 minutes after stressor termination (Adam, Klimes-Dougan, and Gunnar, 2007). Disruptions of the expected HPA system response to stress, such as exaggerated levels of anticipatory stress or stress reactivity, are related to BIS reactivity and internalizing symptomatology.

As concluded in the review by Gunnar, Talge et al. (2009), individual differences including BIS reactivity might be related to varying patterns of HPA responsivity, as well as many other factors. For example, the temperamental factor of emotion regulation should be also taken into account. In both adolescents and adults, the use of negative forms of emotion regulation (e.g. rumination, suppression, self-blame, catastrophizing and others) has been associated with increased anxiety symptoms and anxiety disorders (Garnefski, Kraaij, and van Etten, 2005; Suveg, Hoffman, Zeman, and Thomassin, 2009; Suveg and Zeman, 2004). To the best of our knowledge, no research has been conducted on emotion regulation styles and cortisol reactivity in adolescents. In adults, several studies have found a positive association between elevated basal and reactive cortisol levels and some styles of negative emotion regulation (including worrying and ruminating) as well as merely anticipating potentially stressful situations (Brosschot, Gerin, and Thayer, 2006).

The aim of the present experimental study (Montero and León, 2007) was to analyze the relationships between BIS sensitivity, negative emotion regulation, and salivary cortisol levels; subjects included a group of adolescents suspected of being at risk for anxiety disorders due to high scores in self-reported sensitivity to punishment (BIS sensitivity) and a group of adolescents not at risk (with normal BIS sensitivity scores). Our main areas of focus were (a) determining the utility of salivary cortisol levels in differentiating between adolescents at risk and not at risk for anxiety (as

measured prior to a potentially stressful task as well as after the task), and (b) exploring the role of negative forms of emotion regulation in conjunction with BIS sensitivity in determining salivary cortisol responses. We hypothesized that:

Firstly, salivary cortisol levels at pre-task and post-task, and cortisol reactivity (difference between cortisol levels in the first and second salivary samples) will be positively associated with BIS sensitivity, negative affect, negative emotion regulation, and anxiety symptomatology. Secondly, cortisol levels will be higher in adolescents with high BIS sensitivity than in their control counterparts scoring in the normal range, both before and after the potentially stressful task. We expected that cortisol levels would increase after the task in both groups, but that the increase would be greater in participants with high self-reported BIS reactivity. Thirdly, BIS sensitivity will predict cortisol levels; moreover, a model also including negative emotion regulation will predict a greater amount of variance in cortisol levels. The report was edited according to the norms established by Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy, and Catena (2008).

Method

Participants

In order to select at-risk and not at-risk (control) participants (see Figure 1), 1,441 adolescents ranging from 12 to 17 years old from six secondary schools in the same educational region were screened using questionnaires (see psychological measures section below). Questionnaires were administered in classrooms to groups of 20 to 25 people. All participants and at least one of their parents or tutors gave written consent to participate in the study. The study protocol was approved by the bioethics committee of the University.

The selection variable was BIS sensitivity as measured by the sensitivity to punishment (SP) scale in the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward

Questionnaire-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras, and Grande, unpublished results). Subjects scoring above 80th percentile for SP were considered to be at risk. Those with SP scores between the 20th and 80th percentile were classified as not at risk (control group). All subjects were invited to participate in the laboratory assessments. The final sample was comprised of 20 at-risk participants (10 males and 10 females, mean age $M = 14.25$, $SD = 1.23$) who were matched for age and sex to the 20 participants in the control group (13 males and 7 females, mean age $M = 13.45$, $SD = 1.32$).

Psychological Measures

Sensitivity to Punishment. The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, et al., unpublished results) was used as a self-report measure of BIS activation. This is a self-report instrument adapted for children and adolescents from the adult version developed by Torrubia, Àvila, Moltó, and Caseras (2001). The SPSRQ-J is a 30-item yes-no questionnaire containing two scales: sensitivity to punishment (SP) and sensitivity to reward; each scale contained 15 items. Scores for each scale were obtained by adding up all “yes” answers. Internal consistency for the SP scale was $\alpha = .73$ for males and $.79$ for females. Test-retest reliability was $r = .75$ for males and $.79$ for females. As for sensitivity to reward, internal consistency was $\alpha = .67$ for males and $.74$ for females. For both males and females, test-retest reliability was $r = .78$. Cronbach’s alpha for our screened sample was $.75$ for SP and $.65$ for sensitivity to reward. In the current study, only the SP scale was relevant to the hypothesis and was therefore used in the analyses.

Negative Affect. The Positive and Negative Affect Schedule for Children and Adolescents (PANAS-CY; Sandin, 2003) from the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, and Tellegen, 1988), a version specifically designed

for individuals aged 7 to 17 years, was used. This is a self-report instrument consisting of two 10-item scales measuring positive and negative affect. Participants were asked to rate items according to how often they usually feel them (1 = never, 2 = sometimes, 3 = very often). For males, internal consistency was $\alpha = .73$ for the positive affect scale and $\alpha = .74$ for the negative affect scale. For females, Cronbach's α was .72 and .75 for positive and negative affect, respectively. Cronbach's alpha for our screened sample was .77 for positive affect and .74 for negative affect. In this study, only the negative affect scale was used in data analysis.

Emotion Regulation. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, and Spinhoven, 2001) was used. This is a self-report instrument designed to assess cognitive emotion regulation, or “the cognitive way of managing the intake of emotionally arousing information” (p. 1313). It consists of 36 items to be answered on a scale of 1 to 5 (1 = [almost] never, 5 = [almost] always) according to the way the individual generally responds when confronted with a negative or unpleasant event. The questionnaire includes nine subscales with four items each, which correspond to nine cognitive strategies. Four of the subscales are grouped as “negative cognitive emotion regulation” (self-blame, rumination, catastrophizing, and blaming others) and five subscales are grouped as “positive cognitive emotion regulation” (acceptance, positive refocusing, refocus planning, positive reappraisal, and putting into perspective). Each subscale score is obtained by adding up scores for the four items. A global positive and negative cognitive emotion regulation score can also be obtained by finding the total of each subscale score in each category. The original questionnaire internal consistency was $\alpha = .92$ for the whole instrument, $\alpha = .89$ for the Positive Regulation Scale and $\alpha = .89$ for the Negative Regulation Scale. Test-retest reliability at five months was $r = .64$ for the whole questionnaire, and $r = .62$ for both the Positive

and Negative Scales. Cronbach's alpha for our screened sample was .89 for the total score, .83 for the negative scale, and .86 for the positive scale. In this study only the global negative cognitive emotion regulation score was used in data analysis.

Anxiety symptomatology. The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) was used. This is a 38-item scale (with 6 additional items assessing social desirability) designed to assess children's reports of anxiety; it provides information about specific childhood anxiety disorders. It comprises six subscales: panic/agoraphobia, social anxiety, separation anxiety, generalized anxiety, obsessions/compulsions, and fear of physical injury. Scores for this scale range from 0 to 114. Greater scores indicate greater self-reported anxiety symptoms. The SCAS has good reliability and validity for clinical purposes as well as for community screening and prevention. Cronbach's alpha for our sample was .91.

Diagnostic status. In order to determine the presence or absence of any psychopathological disorder in the studied sample, the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997) was used. The K-SADS-PL is a semi-structured clinical interview designed to identify current and lifetime DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Axis I child psychiatric diagnoses. It is designed for collecting information from children or adolescents as well as their parents. Diagnoses are scored as definitive, probable (greater or equal to 75% of symptom criteria met), or not present.

Salivary cortisol

Salivary samples were collected in the following manner. Each subject chewed a cotton swab for one minute; the swab was then stored in a capped plastic vial ("Salivette" Sarstedt Inc.) and centrifuged at 3000g for 3 minutes. The filtrates were stored at -80°C until analysis. Before analysis, the samples were thawed, mixed, and

analyzed without pre-treatment. Salivary cortisol was measured using a modification of the Bayer ADVIA Centaur cortisol assay, a competitive direct chemiluminiscence immunoassay that uses a rabbit polyclonal antibody. Endogenous cortisol contained in the samples competes with a cortisol labelled with an acridinium-ester for the binding sites of the anti-cortisol rabbit polyclonal antibody-coated paramagnetic particles. The intra- and interassay coefficients of variation were less than 10% for 0.30 µg/dL of cortisol.

Two salivary samples were collected. The first one was taken about 45 minutes after the participants arrived at the laboratory, after they had finished a diagnostic interview (see procedure section below), and five minutes before they began a set of potentially stressful tasks on the computer. The second sample was collected immediately following the laboratory task that lasted about 30 minutes. Experimental sessions for all participants were initiated between 5:00 and 7:00 PM to control for diurnal changes in cortisol secretion, and lasted for approximately 90 minutes. At that time of day, HPA-activity is low and stable and therefore more susceptible to stimulation (Kirschbaum and Hellhammer, 1994).

Procedure

The laboratory assessment session began with the adolescent and parent signing an informed consent form. Participants were interviewed to determine their diagnostic status (which took approximately 45 minutes). Next, they were taken into a different room where the experimental session would take place. The first salivary sample was collected five minutes before beginning a potentially stressful set of computer tasks. These tasks were completed in a sound and light attenuated room. Stimuli presentation was controlled by a Pentium IV (1.6 GHz) computer. Each subject was seated approximately one meter from a 17-inch monitor during the task time (approximately

30 minutes). At the beginning, the experimenters briefly described the computerized tasks which consisted of eight conditions and two interspersed pause periods. Short text instructions appeared on the screen at the beginning of each condition; the evaluator also verbalized the instructions. In order of presentation, the conditions and duration of each were as follows: (1) Adaptation, in which the subject stares at a red cross on the screen for 120 seconds. (2) Paced breathing (phase 1), which lasted 180 seconds and was paced using a picture of a human face with arrows pointing toward the mouth when breathing in and pointing away from the mouth when breathing out. The frequency was 15 breaths per minute (0.25 Hz), as used by Mezzacappa et al. (1997) in adolescents. (3) Sustained attention task with a response cost. The Children's Sustained Attention Task (CSAT; Servera and Cardo, 2006) was used. This phase lasted 420 seconds and consisted of 600 stimuli (the numbers 0 to 9), approximately 3.5 centimeters in size, which appeared successively on the computer screen. The duration of the stimulus display was 250 milliseconds and the inter-stimulus interval was 500 milliseconds. Participants were instructed to press the response button with their dominant hand each time the target (the numbers 6 or 3) appeared on the screen. The response cost consisted of a deduction of €0.50 for each mistake from the €5 which was given to the subjects for participating in the study. Sample mistakes could be due to omission (not indicating when the target stimulus appeared) or commission (identifying a target stimulus when it was not present). (4) Pause period, in which the subjects did not have to do anything for 60 seconds. (5) Baseline 1. As in adaptation, the subject was instructed to remain still and stare at a red cross on the screen for 120 seconds. (6) Exposure to 20 fear-relevant pictures. Images were selected from the International Affective Picture Series (IAPS; Lang and Cuthbert, 1999). The same 20 images used in Leen-Feldner, Zvolensky, and Feldner (2004) were presented. The pictures were displayed

consecutively for seven seconds each; the total duration of this condition was 140 seconds. (7) Pause period. The subjects did not have to do anything for 60 seconds. (8) Baseline 2. As in adaptation and baseline 1, the subject was instructed to continue to stare at a red cross on the screen for 120 seconds. (9) Exposure to 20 neutral pictures with a total exposure time of 140 seconds. The images were selected from the International Affective Picture Series. The same 20 images used in Waters, Lipp, and Spence (2004) were presented. The images were displayed consecutively for seven seconds each. (10) Paced breathing 2. The conditions were the same as in the first phase of paced breathing.

