



## TESIS DOCTORAL

# Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills for Life en niños con problemas externalizados

Miriam Rodríguez Menchón

2022

Biblioteca  
Universidad Miguel Hernández



Director:  
José P. Espada Sánchez

Codirectora:  
Mireia Orgilés Amorós











**Universidad Miguel Hernández de Elche**

Programa de Doctorado en Deporte y Salud

**TESIS DOCTORAL**

**Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills for  
Life en niños con problemas externalizados**

**Miriam Rodríguez Menchón**

2022

Director:

**José. P Espada Sánchez**

Codirectora:

**Mireia Orgilés Amorós**



De acuerdo con la normativa vigente esta Tesis Doctoral se presenta en formato convencional. Como indicios de calidad se presenta con trabajos previamente publicados. El artículo científico incluido es:

- Morales, A., Rodríguez-Menchón, M., Tomczyk, S., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2021). Internalizing and externalizing symptoms in Spanish children aged 6-8: Results of a latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 617-623. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.066>















Esta Tesis Doctoral se ha realizado con la financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España a través de un contrato de formación del profesorado universitario (FPU16/05825).





**A mis abuelos Ramón y Alejandra**





## AGRADECIMIENTOS

---

Gracias a mi director de tesis, José Pedro Espada, por darme la oportunidad de participar en diferentes proyectos que me han ayudado a formarme como investigadora, por invertir tu tiempo en mi formación y por apostar por mí. A Mireia Orgilés, por permitirme formar parte de un proyecto tan necesario y especial como el programa Super Skills. A ambos por tutorizar y guiar este trabajo y por abrirme las puertas del grupo de investigación AITANA, al que admiro desde que estudiaba la licenciatura en Psicología. Gracias por ofrecerme la oportunidad de formar parte del mejor congreso de psicología infanto-juvenil de nuestro país y por permitirme conocer a algunos de los mejores psicólogos infantiles del mundo. Os lo agradezco de corazón.

A Christian, la persona más maravillosa con la que puedo compartir mi vida. La persona que sabe exactamente los puntos del recorrido en los que he necesitado largas conversaciones, un abrazo y renovar mis fuerzas. La persona con la que celebro los éxitos, pero sobre todo me apoya en los fracasos. La persona que mejor me entiende, mi gran apoyo. Gracias por tu paciencia, por soportar mis ausencias y por tu enorme comprensión. Por ser tan bondadoso, por motivarme a ser mejor persona y por apoyarme incondicionalmente. Representas todo lo que admiro en una persona.

Gracias a mis padres Jesús y Rosa por enseñarme que hay que trabajar por los sueños y que no hay nada imposible. Que la suerte no existe, sino la constancia y el trabajo por llegar a donde uno se proponga. Que en ocasiones hay que tomar decisiones valientes a pesar de no tener la certeza de si saldrán bien. Gracias por vuestra humildad y por enseñarme el valor del respeto y de la honestidad. Pero, sobre todo, por transmitirme que lo más importante es ser feliz. Gracias por vuestro amor incondicional y por confiar tanto en mí, por escucharme en los peores momentos y darme consejos tan valiosos y

reconfortantes. Gracias a vosotros soy lo que soy. Sois y siempre seréis mi ejemplo a seguir, el reflejo donde mirarme. Gracias a mi hermano Aitor por tener un corazón tan grande, por respaldarme, por tu protección y apoyo incondicional. A mi hermana Cristina, por entenderme, por animarme, por nuestros cafés al sol, por tu risa que recarga mis pilas, y en definitiva por ser tú. Te espera una carrera profesional cargada de éxitos. Gracias Noé por esas charlas compartidas, por tus ganas contagiosas de mejorar y aprender. Gracias a todos por ser una familia tan maravillosa e inculcarme valores que forman parte de mi día a día.

Gracias a mi abuela Francisca, por tener un corazón tan noble, por quererme tanto. A mi abuela Alejandra y mi abuelo Ramón, quienes me acompañaron al inicio de este recorrido, pero no están en esta etapa final. Sé que estaríais orgullosos. A mis tíos y primos por estar en mi vida, os adoro. A Elena, Óscar y Nadia, os quiero.

A Estela, Claudia y Sara. Mis mejores amigas, mis “hermanas”. Porque permanecemos unidas en los mejores y peores momentos de nuestras vidas, a pesar de la distancia y de seguir caminos tan diferentes. Sabéis lo importantes que sois en mi vida, sobran las palabras. A mis amigos, Rubén y Nuria, personas extraordinarias que se cruzaron en mi camino para hacerme vivir momentos únicos y especiales. Destaca vuestra generosidad y bondad, os quiero mucho. A Andrea y Julio por compartir tantos momentos juntos, por darme tanto cariño, por hacerme reír, por vuestra amistad. A Josemi, porque sus ocurrencias humorísticas hacen la vida más sencilla. A todos los amigos que, de algún modo, permanecen ahí. Gracias a todos vosotros por comprender mi “ocupación” en muchos momentos. Gracias por estar siempre a mi lado y sacarme una sonrisa en los momentos más difíciles.

A Victoria por su ayuda desinteresada y su asesoramiento en la parte estadística de esta tesis, muchas gracias por tu tiempo y tus ánimos en el momento final de mi camino como doctoranda. A Sandra Morales por enseñarme tantas cosas, por tu paciencia y por tu tiempo. Has sido una guía imprescindible para mí. A Silvia, por ser un gran apoyo en mi día a día, por la afinidad y, en definitiva, por tu amistad. A Iván por tantas charlas y consejos, y por tu gran ayuda en la realización de mi proyecto de tesis. Al Dr. José Antonio Piqueras y a mis compañeros del grupo Aitana con los que he podido compartir también momentos divertidos, de formación y de desconexión (Vicky, María, Raquel, Mariate, Bea...).