At the end of the computer task, the second salivary sample was collected.

Statistical analysis

To correct for significant positive skewness, a logarithmic transformation was performed on the cortisol data for both salivary samples. Statistical analyses were performed on transformed data. Scatterplots were examined for outliers by visual inspection. Cortisol reactivity was calculated by subtracting cortisol levels in the first salivary sample from cortisol levels in the second salivary sample. Logarithmic transformation of these data was not conducted because most values were equal to zero or were negative. Then, nonparametric analyses were conducted for cortisol reactivity, which was positively skewed.

In order to analyze the associations among continuous variables in the study, Pearson correlations were first conducted for salivary samples, and Spearman correlations were used for cortisol reactivity.

In order to explore differences between participants high in BIS sensitivity and their control counterparts, a series of *t* tests was conducted for cortisol levels and self-reported variables. Groups were also compared for age, and a chi-squared test was done

to compare groups for sex distribution. Additionally, a multivariate analysis of variance (MANOVA) was conducted to examine the differences between cortisol levels before and after the task for each group. Mann-Whitney's U test was applied for group comparisons in cortisol reactivity. Finally, to determine the role of BIS sensitivity and negative emotion regulation in predicting cortisol levels, a hierarchical multiple regression analysis was used; BIS sensitivity was entered first, and negative emotion regulation second.

Results

As depicted in Table 1, salivary cortisol levels at pre-task were positively associated with SP, negative affect, and the use of rumination as a form of emotion regulation. At post-task, cortisol levels were only significantly and positively correlated with rumination. The associations among SP, negative affect, and negative emotion regulation were positive and statistically significant, except for the blaming others subscale.

Insert table 1 about here

For cortisol reactivity, Spearman correlations showed that only negative affect ($r_s = -.311, p = .051$) and anxiety symptomatology ($r_s = -.279, p = .081$) appeared to have marginal, but not statistically significant, negative associations. For the rest of variables, not neither significant correlations were found (SP $r_s = -.187, p = .247$; Negative emotion regulation total score $r_s = -.182, p = .261$; self-blaming $r_s = -.205, p = .205$, blaming others $r_s = .123, p = .448$, rumination $r_s = -.251, p = .118$, catastrophizing $r_s = -.135, p = .408$)

While the at-risk group exhibited higher levels of negative affect, anxiety symptomatology, and negative emotion regulation than participants in the control group (except in the blaming others subscale where no differences were found), no differences emerged in salivary cortisol levels neither at pre-task nor at post-task between groups (see Table 2). The same was true for cortisol reactivity; no differences were found ($U = 149, p = .165$) between the at-risk ($M = -0.046, SD = 0.058$) and control group ($M = -0.029, SD = 0.070$).

Insert table 2 about here

Examining the differences between cortisol levels before and after the task, MANOVA revealed a main effect for moment [$F(1, 38) = 29.042, p < .001$]. Both groups showed higher cortisol levels before than after the task ($p < .05$). In fact, 28 participants (70%) had decreased cortisol levels from pre-task to post-task, 8 participants (20%) remained stable, and only four participants (10%) had increased cortisol levels from pre-task to post-task. No differences were found either for group [$F(1, 38) = 0.767, p = .387$] or for group by moment interaction [$F(1, 38) = 3.698, p = .062$].

To test the contribution of SP and negative forms of emotion regulation to cortisol levels at pre-task and post-task and to cortisol reactivity, hierarchical multiple regression analyses were performed. Considering that only rumination has been found to be associated with cortisol levels (as described below), this was the sole form of negative emotion regulation to be included in the regression analyses. SP was first entered into the model and rumination was entered afterwards.

Insert table 3 about here

As can be seen in Table 3, SP alone explained 8.6% of the variance of cortisol levels at pre-task, but predicted neither cortisol levels at post-task nor cortisol reactivity. With rumination in the regression equation, the model explained a greater amount of variance of pre-task cortisol levels (22.3%), and also significantly predicted cortisol levels at post-task, explaining 13.3% of the variance in cortisol levels up to that point. The model was not predictive for cortisol reactivity.

Discussion

The study was designed to explore the relationships among BIS sensitivity, negative emotion regulation, and salivary cortisol in two groups: adolescents suspected of being at risk for anxiety disorders on the basis of high reported SP scores, and a control group.

As first hypothesized, and consistent with previous studies, initial cortisol levels at pre-task were positively associated with temperamental variables (SP and negative affect), as well as with one form of negative emotion regulation (rumination). However, initial cortisol levels were not positively associated with negative emotion regulation as a whole, nor with anxiety symptomatology as we had supposed. Contrary to our expectations, only rumination retained the positive association with cortisol levels at post-task. As for cortisol reactivity, only a marginal and negative association that only approached significance was found with negative affect and anxiety symptomatology.

Regarding the second hypothesis, results did not fit with any of our expectations. Groups did not differ in cortisol levels in either of the two salivary samples; the same was true for the cortisol reactivity index. Moreover, cortisol levels significantly decreased from pre-task to post-task in both groups. Prior research and theory have

suggested that both adolescents who are at risk and those with anxiety disorders may show heightened cortisol reactivity, and/or an increased anticipatory response than healthy controls (Dorn et al., 2003; van West et al., 2008); however, some results have not found a relationship between cortisol reactivity and anxiety symptomatology or anxiety states (van West et al., 2008). Additionally, it could be suggested that reductions in cortisol levels from pre-task to post-task could be due to circadian rhythm itself and not related with the experimental condition. In our study, results are consistent with previous data in the sense that increased BIS sensitivity and negative affect have been clearly associated with cortisol levels at pre-task, but not at post-task or in the reactivity index. More importantly, cortisol measures have not enabled discrimination between at-risk and normal subjects.

Focusing on results at pre-task, some authors have pointed out that behavioral inhibition or withdrawal is often associated with basal levels of cortisol, rather than reactivity (Gunnar, 2003). Additionally, negative affect has been found to be associated with higher cortisol secretion (Schlotz, Schulz, Hellhammer, Stone, and Hellhammer, 2006). It could be the case that measures at pre-task, as stated by Craske (2003), “represent a state of anticipatory anxiety about upcoming experimental procedures, and is representative of the vulnerability to respond to a wide variety of situations with elevated anxiety” (p. 87). Thus, according to the author, the lack of significant association between BIS sensitivity and post-task and reactivity cortisol measures could be related to the fact that “anxious individuals show sensitivity to stressful conditions but not an exaggerated fear response to explicit cues” (p. 87). Indeed, in our study, both groups showed a significant decrease in cortisol levels from pre-task to post-task. Recently, researchers have begun to note a potentially dysregulated pattern, termed *declivity*, during laboratory stressors. This term refers to cortisol decreasing below not

only pre-test levels (which might be elevated in anticipation of testing) but also home basal levels at the same moment (Shirtcliff, Granger, Booth, and Johnson, 2005). Other studies that are consistent with our findings have observed this declivity in both at-risk and healthy controls, as well as in clinical samples (Klimes-Dougan et al., 2001; Martel et al., 1999). In addition to the role of anticipation in these results, another important factor must be taken into account: the failure of some classical laboratory task paradigms to produce significant elevations in cortisol (Gunnar, Talge et al. 2009; Jansen et al. 2009). Gunnar, Talge et al. (2009) also concluded that the effectiveness of the stressor tasks would change with development to provoke elevations in cortisol. In our study, the sample included adolescents from 12 to 17 years old, all of whom were exposed to the same laboratory tasks. In older children, laboratory tasks that threaten the social self seem to be especially successful as stressors for measuring acute cortisol reactivity. These also could contribute to a failure to provoke a mean cortisol elevation. One of the possible limitations of our study was to not use this kind of stressor task; instead, we used the traditional tasks for BIS sensitivity studies (cost of response, exposure to aversive pictures). In future studies, the Trier Social Stress Test (Kirschbaum, Pirke, and Hellhammer, 1993) would need to be used as a standardized stressor for cortisol response assessment in order to clarify the influence of the experimental tasks in the observed results. Another limitation of our study was that the sample was rather small; it was very difficult to convince potential participants in the control group to carry out additional assessments in the laboratory. This could have contributed to our failure to identify differences between the at-risk and control groups on the basis of cortisol levels. As described below, temperamental variables and rumination have been found to be associated with cortisol levels (at least at pre-task) and, as reported in the results section and as discussed above, they predict a significant

amount of the variance in cortisol responses. Perhaps these associations, although statistically significant, are not strong enough to discriminate between at-risk and control participants; alternatively, perhaps they can only be detected with a larger sample. At any rate, the results from our study demonstrate that measuring salivary cortisol levels is not yet recommended in screening assessments for preventive intervention purposes that are designed to detect participants at risk.

Despite the aforementioned limitations, one of the more outstanding results in our study is related to rumination. At post-task, cortisol levels were only significantly and positively correlated with this negative emotion regulation style. Moreover, as stated in our third hypothesis, BIS reactivity and rumination predicted a significant amount (22.3%) of the variance in cortisol levels at pre-task, as well as at post-task (13.3%). When only BIS reactivity was included in the model, predictions were only significant for cortisol levels at pre-task, explaining 8.6% of the variance. Gunnar, Talge et al. (2009) include emotion regulation styles, or available coping resources, as a source of individual differences to varying patterns of HPA responsivity. They state that “these differences may be important in identifying subgroups of children who might display sensitivity to cortisol elevations relative to their peers, which may perhaps map into differing patterns of risk and resilience with respect to (e.g.) the development of psychopathology” (Gunnar, Talge et al., 2009, p. 964).

Rumination has been considered one of the main negative emotion regulation styles associated with increased HPA activity in adults; perhaps repetitive, intrusive thoughts prolong physiological stress responses (e.g. Zoccola, Dickerson, and Zaldivar, 2008). Poor ER has also been found in children with anxiety disorders (Suveg and Zeman, 2004) and has been associated with anxiety and depressive symptoms when it appears in conjunction with a high frequency of negative affect (Suveg et al., 2009).

Specifically, rumination has been found to partially mediate the link between negative affectivity and anxiety and depressive symptoms in adolescents. (Muris, Fokke, and Kwik, 2009; Verstraeten, Vasey, Raes, and Bijttebier, 2009).

In short, although our study failed to differentiate between adolescents at risk and those without risk for anxiety on the basis of salivary cortisol levels it adds to the existing literature in several ways, nevertheless results should be interpreted with caution, specially due to the sample size limitations. Firstly, it confirms that self-reported BIS sensitivity and other temperamental features such as negative affect (excluding current anxiety symptomatology) are positively associated with salivary cortisol at pre-task. Secondly, that probably represents a state of anticipatory anxiety. Perhaps this kind of situation (i.e. anticipation) is more effective at capturing core features of subjects at temperamental risk for anxiety disorders than analyzing the presence of exaggerated anxiety responses to more specific cues. Thirdly, the study shows that the negative emotion regulation style of rumination contributes significantly to salivary cortisol levels and increased HPA activity in adolescents. The study's results suggest that it would be beneficial to regularly include emotion regulation styles in future studies on this topic.

References

- Adam, E. K., Klimes-Dougan, B., and Gunnar, M. (2007). Social regulation of the adrenocortical response to stress in infants, children and adolescents: Implications for psychopathology and education. In D. Coch, G. Dawson and K. Fischer (Eds.), *Human Behavior, Learning, and the Developing Brain: Atypical Development* (pp. 264-304). New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., and Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clinical Psychology Review, 29*, 421-430.
- Blair, C., Peters, R., and Granger, D. (2004). Physiological and neuropsychological correlates of approach/withdrawal tendencies in preschool: Further examination of the behavioral inhibition system/behavioral activation system scales for young children. *Developmental Psychobiology, 45*, 113-124.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., and Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: Review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 113-124.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Amsterdam: Elsevier.
- Dorn, L. D., Campo, J. C., Thato, S., Dalh, R. E., Lewin, D., Chandra, R., et al. (2003). Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with

- recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 66-75.
- Field, A. P., and Price-Evans, K. (2009). Temperament moderates the effect of the verbal threat information pathway on children's heart rate responses to novel animals. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 431-436.
- Garnefski, N., Kraaij, V., and Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., and van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Zambelli, U., Timpano, M., Reali, N., Bernasconi, S., et al. (2000). Neuroendocrine responses to psychological stress in adolescents with anxiety disorder. *Neuropsychobiology*, 42, 82-92.
- Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Nueva York: Cambridge.
- Gunnar, M. R. (1994). Psychoendocrine studies of temperament and stress in early childhood: expanding current models. In J. E. Bates and T. D. Wachs (Eds.), *Temperament: individual differences at the interface of biology and behavior* (pp. 175-198). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Gunnar, M.R. (2003). Integrating neuroscience and psychological approaches in the study of early experiences. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 238–247.

- Gunnar, M. R., and Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145-173.
- Gunnar, M. R., Sebanc, A. M., Tout, K., Donzella, D., and van Dulmen, M. M. H. (2003). Temperament, peer relationships, and cortisol activity in preschoolers. *Developmental Psychobiology, 43*, 348-358.
- Gunnar, M. R., Talge, N. M., and Herrera, A. (2009). Stressor paradigms in developmental studies: What does and does not work to produce mean increases in salivary cortisol. *Psychoneuroendocrinology, 34*, 953-967.
- Gunnar, M. R., and Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D. Cicchetti and D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: developmental neuroscience* (pp. 533-577). New York: Wiley.
- Gunnar, M. R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J. D., and Griggs, C. (2009). Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: Normative changes and associations with puberty. *Development and Psychopathology, 21*, 69-85.
- Jansen, J., Beijers, R., Riksen-Walraven, M., and de Weert, C. (2009). Cortisol reactivity in young infants. *Psychoneuroendocrinology*, doi:10.1016/j.psyneun.2009.07.008.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children—Present and lifetime (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980–988.
- Kirschbaum, C., and Hellhammer, D. H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology, 19*, 313-333.

- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., and Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test' --a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, *28*, 76-81.
- Klimes-Dougan, B., Hastings, P. D., Granger, D. A., Usher, B. A., and Zahn-Waxler, C. (2001). Adrenocortical activity in at-risk and normally developing adolescents: Individual differences in salivary cortisol basal levels, diurnal variation, and responses to social changes. *Development and Psychopathology*, *13*, 695-719.
- Lang, P. J., M.M., B., and Cuthbert, B. N. (1999). *International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., and Feldner, M. T. (2004). Behavioral inhibition sensitivity and emotional response suppression: A laboratory test among adolescents in a fear-relevant paradigm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 783-791.
- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., and Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 8-20.
- Martel, F. L., Hayward, C., Lyons, D. M., Sanborn, K., Varady, S., and Schatzberg, A. F. (1999). Salivary cortisol levels in socially phobic adolescent girls. *Depression and Anxiety*, *10*, 25-27.
- Mezzacappa, E., Tremblay, R. E., Kindlon, D., Saul, J. P., Arseneault, L., Seguin, J., et al. (1997). Anxiety, antisocial behaviour, and heart rate regulation in adolescent males. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 457-469.
- Montero, I., and León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 847-862.

- Muris, P., Fokke, M., and Kwik, D. (2009). The Ruminative Response Style in adolescents: An examination of its specific link to symptoms of depression *Cognitive Therapy and Research*, 33, 21-32.
- Muris, P., and Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289.
- Ramos-Álvarez, M. M., Moreno-Fernández, M. M., Valdés-Conroy, B., and Catena, A. (2008). Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 173-182.
- Schlotz, W., Schulz, P., Hellhammer, J., Stone, A. A., and Hellhammer, D. H. (2006). Trait anxiety moderates the impact of performance pressure on salivary cortisol in everyday life. *Psychoneuroendocrinology* 31, 459-472.
- Servera, M., and Cardo, E. (2006). Children Sustained Attention Task (CSAT): Normative, reliability, and validity data. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 697-707.
- Shirtcliff, E. A., Granger, D. A., Booth, A., and Johnson, D. (2005). Low salivary cortisol levels and externalizing behavior problems in youth. *Development and Psychopathology*, 17, 167-184.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J. L., and Thomassin, K. (2009). Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development, 40*, 223-239.
- Suveg, C., and Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 750-759.
- Torrubia, R., Àvila, C., Moltó, J., and Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences, 31*, 837-862.
- van West, D., Claes, S., Sulon, J., and Deboutte, D. (2008). Hypothalamic-pituitary-adrenal reactivity in prepubertal children with social phobia. *Journal of Affective Disorders, 111*, 281-290.
- Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., and Bijttebier, P. (2009). Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(3), 349-361.
- Waters, A. M., Lipp, O. V., and Spence, S. H. (2004). Attentional bias toward fear-related stimuli: An investigation with non-selected children and adults, and children with anxiety disorders. *Journal of Experimental Child Psychology, 89*, 320-337.
- Watson, D., Clark, L. A., and Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Zoccola, P. M., Dickerson, S. S., and Zaldivar, F. (2008). Rumination and cortisol responses to laboratory stressors. *Psychosomatic Medicine, 70*, 661-667

Table 1. Pearson correlations among variables ($N = 40$)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. log C1	-								
2. log C2	.870***	-							
3. Sensitivity to punishment	.332*	.190	-						
4. Negative affect	.364*	.274	.621***	-					
5. Negative ER	.273	.181	.522***	.672***	-				
6. Self-blame	.195	.066	.460**	.690***	.889***	-			
7. Rumination	.514***	.421**	.487***	.539***	.843***	.697***	-		
8. Catastrophizing	.259	.183	.537***	.552***	.863***	.712***	.726***	-	
9. Blaming others	-.216	-.193	.076	.273	.454**	.310	.072	.149	-
10. Anxiety symptoms	.276	.188	.557***	.665***	.648***	.535***	.572***	.544***	.325*

Note: C1 = pre-task cortisol level; C2 = post-task cortisol level; ER = emotion regulation

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Table 2. Group comparison on demographics, psychological variables, and cortisol levels (logarithm transformed)

	Control group <i>N</i> = 20	At-risk group <i>N</i> = 20	<i>t</i> (38) / χ^2 (1)
Female [N (%)]	7 (35)	10 (50)	0.921
Age [mean (SD)]	13.45 (1.32)	14.25 (1.23)	-1.975
log C1	-1.25 (0.584)	-1.02 (0.43)	-1.423
log C2	-1.40 (0.578)	-1.34 (0.586)	-0.344
Sensitivity to Punishment	5.10 (1.971)	11.15 (1.089)	-12.015***
Negative affect	17.70 (2.473)	21.25 (3.782)	-3.513***
Negative emotion regulation	38.50 (9.785)	49.50 (9.790)	-3.554***
Self-blame	9.95 (2.762)	13 (3.403)	-3.112**
Rumination	10.20 (3.915)	13.75 (3.432)	-3.050**
Catastrophizing	8.80 (2.949)	12.80 (3.473)	-3.926***
Blaming others	9.55 (3.456)	9.95 (2.892)	-0.397
Anxiety symptomatology	28.90 (15.096)	47.05 (17.769)	-3.481***

Note: C1 = pre-task cortisol level; C2 = post-task cortisol level

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Table 3. Summary of hierarchical regression analysis for variables predicting pre- and post-task cortisol level (logarithm transformed), and cortisol difference

	Cortisol level at pre-task (<i>N</i> = 40)				Cortisol level at post-task (<i>N</i> = 40)				Cortisol difference pre-post task (<i>N</i> = 40)			
	adjusted R ²	β	<i>t</i>	<i>p</i>	adjusted R ²	β	<i>t</i>	<i>p</i>	adjusted R ²	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	.086				.011				-.010			
Sensitivity to												
punishment	.332	2.166	.037		.190	1.191	.241		-.124	-0.772	.445	
Model 2	.233				.133				-.021			
Sensitivity to												
Punishment	.106	0.663	.511		-.020	-0.116	.908		-.054	-0.290	.773	
Rumination	.462	2.879	.007		.430	2.520	.016		-.145	-0.782	.439	

Figure 1.

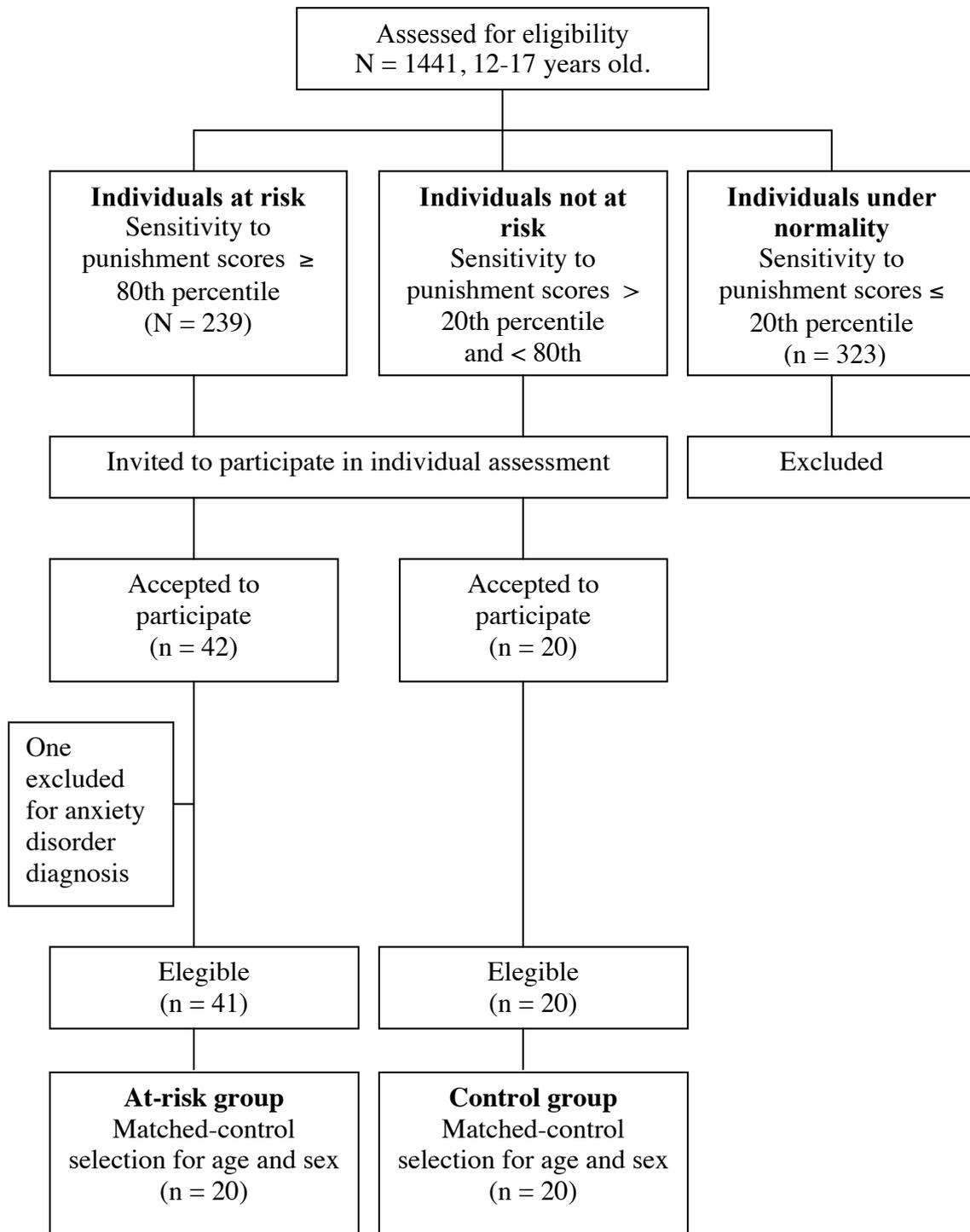


Figure Caption.