Gracias a las psicólogas colaboradoras en este proyecto, Cristina y Catherina. Y por supuesto a todos los niños y familias que han depositado su confianza en nuestro equipo y que han permitido que viva momentos tan especiales, momentos que dan sentido a nuestra profesión.

Este trabajo es de todos vosotros.



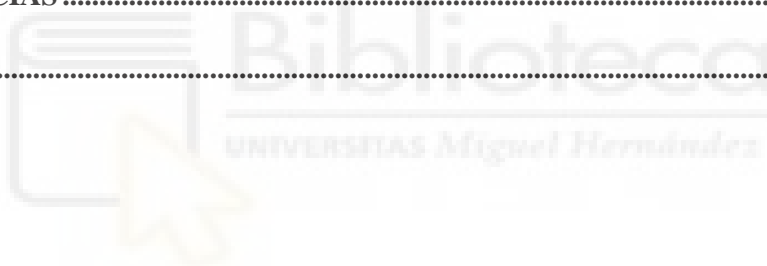






## ÍNDICE

	Páginas
1. RESUMEN.....	15
2. INTRODUCCIÓN.....	19
3. OBJETIVOS.....	55
4. MÉTODO.....	61
5. RESULTADOS .....	75
6. DISCUSIÓN.....	89
7. CONCLUSIONES.....	105
8. REFERENCIAS .....	109
9. ANEXOS .....	151





# 1. RESUMEN



Los problemas externalizados constituyen uno de los motivos de búsqueda de ayuda psicológica más frecuente. Existen programas de intervención dirigidos a abordar estos problemas. Sin embargo, en muchas ocasiones los problemas de conducta continúan persistiendo. La elevada co-ocurrencia de problemas externalizados e internalizados, las graves consecuencias personales, psicológicas y sociales que suponen los problemas externalizados, y las bajas tasas de efectividad de tratamientos psicológicos justifican la necesidad de desarrollar, adaptar y analizar la eficacia de programas psicológicos diseñados a partir de un enfoque transdiagnóstico. El objetivo general de esta tesis doctoral fue evaluar la eficacia del programa psicológico transdiagnóstico Super Skills for Life (SSL) en la reducción de problemas externalizados en niños españoles de entre 8 y 12 años. Participaron 84 niños ( $M_{\text{edad}} = 9,39$ ;  $DT = 1,2$ ; 79,8% niños) que fueron asignados de forma aleatoria a una condición tratamiento ( $n = 42$ ) o control sin intervención ( $n = 42$ ). Los resultados mostraron que en el postest los participantes de la condición tratamiento presentaban menor sintomatología externalizada e internalizada, en comparación con los participantes de la condición de control. Tanto los padres como los menores mostraron una alta satisfacción con el programa. La presente tesis doctoral recoge las primeras evidencias de la adaptación y análisis de la eficacia de SSL en la reducción de sintomatología externalizada en niños españoles. El programa SSL- versión Conducta es un programa breve eficaz para reducir sintomatología externalizada e internalizada debido a su naturaleza transdiagnóstica. Programas como SSL podrían incrementar el bienestar emocional y prevenir futuros problemas de mayor gravedad, en la infancia, adolescencia o edad adulta.





# 2.INTRODUCCIÓN



## CAPÍTULO 1. PROBLEMAS EXTERNALIZADOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

### 1.1. Características y prevalencia

Los problemas psicológicos afectan a un número muy elevado de niños y adolescentes en todo el mundo. Se estima que hasta el 50% de los problemas de salud mental tiene su inicio antes de los 15 años y que, en una gran cantidad de ocasiones, esta psicopatología puede mantenerse estable hasta la edad adulta (Cohen, 2008; Sandín, Chorot, y Valiente, 2016, 2018; Sourander y Helstelä, 2005; Widiger, De Clercq, y De Fruyt, 2009).

Para describir y explicar estos problemas, con frecuencia se utilizan los términos “internalizado” y “externalizado” (Achenbach et al., 2016). Por problemas internalizados entendemos aquellos síntomas internos como tristeza, depresión, miedos, ansiedad, quejas somáticas y retraimiento; mientras que los problemas externalizados hacen referencia a síntomas conductuales que incluyen hiperactividad, conducta agresiva y problemas de comportamiento (Gage, 2013; Willner, Gatzke-Kopp, y Bray, 2016).

Polanczyk et al. (2015) realizaron un metaanálisis con el fin de conocer la prevalencia mundial de problemas psicológicos en niños y adolescentes. En su investigación incluyeron 41 estudios llevados a cabo en 27 países diferentes (incluyendo España). Encontraron que la prevalencia mundial de los trastornos mentales en población infanto-juvenil (6-18 años) era del 13,4%. La prevalencia mundial de algún trastorno de ansiedad fue del 6,5%, de depresión 2,6%, de TDAH 3,4% y de trastornos disruptivos de un 5,7%. Unos años más tarde, Husky et al. (2018) llevaron a cabo un estudio para conocer los problemas de salud mental autoinformados por niños ( $n = 6245$ ; 6-11 años) procedentes de ocho países europeos (Italia, Francia, Alemania, Países Bajos, Lituania,