Figure 1. Sample selection procedure

ANNEX XV

Certificat d'acceptació de l'article de l'estudi 2 a la revista
International Journal of Clinical and Health Psychology



International Journal of Clinical and Health Psychology
ISSN 1697-2600

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)

Director: Juan Carlos Sierra
Directores asociados: Alan E. Kazdin, Michael W. Eysenck y Gualberto Buela-Casal

Juan Carlos Sierra, director de **International Journal of Clinical and Health Psychology**, informa QUE:

El artículo

“Relationships between self-reported BIS sensitivity and salivary cortisol in adolescents” (Maria Balle, Miquel Tortella-Feliu y Gloria García-Banda) [Ref. 2009211]

ha sido aceptado para su publicación en un próximo número de dicha revista.

Firmado en Granada, a 20 de abril de 2010.

Juan Carlos Sierra
Director *Int J Clin Health Psychol*

International Journal of Clinical and Health Psychology está incluida en Social Sciences Citation Index, Current Contents/Social Behavioral Sciences, Journal Citation Reports, PsycINFO, Scopus, National Library of Medicine, IN-RECS (Psicología), ISOC, PSICODOC, Red AlyC y Latindex.

ANNEX XVI

Article de l'estudi 3:

*Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS
sensitivity and its psychophysiological concomitants*

Manuscript Number:

Title: Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants

Article Type: Full Length Article - Blind Review

Keywords: behavioral inhibition; electrodermal response; cardiac response; negative affectivity; emotion regulation; anxiety; youth

Corresponding Author: Mrs. Maria Balle,

Corresponding Author's Institution: University of the Balearic Islands

First Author: Maria Balle

Order of Authors: Maria Balle; Miquel Tortella-Feliu; Xavier Bornas

Abstract: Twenty youths with high scores in self-reported BIS sensitivity were matched in age and sex to 20 participants scoring in the normal range. Electrodermal and cardiac recording was conducted during baseline, paced breathing, exposure to an attentional task with response cost and fear-relevant slides conditions. After controlling for negative emotion regulation, the groups did not differ in skin conductance reactivity. During baseline recording, the at-risk group exhibited more nonspecific skin conductance responses than the control group. Regarding the cardiac concomitants, at-risk participants presented diminished sympathetic activation and lower vagal tone at resting conditions than the control participants. At-risk group exhibited lower flexibility across experimental conditions in heart rate and cardiac sample entropy measures than the control group.



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

November 25, 2009

Richard E. Lucas
Michigan State University,
Michigan, USA

Appreciate Dr. Lucas:

I am enclosing a submission to *Journal of Research in Personality* entitled, "Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants". The manuscript is 38 pages long and includes 5 tables and 1 figure.

We would wish a blind review.

The manuscript has not been submitted or published at any other journal.

The study protocol was approved by the bioethics committee of the University of Balearic Islands, thus fulfilling with local regulations for use of human subjects.

My coauthors and I do not have any interests that might be interpreted as influencing the research, and APA ethical standards were followed in the conduct of the study.

I will be serving as the corresponding author for this manuscript. All of the authors listed in the byline have agreed to the byline order and to submission of the manuscript in this form. I have assumed responsibility for keeping my coauthors informed of our progress through the editorial review process, the content of the reviews, and any revisions made.

Authors: Maria Balle (corresponding author), Miquel Tortella-Feliu, and Xavier Bornas

Sincerely yours,

Maria Balle
Department of Psychology, University of the Balearic Islands
Edifici Serveis Científicotècnics i dels instituts universitaris de recerca, Carretera de Valldemossa km.
7.5
07122 Palma (Majorca),
Balearic Islands, Spain

Phone: 34-971 259517

Fax: 34-971 259935

Edifici Guillem Cifre de Colonya
Campus universitari
Cra. de Valldemossa, km 7.5
07122 Palma (Mallorca - Illes Balears)

Telefax: 971 17 31 90



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

ballemaria@gmail.com

Miquel Tortella-Feliu, Ph.D.

Senior Lecturer.

Department of Psychology, University of the Balearic Islands

Edifici Serveis Científicotècnics i dels instituts universitaris de recerca, Carretera de Valldemossa km.

7.5

07122 Palma (Majorca),

Balearic Islands, Spain

Phone: 34-971 172579

Fax: 34-971 259935

miquel@ndpc.cat

Xavier Bornas, Ph.D.

Senior Lecturer.

Department of Psychology, University of the Balearic Islands

Edifici Serveis Científicotècnics i dels instituts universitaris de recerca, Carretera de Valldemossa km.

7.5

07122 Palma (Majorca),

Balearic Islands, Spain

Phone: 34-971 172580

Fax: 34-971 259935

xavier.bornas@gmail.com

Running head: PSYCHOPHYSIOLOGICAL CONCOMITANTS OF BIS

Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity
and its psychophysiological concomitants.

Maria Balle, Miquel Tortella-Feliu, and Xavier Bornas

University of the Balearic Islands, Department of Psychology, and University Research
Institute on Health Sciences (IUNICS)

Corresponding author: Maria Balle. Universitat de les Illes Balears. IUNICS. Carretera
de Valldemossa km.7,5. 07122 Palma (Mallorca, Spain). E-mail:

ballemaria@gmail.com Phone (+34)971259517, Fax (+34)971259935.

Miquel Tortella-Feliu. Universitat de les Illes Balears. IUNICS. Carretera de
Valldemossa km.7,5. 07122 Palma (Mallorca, Spain). E-mail: miquel@ndpc.cat

Xavier Bornas. Universitat de les Illes Balears. IUNICS. Carretera de Valldemossa
km.7,5. 07122 Palma (Mallorca, Spain). 07122 Palma (Mallorca, Spain). E-mail:

xavier.bornas@gmail.com

Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity
and its psychophysiological concomitants.

Abstract

Twenty youths with high scores in self-reported BIS sensitivity were matched in age and sex to 20 participants scoring in the normal range. Electrodermal and cardiac recording was conducted during baseline, paced breathing, exposure to an attentional task with response cost and fear-relevant slides conditions. After controlling for negative emotion regulation, the groups did not differ in skin conductance reactivity. During baseline recording, the at-risk group exhibited more nonspecific skin conductance responses than the control group. Regarding the cardiac concomitants, at-risk participants presented diminished sympathetic activation and lower vagal tone at resting conditions than the control participants. At-risk group exhibited lower flexibility across experimental conditions in heart rate and cardiac sample entropy measures than the control group.

Keywords: behavioral inhibition, electrodermal response, cardiac response, negative affectivity, emotion regulation, anxiety, youth

Distinguishing youths at risk for anxiety disorders from self-reported BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants.

The behavioral inhibition system (BIS) is a defensive motivational system that takes control of behavior in response to stimuli that signal punishment, frustrative non-reward and novelty and, in its original version (Gray, 1982) also in front of high intensity and unconditioned aversive stimuli. These events elicit the interruption of ongoing behaviors (behavioral inhibition), increment the level of arousal, provoke an increase in attention, specially related to anticipatory anxiety to contextual stimuli and, in addition to trait manifestations, it is also thought to give rise to negative affect (Bijttebier, Beck, Claes, & Vandereycken, 2009).

Individual differences in BIS reactivity are considered to correspond with individual differences in personality as reflected by stable differences in trait-anxiety or negative affectivity (Bijttebier et al., 2009). BIS was postulated to underlie the personality dimension of anxiety, so that anxiety manifestations would reflect high BIS engagement. Then, an increased BIS activity has been viewed as a vulnerability factor for anxiety, and more broadly, for emotional or internalizing disorders. In fact, most studies in general and in clinical samples have found a positive association between BIS sensitivity and anxiety symptomatology (see Bijttebier et al., 2009 for a review).

Psychometric measures of BIS activity, (i.e. heightened sensitivity to punishment, SP), can be a useful tool to detect children and youth being at risk for anxiety and emotional disorders. However, research devoted to explore psychopathological correlates of BIS sensitivity and its physiological concomitants in children and youth is rather scarce. BIS reactivity has been found to predict subjective anxiety after controlling for state anxiety (Leen-Feldner, Zvolensky, & Feldner, 2004),

fear (Blair, 2003), levels of internalizing disorders symptomatology (Colder & O'Connor, 2004; Muris, Meesters, de Kanter, & Timmerman, 2005; Muris & Ollendick, 2005), and to be positively associated with negative emotionality and neuroticism, and negatively with extraversion (Muris et al., 2005; Muris & Ollendick, 2005; Slobodskaya, 2007). BIS reactivity also facilitates attentional biases to stimuli associated with threat information as well as behavioral avoidance to novel potentially threatening stimuli (Field, 2006). Blair (2003) found a relationship between BIS reactivity and greater socio-emotional competence in children, although lower levels of on-task-behavior in the classroom were also associated with higher BIS reactivity. Colder and O'Connor (2004) reported greater reaction times associated in response to punishment cues to be related with behavioral inhibition.

The integrative conceptual models developed by Beauchaine (Beauchaine, 2001; Beauchaine, Gatzke-Kopp, & Mead, 2007) and Nigg (2006) argue that accounting for anxiety problems require both (a) the motivational component, contributed by a heightened BIS sensitivity and psychophysiological indexed by increased skin conductance, and (b) the regulational component, contributed by the vagal system, exhibiting a decreased heart rate variability and low vagal tone (Beauchaine, 2001).