Bulgaria, Rumanía y Turquía). En este caso, los autores encontraron que el 22% de los niños reportaba algún problema psicológico. Concretamente, la prevalencia de problemas internalizados fue del 18,4% y la prevalencia de problemas externalizados fue del 7,8%.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Instituto Nacional de Estadística hicieron público en 2017 un estudio que reveló el porcentaje de niños españoles (de entre 4 y 14 años) que se encontraba en riesgo de sufrir problemas psicológicos ( $n = 4723$ ; 51,85% niños). Para ello, utilizaron la versión reportada por padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ; Goodman, 1997). Los resultados indicaron que el 13,2% de los niños y adolescentes españoles de entre 4 y 14 años de edad se encontraba en riesgo de padecer problemas psicológicos. Además, encontraron que el riesgo era superior en niños (15,6%) que en niñas (10,5%). En lo que respecta a la edad, se observó que el riesgo de desarrollar problemas psicológicos era mayor en niños de 4 a 9 años (14,20%), que en niños de 10 a 14 años (11,91%). Respecto a la adolescencia y juventud, tras administrar el Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire; GHQ-12; Goldberg, 1992), encontraron que el 12,64% de los adolescentes y jóvenes españoles se encontraban en riesgo de mala salud mental. Además, el riesgo era superior en mujeres (17,41%) que en hombres (8,11%).

Los problemas externalizados implican conflictos con otras personas y parecen situarse en un continuo de gravedad (Burke, Loeber, y Birmaher, 2002; Dretzke 2009; Sourander y Helstelä, 2005). En cuanto al género, es bien sabido que estos problemas son más frecuentes en niños que en niñas (Bongers et al., 2003; Piquart, 2017). Concretamente, Burke et al. (2002), indicaron que los problemas de conducta son entre 3 y 4 veces más frecuentes en el género masculino.

Dentro de los problemas externalizados destacan los problemas de conducta que incluyen una gran variedad de comportamientos como: conducta problemática, agresiva,

perturbadora y disruptiva; desobediencia, déficit de habilidades sociales, baja autoestima, dificultades para realizar las tareas escolares e inestabilidad emocional (Loeber et al., 2000; Scottish Executive, 2001). Los problemas de conducta no surgen de forma repentina (Petersen et al., 2015), sino que parecen mostrar una estabilidad a lo largo del tiempo. Además, es importante tener en cuenta las diferentes formas en que se manifiestan los problemas de conducta en función de la edad (Olson et al., 2013). En este sentido, las conductas de agresión física (por ejemplo, morder) y la conducta oposicionista parecen más propias de la infancia, mientras que la delincuencia, agresión indirecta, consumo de sustancias o problemas encubiertos como el robo, son problemas externalizados propios de la adolescencia (Achenbach et al., 1995; Miller, Vaillancourt, y Boyle, 2009; Wolff y Ollendick, 2010).

Otra de las dificultades que se incluye dentro de los problemas externalizados es la hiperactividad. De acuerdo con Werry (1968), la hiperactividad se define como una actividad motora superior a la norma. Este autor distingue entre hiperactividad en niños en edad preescolar y en edad escolar. En el primer caso, hace referencia a una energía ilimitada y una actividad incesante que obliga a sus cuidadores a vigilarlos constantemente. En el segundo caso, padres y profesores refieren que el niño muestra una elevada inquietud motora (por ejemplo, habla y manipula objetos constantemente), así como presenta dificultades para permanecer sentado.

En lo que respecta al momento de inicio y curso, existe cierto consenso en la clasificación de los problemas de conducta en tres subtipos: 1. Problemas de conducta persistentes de inicio temprano o problemas de conducta persistentes a lo largo de la vida; 2. Problemas de conducta de inicio en la adolescencia y 3. Problemas de conducta limitados a la infancia (Bevilacqua et al., 2018; Moffit, 1993). Se considera inicio temprano cuando los problemas surgen antes de los 10 años (Asociación Americana de

Psiquiatría [APA], 1994, 2014). La evolución, pronóstico y consecuencias de los problemas de comportamiento será diferente en función del momento de inicio y de su persistencia (Bevilacqua et al., 2018; Wolff y Ollendick, 2010).

### *Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta y Trastorno de Personalidad Antisocial*

Dos de los trastornos psicológicos conductuales propios de la infancia y la adolescencia contemplados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2014) son el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC). El TND es entendido como un patrón frecuente y recurrente de hostilidad y comportamiento desafiante o vengativo hacia figuras de autoridad, principalmente. Por otro lado, el TC se caracteriza por manifestar un patrón repetitivo y persistente de conductas que no siguen las normas sociales propias de la edad, y que violan los derechos de otras personas. Aunque ambos trastornos provocan conflictos interpersonales, el TC implica conductas de naturaleza significativamente más grave. Tras una revisión de la literatura Boylan et al. (2007) encontraron que la prevalencia para el TND en muestras comunitarias se situaba entre un 2,6 y un 15,6%. La prevalencia del TC en muestras comunitarias varía entre chicos (entre un 1,8% y un 16%) y chicas (0,8% y 9,2%) (Loeber, Burke, y Pardini, 2009). En las **Tablas 1 y 2** se pueden consultar los criterios diagnósticos del DSM-5 de ambos trastornos psicológicos.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos Trastorno Negativista Desafiante DSM-5 (APA, 2014)**

Trastorno Negativista Desafiante
Criterios diagnósticos
<p><b>A.</b> Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p><b>Enfado/irritabilidad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo pierde la calma.</li> <li>2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.</li> <li>3. A menudo está enfadado y resentido.</li> </ol> <p><b>Discusiones/actitud desafiante</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.</li> <li>5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.</li> <li>6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.</li> <li>7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.</li> </ol> <p><b>Vengativo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.</li> </ol> <p><b>B.</b> Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p> <p><b>C.</b> Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.</p>
<p><i>Especificar si la gravedad actual:</i></p> <p><b>Leve:</b> Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).</p> <p><b>Moderado:</b> Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.</p> <p><b>Grave:</b> Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.</p>