BIS reactivity is frequently indexed by electrodermal responding during frustrative non-reward trials (Fowles, 1983, 1988), with skin conductance level expected to increase during extinction (e.g. Tranel, 1983). Such conditions are specially adequate for eliciting BIS reactivity because they involve both reward expectancy (approach) and extinction (avoidance) (Corr, 2002, 2004). Additionally, electrodermal lability has been linked to both trait and state anxiety (Katkin, 1965), and heightened electrodermal responding has in fact been found in subjects with anxious disorders (Freedman, 1985). Focusing on the skin conductance observed in children and youth,

Leen-Feldner et al. (2004) found an unexpected negative association between self-reported BIS sensitivity and skin conductance level when exposed to fear-relevant pictures. In a similar way, Colder and O'Connor (2004) reported that the relation between BIS sensitivity (reported by caregivers) and skin conductance reactivity during a continuous performance task combining reward and extinction blocks, was not consistent with expectations. Anyway, studies analyzing the relationships between self-reports (or caregiver reports) of SP and the electrodermal response indices of BIS activation are very often inconsistent with theory and more complex than expected (e.g. Brenner, Beauchaine, & Sylvers, 2005).

Cardiac reactivity, and also other cardiac responses, has been traditionally used as a peripheral measure for assessing behavioral activation system reactivity (Gray, 1982) during reward tasks, and usually not as putative BIS activation marker. However, some research has been conducted with children and youth analysing BIS reactivity and heart responses associations in the last years. Self-reported BIS reactivity has not been found to be associated with HR when confronted to fear-relevant pictures (Leen-Feldner et al., 2004) or during behavioral approach to potentially threatening stimuli (Field & Price-Evans, 2009), although in this last study, the interaction between BIS and the prior information given on the stimuli to be approached (negative, positive or neutral) was a significant predictor of heart rate (HR) during approach. Significant associations between SP and HR reactivity were not found either during a continuous performance task (reward-extinction) (Colder & O'Connor, 2004). Blair (2003), on the contrary, has reported significant associations among reported BIS reactivity and other cardiac responses different from HR. Using respiratory sinus arrhythmia, caregiver reports of BIS sensitivity were positively correlated with resting vagal tone and with vagal tone during an executive function task, and negatively related with vagal

suppression during the same task. Children high in SP also exhibited lower levels of vagal suppression when performing the task as compared with those high in sensitivity to reward (i.e. self-reported behavioral activation system sensitivity). In a later study with a larger sample, Blair, Peters, and Granger (2004) reported that children with heightened BIS reactivity and also those with increased behavioral activation system reactivity, exhibited lower resting vagal tone. Gunnar, Wewerka, Frenn, Long, and Griggs (2009) have also recently reported that children with heightened BIS reactivity, as reported by parents, exhibited higher sympathetic tone. Although not using BIS reactivity as variable in their study, it is also worthy to note the work by (Santucci et al., 2008) focused on predictors of emotion regulation where, among other results, pointed out that low vagal tone response to task demands (low physiological flexibility) predicted maladaptive emotion regulation behaviors during another similar task.

In their neurovisceral model of emotion regulation in anxiety disorders, Thayer and Lane (2000, 2009) consider the possibility that "low vagally mediated heart rate variability (HRV) may serve as a useful endophenotype for a range of physical and psychological disorders including psychopathology" (Thayer & Lane, 2009, p.86). One of the criteria for an endophenotype is state independence, meaning that the endophenotype should be present in the absence of disorders. If the endophenotype hypothesis turns out to be true in young people at risk for anxiety disorders, they would show lower vagally mediated HRV than their no-risk counterparts in resting conditions. Further, Thayer and Lane (2009) reviewed studies on the role of HRV also at a phasic or state level and concluded that "phasic increases in HRV in response to situations that require emotional regulation facilitate effective emotional regulation." (p.85). The need to evaluate not only tonic HRV but vagal reactivity and vagal recovery has been stressed also in the recent study by Santucci et al. (2008) with young children. Taking a

broader nonlinear dynamic systems perspective, physiologic variability is essential to maintain organismic stability and "in contrast to the view of physiologic lability as an indicator of pathology, patterned variability is seen as reflecting overall systematic coherence and viability" (Friedman, 2007). In accordance, phasic changes in HRV can be viewed as an index of the system's (autonomic) flexibility, i.e. its ability to adapt to changing environmental demands or challenges. If HRV does not change in front of stressing environmental demands then emotion regulation will be less effective. As poor emotional regulation is involved in most anxiety disorders, some lack of flexibility can be expected for people at risk for anxiety disorders. In fact, both in adolescents and adults, the use of negative forms of emotion regulation (i.e. rumination, suppression, self-blame, catastrophizing...) has been associated with increased anxiety symptoms and anxiety disorders (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005; Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer, & Teerds, 2002; Garnefski et al., 2002; Suveg, Hoffman, Zeman, & Thomassin, 2009; Suveg & Zeman, 2004).

In addition to variability, HR regularity has been found to be related to anxiety disorders in several studies (e.g. Bornas, Llabres, Noguera, Lopez, Gelabert et al., 2006; Bornas, Llabres, Noguera, Lopez, Tortella-Feliu et al., 2006; Bornas et al., 2007). While variability refers to the degree of dispersion that successive values in a HR time series show around a central value (e.g. the mean), the concept of regularity refers to the time order of the values. Therefore, measures of entropy in those time series could provide additional information about the heart rate dynamics and its role as a vulnerability factor for anxiety disorders.

The aim of the present study was to explore the psychophysiological concomitants (skin conductance and cardiac responses) of self-reported BIS sensitivity (i.e. SP), which we used to detect youths at risk for anxiety disorders. As stated above,

some indexes of cardiac response have been specially linked to emotion regulation. For that reason, negative styles of emotion regulation has been controlled when analysing relationships between BIS sensitivity and cardiac responses. The hypothesis of the study were as follows.

First, self-reported BIS reactivity will be positively associated with negative affect, anxiety symptoms, and negative emotion regulation.

Second, youths scoring high in SP will show greater skin conductance (SC) reactivity in threatening conditions (frustrative non-reward, response cost) than their control counterparts. Further they will show more nonspecific SC responses in resting conditions and/or these responses will be more intense. According to Nikula (1991) "nonspecific SC responses may be an important diagnostic tool for tracking negative emotions" (p.89). Crowell et al. (2006) have also used nonspecific fluctuations in SC response in children as correlates of externalizing disorders, although, to our knowledge has not been used in children with or at risk for internalizing disorders.

Third, youths scoring high in SP will show lower low-frequency (LF) band power in resting conditions (baseline and paced breathing) than participants scoring in the normal range in SP. LF band power (i.e. the low frequency component of HRV) is considered a measure of sympathetic activation, although it is influenced by other physiological variables. The hypothesis states that high SP will be associated to less sympathetic activation at rest, while a lower SP would be linked to a state of readiness (ready-to-act) due to higher sympathetic activity.

Fourth, youths scoring high in SP will show lower vagal tone (high frequency, HF band power) in resting conditions (baseline and paced breathing) than their no-high SP counterparts. Diminished vagal tone is a widely accepted marker of several anxiety disorders, and therefore if high SP is a characteristic of youths at risk for such disorders

then a diminished vagal tone would be found in those youths.

Fifth, youths scoring high in SP will show less autonomic flexibility (changes in cardiac measures along different experimental conditions) than their control counterparts with SP in a more normal range. Healthy systems are those that show enough flexibility to adapt to changing environmental conditions, so that physiologic lability is not an indicator of pathology. If high SP youths are at risk for anxiety disorders, then some lack of flexibility is expected in their cardiac functioning.

Method

Participants

One thousand four hundred and forty one youths with ages ranging from 12 to 17 years-old, from six secondary schools in the same educational region, were initially screened through questionnaires (see psychological measures section below) for the selection of at risk and not at risk (control) participants (see Figure 1). Questionnaires were administered in their classrooms in groups of 20 to 25 people. All participants and at least one of their parents/tutors gave written consent to participate in the study. The study protocol was approved by the bioethics committee of the University.

Selection variable was SP as measured with the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras, & Grande, unpublished results). Subjects scoring above 80th percentil in SP were considered as at risk. Those with SP scores between 20th and 80th percentile were classified as not at risk (control group). All of them were invited to participate in the laboratory assessments. The final sample was composed of 20 at risk participants (8 male and 12 females, mean age $M = 13.89$, $SD = 1.21$) that were matched for age and sex to the 20 participants in the control group (13 males and 7 females, mean age $M = 13.45$, $SD = 1.32$)

Psychological Measures

Sensitivity to Punishment. The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire-Junior (SPSRQ-J; Torrubia, García-Carrillo, Àvila, Caseras, & Grande, unpublished results) was used as self-report measure of BIS activation. This is a self-report instrument adapted for children and adolescents from the adult version developed by (Torrubia, Àvila, Moltó, & Caseras, 2001). The SPSRQ-J is a 30-item yes-no questionnaire containing two scales of 15 items each: sensitivity to punishment (SP) and sensitivity to reward. Scores for each scale were obtained by adding up all “yes” answers. Internal consistency for the SP scale was $\alpha = .73$ for males and $.79$ for females. Test-retest reliability was $r = .75$ for males and $.79$ for females. As for the sensitivity to reward, internal consistency was $\alpha = .67$ for males and $.74$ for females. For both males and females, test-retest reliability was $r = .78$. Cronbach’s alpha for our screened sample was $.75$ for SP and $.65$ for sensitivity to reward. In the current study, only the SP scale was relevant to the hypothesis and was therefore used in the analyses.

Negative Affect. The Positive and Negative Affect Schedule for Children and Youth (PANAS-CY; Sandín, 2003), specifically a version for individuals aged 7 to 17 years of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), was used. This is a self-report instrument consisting of two 10-item scales measuring positive and negative affect. Participants were asked to rate items according to how they usually feel (1 = never, 2 = sometimes, 3 = very often). For males, internal consistency was $\alpha = .73$ for the positive affect scale and $\alpha = .74$ for the negative affect scale. For females, Cronbach’s α was $.72$ and $.75$ for positive and negative affect, respectively. Cronbach’s alpha for our screened sample was $.77$ for positive affect and $.74$ for negative affect. For this study, only the negative affect scale was used in data analysis.

Emotion Regulation. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) was used. This is a self-report instrument designed to assess cognitive emotion regulation defined as “the cognitive way of managing the intake of emotionally arousing information” (p. 1313). It consists of 36 items to be answered on a scale of 1 to 5 (1 = [almost] never, 5 = [almost] always) regarding the way the individual generally responds when confronted with a negative or unpleasant event. The questionnaire includes nine subscales with four items each, which correspond to nine cognitive strategies. Four of the subscales are grouped as “negative cognitive emotion regulation” (self-blame, rumination, catastrophizing, and blaming others) and five subscales are grouped as “positive cognitive emotion regulation” (acceptance, positive refocusing, refocus planning, positive reappraisal, and putting into perspective). Each subscale score is obtained by adding up scores for the four items. A global positive and negative cognitive emotion regulation score can also be obtained by finding the total of each subscale score in each category. The original questionnaire internal consistency was $\alpha = .92$ for the whole instrument, $\alpha = .89$ for the Positive Regulation Scale and $\alpha = .89$ for the Negative Regulation Scale. Test-retest reliability (at five months) was $r = .64$ for the whole questionnaire, and $r = .62$ for both the Positive and Negative Scales. Cronbach’s alpha for our screened sample was .89 for the total score, .83 for the negative scale, and .86 for the positive scale. In this study only the global negative cognitive emotion regulation score was used in data analysis.

Anxiety symptomatology. The Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) was used. This is a 38-item scale (with 6 additional items assessing social desirability) designed to assess children’s reports of anxiety; it provides information about specific childhood anxiety disorders. It comprises six subscales: panic/agoraphobia, social anxiety, separation anxiety, generalized anxiety,

obsessions/compulsions, and fear of physical injury. Scores for this scale range from 0 to 114. Greater scores indicate greater self-reported anxiety symptoms. The SCAS has good reliability and validity for clinical purposes as well as for community screening and prevention. Cronbach's alpha for our sample was .91.

Diagnostic status. In order to determine the presence or not of any psychopathological disorder in the studied sample, the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997) was used. The K-SADS-PL is a semistructured clinical interview designed to identify current and lifetime DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Axis I child psychiatric diagnoses. It collects information from both the child or adolescent and their parents. Diagnoses are scored as definitive, probable (greater or equal to 75% of symptom criteria met), or not present.

Physiological measures and apparatus

Cardiac and electrodermal response signals were recorded on a BIOPAC MP150 monitoring system. The sample rate for both signals was set to 500 Hz.

Cardiac responses were recorded in a Lead III configuration (a positive electrode on the dominant ankle, a negative electrode on the nondominant wrist, and the ground electrode on the nondominant ankle) using 10 mm Ag/AgCl electrodes.

Electrodermal recording was taken with two Ag-AgCl skin conductance electrodes attached with small velcro bands to the volar surfaces of distal phalanges of the first and second fingers of the adolescent's nondominant hand. The electrolytic gel K-Y was placed in each electrode cup prior to attaching. Skin conductance was sampled in microsiemens (μS).

Skin conductance reactivity. It was assessed by measuring the SC level exhibited by participants while executing a sustained attention task with response cost,

and subtracting the SC level during an adaptation period.

Non-specific skin conductance responses. They were scored as the number of fluctuations exceeding 0.05 μS observed during the adaptation and baseline periods.

Electrodermal fluctuation intensity (amplitude). It was scored as the maximum value (μS) of skin conductance fluctuations minus its minimum value (μS) for each experimental block.

As cardiac time-domain measures, besides **heart rate**, heart rate variability (HRV) and cardiac sample entropy were also analysed.

Heart rate variability (HRV). It was assessed by calculating the root mean of the squared successive differences on the interbeat intervals time series for each experimental block. An automatic R-wave detector was used to identify the interbeats interval in millisecond.

Cardiac Sample Entropy. It was used as a measure of the heart rate time series irregularity and complexity (Richman & Moorman, 2000). This was calculated with the software available in Physionet (Goldberger et al., 2000)

The cardiac response was also assessed by frequency domain measures.

Cardiac High Frequency band power. The high frequency (HF) band (0.15-0.4Hz) was calculated on the heart rate time series derived from the ECG recordings during baselines and paced breathing tasks.

Cardiac Low Frequency band power. The low frequency (LF) band (0.04-0.15Hz) was also calculated on the heart rate time series derived from the ECG recordings during baselines and paced breathing tasks. The high and low band power was calculated with the fast Fourier transformation

Procedure

Experimental session for all the participants were initiated between 5:00 and

7:00 PM and lasted for approximately 90 minutes. Following interview with K-SADS (45 min approx.), participants were seated in the experimental room in front of a computer while the physiological electrodes were attached.

The computer tasks was completed in a sound and light attenuated room. Stimuli presentation was controlled by a Pentium IV (1.6 GHz) computer. Each subject was seated approximately 1 m from a 17-in. monitor during all the task time (30 min approx). At the beginning, the experimenters introduced and described briefly the computerized tasks. The computer tasks consisted of eight conditions and two interspersed pause periods. Short text instructions appeared on the screen before the beginning of each condition. At these times, the evaluator also verbalized the instructions projected on screen. In order of presentation, the conditions and duration of each were as follows: (1) Adaptation. The subject should remain still looking a red cross on the screen for 120 seconds. (2) Paced breathing 1. It lasted 180 seconds. The breathing phase was paced by means of a picture of a human face with arrows pointing to the mouth when inspiring and going out from the mouth when expiring. The frequency was 15 breaths per minute (0.25 Hz), used by Mezzacappa et al. (1997) in adolescents. In our previous pilot study, most subjects felt that this rate of respiration was adequate. (3) Sustained attention task with response cost. The Children Sustained Attention Task (CSAT, Servera & Cardo, 2006) was used lasting 420 seconds. The task consisted of 600 stimuli (numbers from 0 to 9), approximately 3.5 cm in size, which appeared successively on the computer screen. The duration of the stimulus display was 250 ms., and the inter-stimulus interval was 500 ms. Participants were instructed to press the response button using their dominant hand each time that the target (the numbers 6 or 3) appeared on the screen. Response cost consisted on offer 5 € to the subjects for participating in the study and subtract them 0.50 € for each mistake

committed. The mistakes could be due to omission (to not indicate when the target stimulus appeared) or to commission (to identify a target stimulus when it was not). (4) Pause period. The subject did not have to do anything for 60 seconds. During this period there was no recording, so the subject could move freely while remained seated on the chair. (5) Baseline 1. As in adaptation, the subject should remain still looking a red cross on the screen for 120 seconds. (6) Exposure to 20 fearful pictures. Images were selected from the International Affective Picture Series (IAPS, Lang, Bradley, & Cuthbert, 1999). The same 20 images used in Leen-Feldner et al. (2004) were presented. The pictures were displayed consecutively for seven seconds each and the total duration of the condition was 140 seconds. The experimenter indicated to the participants that they were going to see a series of images, and only had to observe them. Subjects were not told whether images were fearful or neutral. (7) Pause period. The subject did not have to do anything for 60 seconds. As in previous pause period, subject could move if needed it because there was not recording. (8) Baseline 2. As in adaptation and baseline 1, the subject should remain still looking a red cross on the screen during 120 seconds. (9) Exposure to 20 neutral pictures with a total exposure time of 140 seconds. The images were selected from the IAPS (Lang et al., 1999). The same 20 images used in the study by Waters, Lipp, and Spence (2004) were presented. The images were displayed consecutively for seven seconds each. As in condition 6 (exposure to fearful images), the experimenter indicated the participants that they were going to some pictures, and only had to observe them. Subjects also were not told whether images were fearful or neutral. (10) Paced breathing 2. The conditions were the same as in paced breathing 1. The breathing phase was paced by means of a picture of a human face with arrows pointing to the mouth when inspiring and going out from the mouth when expiring. The frequency also was 15 breaths per minute (Mezzacappa et al.,

1997).

Data reduction and analysis

In the sustained attention with response cost task, with a total duration of 420 seconds, physiological measures were calculated for the first three minutes.

Regarding the first hypothesis, comparisons between at risk and control groups on demographic and psychological variables (self-reported BIS reactivity, anxiety symptomatology, and emotion regulation) were conducted using t and χ^2 tests for continuous and categorical data, respectively. Pearson's correlation coefficients were computed to examine the relationship between psychological variables.

To test if youth scoring high in SP showed greater SC reactivity in threatening conditions than their control counterparts (as stated in hypothesis 2) mean comparisons (t test) of SC reactivity between at risk and control groups were conducted. To test if youth scoring high in SP showed more nonspecific SC responses (fluctuations and amplitude) in resting conditions, multivariate analyses of variance (MANOVA) with 2 groups (at risk and control groups) and 3 conditions (adaptation, baseline 1, baseline 2) were performed.

Multivariate analyses of covariance (MANCOVA) were conducted to compare at risk and control groups on cardiac responses, with negative emotion regulation style as a covariate.

Regarding hypothesis 3 and 4 (i.e. youths scoring high in SP would show lower LF and HF band power in resting conditions than their control counterparts), MANCOVAs were performed with a 2 (at risk-control groups) x 4 (pace breathing 1 and 2, and baselines 1 and 2) design.

For the time domain cardiac measures (HR, HRV, and sample entropy) it was hypothesized that youths scoring high in SP would show less changes along different

experimental conditions than their control counterparts. For that reason MANCOVA was performed with a 2 (at risk-control groups) x 5 (sustained attention with response cost task, baseline 1 and 2, and exposure to fearful and to neutral pictures) design.

Measures with highly skewed distributions (high and low frequency band power, and heart rate variability) were *ln* transformed before conducting statistical analysis. Alpha level was set to .05 and adjusted (Bonferroni) for multiple comparisons. All the statistical analyses were performed using SPSS 17.

Results

Group comparisons on demographics and psychological variables

As shown in table 1, at risk and control groups did not differ in sex and age. Comparisons on self-reported psychological variables revealed significant differences between groups, with at risk participants exhibiting always higher scores, in negative affect, negative emotion regulation, and anxiety symptoms. All these variables were found to be positively and significantly correlated (see table 2)

Insert table 1 and 2 about here

SC reactivity

At risk ($M = 4.39$, $SD = 3.94$) and control ($M = 4.97$, $SD = 3.22$) groups did not differ in SC reactivity (μS) during attentional task with response cost, $t(38) = 0.511$, $p = .612$.

Non-specific SC responses

As depicted in table 3, MANOVA revealed only a significant main effect for condition. Neither the main effect for group nor the group by condition interaction were significant. Intragroup post hoc contrasts showed a marginally significant decrease in

the number of fluctuations from the adaptation phase to baseline 2 in the control group ($p = .056$), and from baseline 1 to baseline 2 in the group at risk ($p = .051$). Intergroup post hoc contrasts revealed more non-specific SC responses in the at-risk group during baseline 2 ($p < .020$).

Insert table 3 about here

Electrodermal fluctuation intensity

Regarding fluctuations intensity (amplitude), none of the main effects were statistically significant (see table 3), although a trend appears for group effect with the group at risk exhibiting somewhat greater fluctuations intensity.

HR

A 2 (group) x 5 (condition) MANCOVA was used to investigate group differences for HR. There were no significant main effects, neither for group nor for condition (see table 4). Only participants in the control group showed differences among conditions. In that group, post hoc contrasts showed that HR during sustained attention with response cost was higher than heart rate during baseline 1 ($p < .05$) and during exposure to fearful pictures ($p < .01$). HR during baseline 2 and exposure to neutral pictures was also higher than HR during exposure to fearful pictures ($p < .01$). *HRV*. For HRV, MANCOVA revealed no significant effects neither for condition, nor for group and condition per group (see table 4)

Insert table 4 about here

Cardiac sample entropy

MANCOVA computed on the sample entropy values revealed significant main effects for group per condition interaction (see table 4). Post hoc contrasts revealed that the entropy values for the control group were higher in the sustained attention with response cost condition than the sample entropy exhibited in baseline 1 and during exposure to fearful pictures ($p < .05$), exposure to neutral pictures ($p < .01$), and baseline 2 ($p < .001$)

HF power

MANCOVA on the HF power revealed a significant effect for group (see table 5). As revealed by post hoc contrasts, the control group showed higher vagal tone than participants at risk in paced breathing 1 ($p < .01$) and paced breathing 2 ($p < .05$). Neither the main effect for condition nor the group per condition interaction were significant.

Insert table 5 about here

LF power

For LF power, MANCOVA revealed no significant condition and condition per group effects (see table 5). The main effect for group was significant. Post hoc contrast showed that the control group exhibited higher LF power than the group at risk in paced breathing 1 ($p < .01$), baseline 2 ($p < .05$), and paced breathing 2 ($p < .05$).