Parece haber una relación evolutiva entre el TND y el TC (Frick, Barry, y Kamphaus, 2010). Aunque este hecho no se ha estudiado en profundidad, algunos autores asumen que estos problemas se encuentran en un continuo (Moffit et al., 2008). Esto se debe a que la mayoría de casos de TC (con inicio antes de la adolescencia) han cumplido previamente los criterios diagnósticos de TND (APA, 2014). Además, la mayoría de los niños con los síntomas más graves del TC también muestran los síntomas del TND (Lahey y Loeber, 1994; Spitzer, Davies, y Barkley, 1990). Sin embargo, no ocurre lo contrario (Frick et al., 2010). De hecho, aunque el TND sea un factor de riesgo para desarrollar TC,

solo un pequeño porcentaje de niños diagnosticados con TND acaba derivando en TC (APA, 2014; Burke et al., 2005).

Otro de los trastornos relacionados con el TND y TC es el Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA). El TPA se define como un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás (APA, 2014). Se pueden consultar los criterios diagnósticos del DSM-5 en la **Tabla 3**. Aunque no todos los menores con TC acaban desarrollando un TPA (Moffit et al., 2008), algunas fuentes defienden una continuidad entre ambos trastornos (Wolff y Ollendick, 2010). Loeber, Burke y Lahey (2002) encontraron que hasta el 50% de menores diagnosticados con TC en la adolescencia acabaron desarrollando TPA posteriormente. Otros autores han encontrado que entre el 45-70% de los adolescentes con TC desarrolla un TPA (Morcillo et al., 2012). En la misma línea, Lahley et al., (2005), defienden que padecer TC entre los 7 y 12 años constituye un factor de riesgo para el desarrollo del TPA, especialmente en familias de bajo nivel socioeconómico.

En definitiva, aunque son diagnósticos independientes, parecen existir evidencias de una continuidad entre el TND y el TC y entre el TC y el TPA (Loeber et al., 2002; Wolff y Ollendick, 2010). Por todo ello, podemos concluir que padecer uno de estos trastornos parece constituir un factor de riesgo para el desarrollo de otro trastorno conductual de mayor gravedad.



Tabla 2. Criterios diagnósticos Trastorno de Conducta DSM-5 (APA, 2014)

Trastorno de conducta
Criterios diagnósticos
<p>A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses.</p> <p><b>Agresión a personas y animales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.</li> <li>2. A menudo inicia peleas.</li> <li>3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).</li> <li>4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.</li> <li>5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.</li> <li>6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej. Atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).</li> <li>7. Ha violado sexualmente a alguien.</li> </ol> <p><b>Destrucción de la propiedad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.</li> <li>9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).</li> </ol> <p><b>Engaño o robo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.</li> <li>11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., “engaña” a otras personas).</li> <li>12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).</li> </ol> <p><b>Incumplimiento grave de las normas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.</li> <li>14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.</li> <li>15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.</li> </ol> <p>B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.</p> <p>C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Tipo de inicio infantil:</b> Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.</p> <p><b>Tipo de inicio adolescente:</b> Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.</p> <p><b>Tipo de inicio no especificado:</b> Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p><b>Leve:</b> Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej. Mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).</p> <p><b>Moderado:</b> El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej. robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).</p> <p><b>Grave:</b> Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).</p>

**Tabla 3. Criterios diagnósticos Trastorno de Personalidad Antisocial DSM-5 (APA, 2014)**

<b>Trastorno de Personalidad Antisocial</b>	
<b>Criterios diagnósticos</b>	
A.	Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.</li><li>2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.</li><li>3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.</li><li>4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.</li><li>5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.</li><li>6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.</li><li>7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.</li></ol>
B.	El individuo tiene como mínimo 18 años.
C.	Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
D.	El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

## **1.2. Factores de riesgo**

Los hallazgos de la literatura subrayan la necesidad de detectar, prevenir y tratar problemas externalizados en la infancia. Pero, ¿por qué se originan estos problemas? Los problemas externalizados en la infancia pueden desarrollarse o predecirse en función de diferentes factores de riesgo que se dividen en tres categorías: riesgos en el niño o en el bebé, riesgos de los padres y riesgos en el contexto social y familiar (Luoma et al., 2004, Shaw et al., 1994; Zeanah, Boris, y Larrieu, 1997). A continuación, se comentan algunos de los factores de riesgo más relevantes.

### ***Factores de riesgo en el niño***

La Emocionalidad Negativa (EN) es entendida como la tendencia relativamente estable a experimentar afecto negativo y angustia. Esta variable constituye un factor de

riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos e implica dos componentes: la ira o frustración y el miedo (Rothbart, Sheese, y Conradt, 2009). La ira se relaciona con problemas externalizados y, en ocasiones, también predice el desarrollo de problemas internalizados (Gartstein, Putnam, y Rothbart, 2012). La presencia conjunta de una elevada EN y altos niveles de agresión e impulsividad se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar TND, TC y TDAH (Ştefan y Avram, 2017).