Discussion

The study was devoted to explore the psychophysiological concomitants of self-reported BIS reactivity in youth supposed to be at risk for anxiety disorders, on the basis of reporting high SP scores.

As hypothesized, and consistent with previous studies, the at risk group also

exhibited higher scores on measures of negative affect, negative emotion regulation style, and anxiety symptomatology. All these measures were also significantly positively correlated.

Contrary to our second hypothesis, groups did not differ in SC reactivity during the attentional task with response cost as reported in previous studies (i.e. Brenner et al., 2005; Colder & O'Connor, 2004). Participants at risk exhibited more nonspecific SC responses than control group during baseline 2. That partially supports the idea that measuring those nonspecific responses could be useful to detect subjects prone to experience negative emotions (Nikula, 1991; Crowell et al., 2006).

As to the cardiac concomitants, the most outstanding results are those related with the frequency domain measures. The study's third hypothesis stated that youths scoring high in SP will show lower LF band power in resting conditions (baseline and paced breathing) than participants scoring in the normal range in SP, and this is exactly what we found. If we consider LF band power a measure of sympathetic activation (though it reflects other physiological influences) subjects at risk presented a diminished sympathetic activation at rest that can be understood as an inappropriate state of readiness to act (behavioral inhibition) which could be related with some core characteristics of anxiety disorders as the predominance of withdrawal or inhibition instead of proactive behaviors. These results diverged from those reported by Gunnar et al. (2009) where higher baseline sympathetic tone –indexed by preejection period, a measure that was not used in our study- was associated with heightened BIS.

In the same line, participants in the group at risk showed lower vagal tone in baseline periods than the control group. This is consistent with our fourth hypothesis and it is specially interesting since diminished vagal tone is a widely accepted marker of several anxiety disorders. Once again, however, our data are not fully consistent with

those reported in BIS literature with children and youth (see Blair, 2003; Blair et al. 2004).

In respect with cardiac time domain measures, results regarding the fifth hypothesis are mixed. While groups did not differ in HRV in any of the experimental conditions, greater overall system flexibility along experimental conditions has been observed in the control group than in participants at risk in HR and cardiac sample entropy. It is worthy to note that participants in the control group showed greater irregularity and complexity in their HR time series in the sustained attention with response cost than in the other experimental conditions while at risk participants did not show any change across conditions. A similar pattern of flexibility was found in HR in the control group. These results lend partial support to the general idea that healthy systems need to be flexible to adapt to the demands of changing environments. In other words, some lack of flexibility can be expected from less healthy (at risk) systems (participants).

Perhaps the most salient strengths of our study are those related with the usefulness of psychophysiological measurement during resting conditions (baseline and pace breathing) and to analyze the pattern of flexibility-rigidity of responding through different conditions, rather to focalize on reactivity indexes in front of specific experimental tasks, in order to differentiate between subjects in base to their BIS reactivity or, more in general, to find physiological concomitants of negative affectivity and /or to detect individuals for being at risk for anxiety disorders. As reviewed in the introduction, literature shows important inconsistencies or very complex associations between self-reported or caregiver reported BIS reactivity and psychophysiological responding during different experimental conditions. It can be argued that the selected experimental tasks fail to elicit the activation of BIS because they not fully capture the

features that, in every day life, provoke this reactivity. But it could be also plausible that youths at risk for anxiety disorders could be detected while they are at rest. In our opinion the fact that differences in LF and HF power were found during resting conditions should be underlined. Let's take a more dramatic example: aggressive boys. It will be easy to detect an aggressive boy or girl when we insult him or her or hit him or her, but it could be almost impossible to say if a seated resting boy or girls is aggressive or not. Anxious adolescents under stressing conditions can be more or less easily identified, but this diagnose could come up too late. Effective prevention requires tools to detect youths at risk before problems arise, and assessing sympathetic and vagal tone from a simple at rest ECG recording may be one of such tools. All that is in agreement with the Thayer and Lane (2009) hypothesis about low HRV as an endophenotype of anxiety disorders. We should remember that youths in our sample did not suffer any anxiety disorder (although they scored higher in anxiety symptoms questionnaire), and this is one of the requirements for an endophenotype.

Cardiac responses have been used traditionally as markers or at least concomitants of emotion regulation. For that reason, in our study we decided to control for negative emotional regulation style in order to better clarify the unique association of BIS reactivity to the cardiac measures. It is also worthy to note that, as increasingly recognised in the literature, heightened negative affectivity is associated with an increase use of negative or dysfunctional use of emotion regulation responses.

Our study has a number of limitations. Mainly, we recognize that the sample is rather small because it was very difficult for us to convince potential participants in the control group to carry out additional assessments in the laboratory. As stated below, it could be also argued that the selected experimental tasks fail to elicit the activation of BIS because they not fully capture the features that, in every day life, provoke this

reactivity. We used to potentially stressful conditions, a sustained attention task with response cost – a traditional procedure to assess BIS reactivity – and the same 20 fearful pictures used in Leen-Feldner et al. (2004) to examine BIS reactivity in youth.

Additionally, as stated by Gunnar et al. (2009) in their work on normative developmental changes in the hypothalamus-pituitary-adrenal activity, measures of sympathetic activity – and other measures related to it- revealed increased sympathetic modulation with age. In our study, participants ages ranged from 12 to 17 years old. It is to be supposed that some results have been influenced by the wide age range of youth and that a different picture could emerge with samples with narrowed age intervals.

Finally, our study, like any other where cardiac responses are investigated, is affected by some methodological issues. For example, there is no complete agreement about how to best measure vagal tone; while some researchers measure respiratory sinus arrhythmia (based on calculating the length of the inspiration and expiration periods) others prefer spectral estimations (like in our study). Things are similar as to the time domain measures, so that choosing the root mean of the squared successive differences or any other of the available measures is not straightforward. Fortunately the Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology (Camm et al., 1996) shed some light on these problems, but many of them remain still open.

Despite these limitations, we consider that the present study contributes to expand the knowledge on the the associations between BIS sensitivity and its psychophysiological concomitants with an special focus in the lack of cardiac flexibility and diminished sympathetic and vagal tone in resting conditions in subjects with high self-reported BIS sensitivity.

Acknowledgment: This study was partially supported by grant AAEE0011/08 from the Government.

References

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Beauchaine, T. P. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: toward an integrated model of autonomic nervous systems functioning in psychopathology. *Development and Psychopathology, 13*, 183-214.
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology, 74*, 174–184.
doi:10.1016/j.biopsycho.2005.08.008
- Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clinical Psychology Review, 29*, 421-430.
doi:10.1016/j.cpr.2009.04.002
- Blair, C. (2003). Behavioral inhibition and behavioral activation in young children: Relations with self-regulation and adaptation to preschool in children attending Head Start. *Developmental Psychobiology, 42*, 301-311. doi:10.1002/dev.10103
- Blair, C., Peters, R., & Granger, D. (2004). Physiological and neuropsychological correlates of approach/withdrawal tendencies in preschool: Further examination of the behavioral inhibition system/behavioral activation system scales for young children. *Developmental Psychobiology, 45*, 113-124. doi: 10.1002/dev.20022
- Bornas, X., Llabres, J., Noguera, M., Lopez, A. M., Gelabert, J. M., & Vila, I. (2006). Fear induced complexity loss in the electrocardiogram of flight phobics: A

multiscale entropy analysis. *Biological Psychology*, 73, 272-279.

doi:10.1016/j.biopsycho.2006.05.004

Bornas, X., Llabres, J., Noguera, M., Lopez, A. M., Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., et al. (2006). Changes in heart rate variability of flight phobics during a paced breathing task and exposure to fearful stimuli. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 549-563.

Bornas, X., Llabres, J., Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Montoya, P., Lopez, A., et al. (2007). Vagally mediated heart rate variability and heart rate entropy as predictors of treatment outcome in flight phobia. *Biological Psychology*, 76, 188-195.

doi:10.1016/j.biopsycho.2007.07.007

Brenner, S. L., Beauchaine, T. P., & Sylvers, P. D. (2005). A comparison of psychophysiological and self-report measures of BAS and BIS activation. *Psychophysiology*, 42, 108-115. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00261.x

Camm, A. J., Bigger, J. T., Breithardt, G., Cerutti, S., Cohen, R. J., Coumel, P., et al. (1996). Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *European Heart Journal*, 17, 354-381.

Colder, C. R., & O'Connor, R. M. (2004). Gray's reinforcement sensitivity model and child psychopathology: Laboratory and questionnaire assessment of the BAS and BIS. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 435-451.

Corr, P. J. (2002). Gray's reinforcement sensitivity theory and frustrative nonreward: A theoretical note on expectancies in reactions to rewarding stimuli. *Personality and Individual Differences*, 32, 1247-1253. doi:10.1016/S0191-8869(01)00115-5

Corr, P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 317-332. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.01.005

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., Sylvers, P., Mead, H., & Chipman-

- Chacon, J. (2006). Autonomic correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 174–178. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.174
- Field, A. P. (2006). The behavioral inhibition system and the verbal information to children's fears. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 742-752.
- Field, A. P., & Price-Evans, K. (2009). Temperament moderates the effect of the verbal threat information pathway on children's heart rate responses to novel animals. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 431-436. doi:10.1016/j.brat.2009.01.020
- Fowles, D. C. (1983). Motivation effects on heart rate and electrodermal activity: Implications for research on personality and psychopathology. *Journal of research in personality, 17*, 48-71.
- Fowles, D. C. (1988). Psychophysiology and psychopathology: A motivational approach. *Psychophysiology, 25*, 373-391.
- Freedman, R. R. (1985). Psychophysiological factors in panic disorder. *Psychopathology, 17*, 66-73.
- Friedman, B. H. (2007). An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biological Psychology, 74*, 185–199.
doi:10.1016/j.biopsycho.2005.08.009
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence, 28*, 619-631.
doi:10.1016/j.adolescence.2004.12.009

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002).

Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, *25*, 603-611.

doi:10.1006/jado.2002.0507

Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E.

(2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample.

European Journal of Personality, *16*, 403-420. doi:10.1002/per.458

Goldberger, A. L., Amaral, L. A., Glass, L., Hausdorff, J. M., Ivanov, P. C., Mark, R.

G., et al. (2000). PhysioBank, PhysioToolkit, and PhysioNet: components of a new research resource for complex physiologic signals. *Circulation* *101*, E215–E220.

Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.

Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Nueva York: Cambridge.

Gunnar, M. R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J. D., & Griggs, C. (2009).

Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: Normative changes and associations with puberty.

Development and Psychopathology, *21*, 69-85. doi:10.1017/S0954579409000054

Katkin, E. (1965). Relationship between manifest anxiety and two indices of autonomic response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *2*, 324-333.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997).

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children—Present and lifetime (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 980–988.

Lang, P. J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B. N. (1999). *International affective picture*

system (IAPS): Technical manual and affective ratings. Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.

Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., & Feldner, M. T. (2004). Behavioral inhibition sensitivity and emotional response suppression: A laboratory test among adolescents in a fear-relevant paradigm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 783-791.

Mezzacappa, E., Tremblay, R. E., Kindlon, D., Saul, J. P., Arseneault, L., Seguin, J., et al. (1997). Anxiety, antisocial behaviour, and heart rate regulation in adolescent males. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 457-469.