Siguiendo la misma línea, una variable imprescindible para entender los problemas de comportamiento es la regulación emocional (Frick, 2006; Frick y Morris, 2004). Existen estrategias de regulación cognitivo-emocional adaptativas (aceptación, planificación, reenfoque positivo, reevaluación positiva y puesta en perspectiva) e inadaptativas (autoculpabilidad, culpar a otros, rumiación y catastrofización) (Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001). El uso frecuente de estrategias inadaptativas en lugar de adaptativas se relaciona con peores resultados psicológicos (Zeman et al., 2006), y, concretamente, con problemas de conducta (por ejemplo, Zeman, Shipman, y Suveg, 2002). Los niños con problemas de autorregulación emocional pueden mostrar una ira reactiva en situaciones de excitación emocional, y presentar dificultades para valorar las consecuencias de sus actos (Hubbard et al., 2002; Kruh, Frick, y Clements, 2005; Loney et al., 2003). Estos niños también pueden manifestar agresividad reactiva en respuesta a amenazas reales o percibidas (Frick et al., 2003). Algunos niños con problemas de comportamiento presentan dificultades sociales para interpretar las señales del entorno y responder de forma adecuada (Frick et al., 2010). Esta elevada susceptibilidad en situaciones de gran excitación emocional negativa puede llevar a los menores a interpretar de forma incorrecta señales sociales, atribuyendo, en mayor medida, intenciones de hostilidad a las acciones de los demás (Crick y Dodge, 1996; Dodge y Pettit, 2003). La presencia conjunta de una elevada EN y problemas de autorregulación emocional se

relaciona con un mayor riesgo de desarrollar problemas externalizados (Eisenberg et al., 2005).

La prematuridad y el temperamento difícil también se asocian a un mayor riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales (Bhutta et al., 2002; Mesman y Koot, 2001).

### *Factores de riesgo de los padres y del contexto*

Los conflictos en el contexto familiar (incluyendo problemas maritales) se relacionan con mayor inseguridad emocional, regulación emocional ineficaz y, por tanto, con problemas de inadaptación (Crockenberg, Leerkes, y Lekka, 2007; Davies y Cummings, 1994; El-Sheikh et al., 2008).

Los problemas psicológicos de los padres también son factores de riesgo de gran influencia para el desarrollo de problemas psicosociales en los menores (Mäntymaa et al., 2012). De esta forma, sabemos que la ansiedad y depresión maternas influyen en el desarrollo de problemas de conducta durante la infancia (Bureau, Easterbrooks, y Lyons-Ruth, 2009; Goodman et al., 2011). La depresión posparto también se ha asociado con problemas internalizados, externalizados y co-ocurrentes (Fanti y Henrich, 2010). Luoma et al. (2004) indicaron que una visión negativa de la madre hacia su bebé en el periodo perinatal se asociaba con problemas externalizados del niño a los 8-9 años de edad. Sin embargo, no sólo la depresión materna ejerce influencia en el menor a nivel cognitivo y socioemocional, también la depresión paterna (Ramchandani et al., 2008).

Además de la depresión otros fuertes predictores de los problemas externalizados son: ser padre/madre soltera, la separación o divorcio de los progenitores, la presencia de problemas familiares y un bajo nivel socioeconómico (Ackerman et al., 2001; Bayer et

al., 2006; Brennan et al., 2003; Gross, Shaw, y Moilanen, 2008; Shaw et al., 1996; Van Zeijl et al., 2006).

Los diferentes contextos del niño (la familia, el hogar, los compañeros y el centro escolar) también influyen de forma significativa en su comportamiento (Edwards y Hans, 2015). Una de las variables más importantes relacionadas con la aparición temprana de problemas de comportamiento son los estilos educativos parentales (Farrington y Welsh, 2007). Estilos educativos ineficaces se relacionan con el desarrollo de problemas externalizados; mientras que unas pautas educativas eficaces pueden prevenir estos problemas (Pinquart et al., 2017). Una baja supervisión e implicación de los padres, un estilo educativo punitivo e incongruente y unas habilidades parentales ineficaces fomentan el comportamiento agresivo de los niños y disminuyen la ocurrencia de conductas positivas, al no reforzarlas correctamente (Farrington y Loeber, 1999; Furlong et al., 2012; Patterson y Yoerger, 2002; Reid, Patterson, y Snyder, 2002). La crianza hostil y controladora en niños pequeños también se ha relacionado con el desarrollo de problemas internalizados y externalizados (Campbell et al., 2000; Feng, Shaw, y Silk 2008; Gilliom y Shaw, 2004). En este sentido, en un gran número de casos, los padres cuyos niños tienen problemas de comportamiento suelen recurrir a técnicas punitivas, aplicar disciplina dura e inconsistente, no reforzar conductas prosociales y ser poco afectuosos, entre otras características (Hoeve et al., 2008; Nelson y Coyne, 2009; Trentacosta y Shaw, 2008). Además, parece que los niños con problemas de comportamiento responden mejor a los premios que a los castigos (Frick et al., 2010).

### *Interrelación entre los diferentes factores de riesgo*

Los factores de riesgo comentados anteriormente no actúan de forma aislada, sino que parecen mostrar interacciones e influencias más complejas. De hecho, los problemas de conducta suelen ser resultado de la interacción de múltiples factores (Frick, 2006). Por

ejemplo, la elevada impulsividad en los niños parece aumentar la exigencia de los padres, lo que puede provocar una disciplina más severa, y un bajo uso de técnicas positivas (Deault, 2010; Johnston y Jassy, 2007). También se ha observado que los problemas conyugales afectan a los estilos educativos, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de problemas en el niño (Ramchandani y Psychogiou, 2009). Por otro lado, las interacciones padres-hijos y el apego son fundamentales para el desarrollo de estrategias de regulación emocional infantil (Laurent, 2014; Mikulincer y Shaver 2012). Sin embargo, parece que el temperamento difícil del niño y los problemas de conducta aumentan el estrés de los padres y ejercen una influencia negativa en el entorno (Mäntymaa, et al., 2006; Östberg y Hagekull, 2000).

El estrés, la depresión parental y los problemas de comportamiento también muestran influencias bidireccionales (Long, Gurka, y Blackman, 2008; Patterson y Yoerger, 2002). En este sentido, sabemos que la depresión materna en ocasiones parece coexistir con conflictos conyugales, por lo que cualquiera de estos factores se relaciona con síntomas internalizados y externalizados en el menor (Essex et al., 2003). Los problemas de conducta del menor también pueden relacionarse con la aparición de síntomas depresivos en la madre que, a su vez, parecen predecir problemas antisociales posteriores en el menor (Cicchetti y Toth, 2009). Un bajo nivel socioeconómico provoca estrés familiar (Edwards y Hans, 2015), lo que también influye en el contexto familiar, y en el desarrollo del niño.

La interacción bidireccional de diferentes factores de riesgo como, por ejemplo, alta emocionalidad negativa, estilos educativos ineficaces, psicopatología parental, conflictos familiares y bajo nivel socioeconómico, se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de comportamiento (Edwards y Hans, 2015).

Por todo lo comentado, parece que las intervenciones dirigidas a padres en las que se les instruya en estilos educativos eficaces y se les proporcione pautas para el manejo del comportamiento de los niños pueden ser una gran opción para reducir o prevenir estos problemas. Sin embargo, parece no ser suficiente.

### 1.3. Consecuencias

Los problemas externalizados se encuentran entre las dificultades de inadaptación más comunes y persistentes en la infancia, y se relacionan con un riesgo añadido de padecer otros problemas psicológicos a largo plazo (APA, 2014; Campbell, Shaw, y Gilliom, 2000). De acuerdo con Caspi et al. (1996) los problemas de comportamiento detectados a los 3 años predecían trastornos psicológicos a los 21 años. En esta línea, algunos autores afirman que los niños que presentan sintomatología externalizada temprana tienen un mayor riesgo de sufrir problemas internalizados futuros (McElroy, Shevlin, y Murphy, 2017; Willner et al., 2016). Concretamente, algunos autores alertan de una relación entre los problemas externalizados tempranos y la depresión adolescente o adulta (Kosterman et al., 2010; Sentse et al. 2017; Wolff y Ollendick, 2006). En este sentido tras hacer un seguimiento a niños entre los 7 y los 17 años, se observó que los síntomas del TND predecían, año tras año, un aumento de síntomas de depresión y de ansiedad (Loeber et al., 2009). El TND también se ha relacionado con un mayor riesgo de intentos de suicidio (APA, 2014). En lo que respecta al TC, algunos autores también lo han relacionado con síntomas de depresión y ansiedad (Erskine et al., 2016). Según el estudio de la *National Comorbidity Survey Replication*, el TC precede a la depresión en el 72% de los casos (Nock et al., 2006). Al parecer, los fracasos sociales y las actitudes negativas de niños que manifiestan problemas comportamentales se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar un estado de ánimo deprimido (Wolff y Ollendick, 2006).

En lo que respecta al ámbito escolar, Robst y Weinberg (2010) encontraron que los chicos con problemas externalizados presentaban una mayor tendencia a abandonar la escuela. A su vez, Timmermans, van Lier, y Koot (2009) informaron que los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia se relacionaban con un menor rendimiento académico. Los menores con TND o TC obtienen resultados académicos globales bajos, así como niveles más bajos en matemáticas, expresión escrita y lectura (López-Villalobos et al., 2014). El TC también se asocia a fracaso académico en educación secundaria (Erskine et al., 2016). Además, y a pesar de ser a menudo perpetradores de bullying, los niños con niveles significativos de problemas de comportamiento y conducta oposicionista son más propensos a ser víctimas de acoso escolar, tanto en la infancia, como en su transición hacia la adolescencia (Ter-Stepanian et al., 2019). Los niños que acosan y a la vez son víctimas de bullying presentan graves problemas psicológicos (como problemas de comportamiento y depresión) (Turner, Finkelhor, y Ormrod, 2010).

Los problemas externalizados en la infancia también se asocian a un mayor consumo o abuso de sustancias en la adolescencia (Colder et al., 2013; Robst et al., 2010). Estudios longitudinales así lo confirman (Griffith-Lendering et al., 2011; Hayatbakhsh et al., 2008). Recientemente, Pedersen et al. (2018) encontraron una asociación entre los problemas de conducta y el consumo de tabaco, cannabis y alcohol. Kretschmer et al. (2014), también hallaron que los individuos que manifestaban problemas de conducta persistentes de inicio temprano tenían mayores probabilidades de consumir alcohol, tabaco y cannabis. Por el contrario, si los problemas externalizados se limitan únicamente a la infancia, el riesgo de consumo de cannabis parece disminuir (Pedersen et al., 2018). Los individuos que presentan TC y consumo temprano de alcohol tienen un mayor riesgo de padecer trastornos de personalidad, especialmente Trastorno de Personalidad Antisocial y Trastorno de Personalidad Límite (Khalifa et al., 2012).