Muris, P., Meesters, C., de Kanter, E., & Timmerman, P. E. (2005). Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, *38*, 831-841. doi:10.1016/j.paid.2004.06.007

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*, 271-289. doi:10.1007/s10567-005-8809-y

Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 395-422. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01612.x

Nikula, R. (1991). Psychological correlates of nonspecific skin conductance responses. *Psychophysiology*, *28*, 86-90.

Richman, J. S., & Moorman, J. R. (2000). Physiological time-series analysis using approximate entropy and sample entropy. *American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology*, *278*, H2039-H2049.

Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *8*, 173-

182.

Santucci, A. K., Silk, J. S., Shaw, D. S., Gentzler, A., Fox, N. A., & Kovacs, M. (2008).

Vagal tone and temperament as predictors of emotion regulation strategies in young children. *Developmental Psychobiology*, *50*, 205-216. doi: 10.1002/dev.20283

Servera, M., & Cardo, E. (2006). Children Sustained Attention Task (CSAT):

Normative, reliability, and validity data. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 697-707.

Slobodskaya, H. R. (2007). The associations among the big five, behavioural inhibition and behavioural approach systems and child and adolescent adjustment in Russia.

Personality and Individual Differences, *43*, 913-924.

doi:10.1016/j.paid.2007.02.012

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour*

Research and Therapy, *36*, 545-566.

Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J. L., & Thomassin, K. (2009). Common and specific

emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, *40*, 223-239. doi: 10.1007/s10578-008-0121-x

Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders.

Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, *33*, 750-759.

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion

regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, *61*, 201-216.

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). Claude Bernard and the heart-brain connection:

Further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *33*, 81-88. doi:10.1016/j.neubiorev.2008.08.004

Torrubia, R., Àvila, C., Moltó, J., & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety

and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.

Tranel, D. (1983). The effects of monetary incentive and frustrative non-reward on heart rate and electrodermal activity. *Psychophysiology*, 20, 652-657.

Waters, A. M., Lipp, O. V., & Spence, S. H. (2004). Attentional bias toward fear-related stimuli: An investigation with non-selected children and adults, and children with anxiety disorders. *Journal of Experimental Child Psychology*, 89, 320–337.

doi:10.1016/j.jecp.2004.06.003

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Table 1

Group comparison on demographics and psychological variables

	Control	At risk	$t(38) / \chi^2(2)$
	$N (\%) / M (SD)$	$N (\%) / M (SD)$	
Female	7 (35)	12 (60)	2.506
Age	13.45 (1.32)	13.89 (1.21)	1.108
Sensitivity to punishment	5.10 (1.971)	11.30 (1.218)	11.967***
Negative Affect	17.70 (2.473)	20.70 (3.614)	3.064**
Negative ER	38.50 (9.785)	46.60 (7.983)	2.869**
Anxiety symptomatology	28.90 (15.096)	42.35 (15.806)	2.752**

Note. ER = emotion regulation.** $p < .01$. *** $p < .001$.

Table 2

Pearson correlations [confidence interval] among psychological variables

	Sensitivity to punishment	Negative affect	Negative ER	Anxiety symptomatology
Negative affect	.528*** [.259, .721]	–		
Negative ER	.447** [.157, .666]	.514*** [.241, .712]	–	
Anxiety symptomatology	.501*** [.225, .703]	.514*** [.241, .712]	.581*** [.329, .756]	–

Note. ER = emotion regulation.** $p < .01$. *** $p < .001$.

Table 3

Group comparison on non-specific SC responses (number of fluctuations) and electrodermal fluctuations intensity (μS)

	Adaptation	BL1	BL2	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Non-specific SC responses	Control 4.00 (3.55) At risk 3.78 (2.40)	2.88 (2.01) 4.68 (2.62)	2.83 (2.06) 3.50 (3.00)	Interaction: $F(2,37) = 2.17$ Group: $F(1,38) = 1.11$	.128 .298	.105 .028
				Condition: $F(2,37) = 4.03$	.026	.179
Electrodermal fluctuations intensity	Control 0.29 (0.22) At risk 0.44 (0.26)	0.35 (0.29) 0.51 (0.44)	0.35 (0.20) 0.56 (0.61)	Interaction: $F(2,76) = 0.13$ Group: $F(1,38) = 3.37$	.874 .074	.004 .081
				Condition: $F(2,76) = 1.38$	.259	.035

Note. SC = skin conductance; BL1 = baseline 1; BL2 = baseline 2.

Table 4

Comparison among conditions and groups (MANCOVA) controlling for negative emotion regulation, in HR, HRV (RMSSD (ln transformed), and sample entropy

	SA+RC	BL1	FP	BL2	NP	F	p	η^2
HR	83.67	77.88	76.80	79.52	79.05	Interaction: $F(4,34) = 1.36$	.270	.138
(bts/min)	(15.06)	(11.43)	(11.17)	(12.26)	(12.09)	Group: $F(1,37) = 0.11$	.736	.003
At Risk	78.77	75.78	74.99	75.92	75.56	Condition: $F(4,34) = 2.41$	.068	.221
	(9.55)	(9.63)	(9.97)	(10.12)	(10.32)			
HRV	3.99	4.01	4.09	3.95	3.90	Interaction: $F(4,34) = 0.78$	.545	.084
(ln RMSSD)	(0.68)	(0.56)	(0.72)	(0.57)	(0.55)	Group: $F(1,37) = 1.78$	.190	.046
At Risk	3.86	3.83	3.88	3.78	3.83	Condition: $F(4,34) = 1.50$	.224	.150
	(0.52)	(0.53)	(0.44)	(0.51)	(0.52)			
Sample entropy	.83	.73	.73	.67	.73	Interaction: $F(4,148) = 2.92$	.023	.073
$-\ln[A^m(r) / B^m(r)]$	(.18)	(.14)	(.18)	(.18)	(.17)	Group: $F(1,37) = 0.26$	.610	.007

	At Risk	.79	.73	.73	.77	.77	Condition: $F(4, 148) = 0.71$	<u>.585</u>	<u>.019</u>
		(.14)	(.16)	(.17)	(.17)	(.12)			

Note. HR = heart rate; HRV = heart rate variability; RMSSD = root mean of the squared successive differences; SA+RC = sustained attention with response cost; BL1 = baseline 1; FP = fearful pictures; BL2 = baseline 2; NP = neutral pictures.

Table 5

Comparison among conditions and groups (MANCOVA) controlling for negative emotion regulation, in Low and High frequency power

	PB1	BL1	BL2	PB2	F	p	η^2
HF	Control	7.71 (0.62)	6.51 (0.77)	6.44 (0.79)	7.53 (0.64)	Interaction: $F(3,35) = 2.39$	.085
	At risk	6.87 (0.95)	6.06 (0.86)	5.83 (0.89)	6.89 (0.82)	Group: $F(1,37) = 5.88$	.020
	Group comparisons	Control > At risk**			Control > At risk*	Condition: $F(3,35) = 1.41$	.257
LF	Control	7.17 (0.58)	6.65 (0.49)	6.82 (0.76)	7.53 (0.66)	Interaction: $F(3,35) = 0.92$	.443
	At risk	6.61 (0.59)	6.28 (0.81)	6.02 (0.96)	7.02 (0.62)	Group: $F(1,37) = 8.30$	.007
	Group comparisons	Control > At risk**			Control > At risk*	Condition: $F(3,35) = 1.00$	.404

Note. LF = low frequency; HF = high frequency; PB1 = paced breathing 1; BL1 = baseline 1; BL2 = baseline 2; PB2 = paced breathing 2. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Figure 1

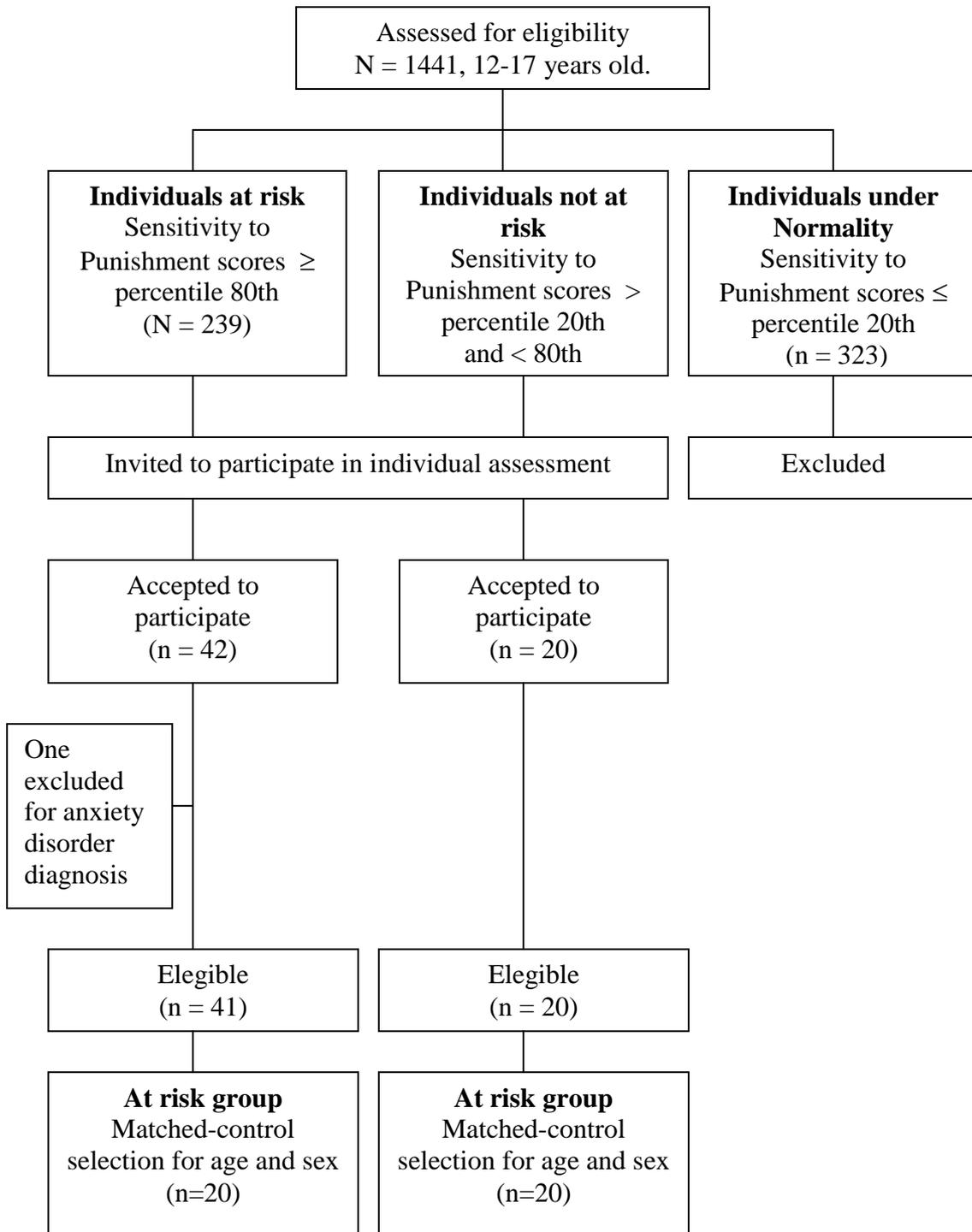


Figure Caption.

Figure 1. Sample selection procedure