Por otro lado, cabe destacar la relación entre los problemas de conducta tempranos y el comportamiento delictivo o criminal. Los problemas externalizados provocan una gran interferencia en el entorno del niño y pueden predecir el comportamiento criminal futuro (Frick y Kimonis, 2008). Timmermans et al. (2009) destacan que la delincuencia en la adolescencia es una grave consecuencia derivada de los problemas de comportamiento. En este sentido, los niños con problemas de conducta en la infancia pueden involucrarse en conductas delictivas futuras (Frick y Kimonis, 2008), y tienen una mayor probabilidad de tener contacto con la policía en la adolescencia (Gregg y Machin, 1999). Además, presentar TC se asocia a una mayor violencia (Erskine et al., 2016).

Además de los mencionados, otras importantes consecuencias psicosociales se han relacionado con los problemas externalizados. Por ejemplo, Erskine et al. (2016) afirmaron que el TC se asociaba al embarazo temprano. Respecto al momento de inicio, todas las trayectorias de los problemas de conducta (inicio temprano persistente, inicio en la adolescencia y limitado a la infancia) se relacionan con multitud de graves consecuencias psicosociales y con un pronóstico negativo. Sin embargo, sabemos que los problemas de conducta de inicio temprano se asocian a consecuencias más graves y a un mayor riesgo psicosocial en la edad adulta (Bevilacqua et al., 2018; Colman et al., 2009; Erskine et al., 2014; Kretschmer et al., 2014; Moffit et al., 2002). Concretamente, los niños que muestran problemas de comportamiento de inicio temprano pueden manifestar, en mayor medida, comportamientos antisociales y delictivos (Carey 2000; Dretzke et al., 2009), consumo de sustancias, fracaso escolar, menor nivel educativo, desempleo, mayor uso de servicios sociales, mayores tasas de hospitalización, y otros trastornos psicológicos (Bevilacqua et al., 2018; Broidy et al., 2003; Burke et al., 2002; Farrington y Welsh 2007; Loeber et al., 2000; Moffitt 1993; Rivenbark et al., 2018). Además, las dificultades de autorregulación emocional y de autocontrol en niños con problemas de conducta de inicio

temprano les conducen a manifestar una mayor agresividad y un comportamiento en el aula altamente disruptivo (Bradshaw, Buckley, y Ialongo, 2008). Los problemas de conducta de inicio en la adolescencia también se asocian a un mayor riesgo en muchas de las variables mencionadas. No obstante, este riesgo es mucho menor que en el caso de problemas de conducta de inicio en la infancia (Bevilacqua et al., 2018). Por último, según algunos autores (Odgers et al., 2007; Tremblay, 2003) el pronóstico del subgrupo de niños con problemas de conducta limitados a la infancia no tiene por qué ser negativo. No obstante, otros autores aseguran que estos niños pueden desarrollar en la adultez problemas internalizados como depresión y ansiedad, así como aislamiento social y dependencia económica (Farrington et al., 1988; Moffitt et al., 2002; Sentse et al., 2017; Wiesner y Capaldi, 2003).

Por tanto, los problemas de conducta en la infancia, independientemente de que persistan en el futuro, provocan enormes consecuencias en el menor y en su entorno. Los problemas de conducta determinan un mayor uso futuro de servicios sociales, de salud y de justicia, lo que se traduce en un enorme problema de salud pública y en elevados costes para la sociedad (Drugli et al., 2010; Furlong et al., 2012; Rivenbark et al., 2018). Scott et al. (2001) indicaron que las personas con problemas de conducta producen hasta 10 veces un mayor coste en la sociedad que aquellos que no presentan estos problemas. Un mayor uso de los servicios sanitarios podría deberse a una mayor inmersión de estos individuos en comportamientos negativos para la salud (como el consumo de alcohol y las drogas) (Rivenbark et al., 2018). Por lo tanto, si los problemas externalizados no se detectan y tratan de forma eficaz, tendrán que asumirse grandes costes sociales, personales y económicos (Beecham, 2014; Christenson et al., 2016; Kim-Cohen et al., 2003; Merikangas, Nakamura, y Kessler, 2009).

## CAPÍTULO 2. COMORBILIDAD

### 2.1. Comorbilidad entre problemas externalizados: TND, TC y TDAH

En psicopatología infantil y adolescente la comorbilidad es la regla más que la excepción (Hayden y Mash, 2014; Ollendick et al., 2008). Concretamente, las estimaciones de comorbilidad entre trastornos externalizados son muy elevadas (Danforth, Doerfler, y Connor 2019). En este sentido, sabemos que los problemas de conducta (TND y TC) y el TDAH a menudo co-ocurren (Bjørnebekk, Kjøbli, y Ogden 2015; Danforth, Connor, y Doerfler 2014). La prevalencia media mundial del TDAH es de alrededor del 7% en niños y adolescentes (Thomas et al., 2015; Willcutt, 2012); mientras que, en España, un estudio de Canals et al. (2016) arrojó una prevalencia del 5,4%. En un estudio de cohorte llevado a cabo por Yoshimasu et al. (2012), se encontró que el 22,5% de los niños diagnosticados con TDAH también cumplía criterios de diagnóstico para TND o TC. Otros investigadores han hallado comorbilidades más elevadas entre el TDAH y el TND o TC (entre el 30-60%) (Barkley, 2006; Biederman, 2005). Connor, Steeber y McBurnett (2010) indicaron que la comorbilidad entre el TDAH y el TND se situaba en un 60%. En cambio, la comorbilidad entre el TDAH y el TC parece situarse en un 20% (Biederman, 2005). La co-ocurrencia entre ambos trastornos es elevada incluso en muestras comunitarias (Connor y Doerfler, 2008).

Si atendemos a diferencias de género, parece que los niños tienen tasas de comorbilidad más altas de TDAH/TND o TC que las niñas (Kutcher et al., 2004). Además, los niños que presentan TDAH y problemas de conducta comórbidos presentan una mayor gravedad de TND o TC (Danforth et al., 2014). El pronóstico también es peor si se padecen TND y TDAH de manera comórbida, en comparación con aquellos casos en los que únicamente se presenta uno de estos trastornos (Waschbusch, 2002). Sibley et

al. (2011) afirmaron que los niños con TDAH y problemas de comportamiento comórbidos manifiestan un mayor grado de delincuencia juvenil a edades tempranas. Por último, cabe destacar que los problemas de comportamiento en niños con trastornos comórbidos suelen ser más persistentes en el tiempo (Danforth et al., 2014; Odgers et al., 2007; Odgers et al., 2008).

Respecto a su inicio, los autores parecen coincidir en que el TDAH suele preceder al desarrollo de otros problemas de comportamiento. Algunos estudios han demostrado que los síntomas del TDAH predicen los síntomas posteriores de problemas de comportamiento, pero no ocurre lo mismo a la inversa (Burke et al., 2005; Burns y Walsh, 2002; Thapar, van den Bree, Fowler, Langley, y Whittinger, 2006). Esta relación unidireccional se puede explicar por el estrés familiar que genera el TDAH y, por consiguiente, un mayor riesgo de desarrollar TND (Barkley, 2006; Beauchaine, Hinshaw, y Pang, 2010; Johnston y Jassy, 2007).

El trastorno de conducta, además del TDAH y el TND, a menudo presenta comorbilidad con el abuso de sustancias (Lillig, 2018). La comorbilidad entre el TDAH y el TC también se asocia con una mayor probabilidad de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes (Brinkman et al., 2015). Las graves consecuencias de los problemas externalizados se suman a la elevada co-ocurrencia o comorbilidad entre diferentes trastornos externalizados, lo que justifica, en mayor medida, la necesidad de una intervención temprana.

## 2.2. Comorbilidad o co-ocurrencia entre problemas externalizados e internalizados

Anteriormente se ha mencionado que los problemas internalizados aparecen a medio-largo plazo como consecuencia de los problemas externalizados. Sin embargo, cada vez existen más evidencias sobre la co-ocurrencia simultánea entre ambos tipos de problemas. En este sentido, podemos afirmar que los problemas externalizados no co-ocurren únicamente con otros problemas de comportamiento, sino también con problemas internalizados (ej. depresión y ansiedad) (Cunningham y Ollendick, 2010). Fanti y Henrich (2010) señalaron que la co-ocurrencia de síntomas internalizados y externalizados es especialmente frecuente a edades tempranas, afectando a un gran número de menores y provocando una importante interferencia en su funcionamiento (Cunningham y Ollendick, 2010). De la misma forma, los resultados de los estudios de comorbilidad ponen de manifiesto que los problemas de conducta constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y viceversa (Wolf y Ollendick, 2006). Greene et al. (2002) encontraron que más del 50% de los niños que manifestaban problemas de comportamiento cumplía criterios para el diagnóstico de depresión mayor. La depresión parece presentarse de forma comórbida asociada más habitualmente al TC que al TND (Wolf y Ollendick, 2006).

Las elevadas correlaciones entre problemas externalizados e internalizados han llevado a algunos autores a sospechar que la comorbilidad entre ambos grupos de síntomas es más frecuente y compleja de lo que se sabía inicialmente (Achenbach et al., 2016; Bornstein, Hahn, y Haynes, 2010; Keiley et al., 2003; Willner et al., 2016). Estudios realizados con niños de muestras comunitarias han encontrado una co-ocurrencia entre sintomatología internalizada y externalizada de entre el 2 y 10% (Basten et al., 2016; Hinnant y El-Sheikh, 2013; Wiggins et al., 2015). Su importancia cobra mayor interés si

asumimos que el desarrollo temprano de problemas internalizados y externalizados puede estar relacionado con depresión a lo largo de la vida, así como con problemas antisociales (Fanti y Henrich, 2010). A pesar de ello, los problemas externalizados e internalizados se contemplan y estudian de manera aislada (Oland y Shaw, 2005) y pocos estudios tienen en cuenta dicha co-ocurrencia (Edwards y Hans, 2015; Eisenberg et al., 2009; Gilliom y Shaw, 2004; Oland y Shaw, 2005).

Algunos investigadores han postulado posibles explicaciones a esta comorbilidad. Bubier y Drabick (2009) defendieron que en ocasiones la ansiedad y los problemas externalizados podían coincidir porque los intentos por evitar situaciones ansiógenas podían ser percibidos como conductas oposicionistas. Por otro lado, la hiperactividad o los problemas de conducta pueden ocurrir debido a la dificultad de los niños para gestionar sus problemas emocionales (Morales et al., 2021). Siguiendo esta línea parece realista pensar que en la infancia temprana el malestar psicológico se manifiesta indistintamente a través de síntomas externalizados o internalizados (Willner et al., 2016). Por otro lado, se podría hipotetizar que los problemas emocionales se originan como consecuencia de problemas de conducta e hiperactividad previamente manifestados (Morales et al., 2021). En esta línea, McElroy et al. (2017) argumentaron que los problemas externalizados provocan problemas sociales con padres, profesores y compañeros que, a su vez, originarían problemas emocionales.

A pesar de todo ello, son pocos los estudios dirigidos a conocer la co-ocurrencia entre sintomatología externalizada e internalizada y, la mayoría de ellos, se basan en un enfoque metodológico insuficiente.

### CAPÍTULO 3. PROBLEMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS EN NIÑOS ESPAÑOLES: UN ANÁLISIS DE CLASES LATENTES

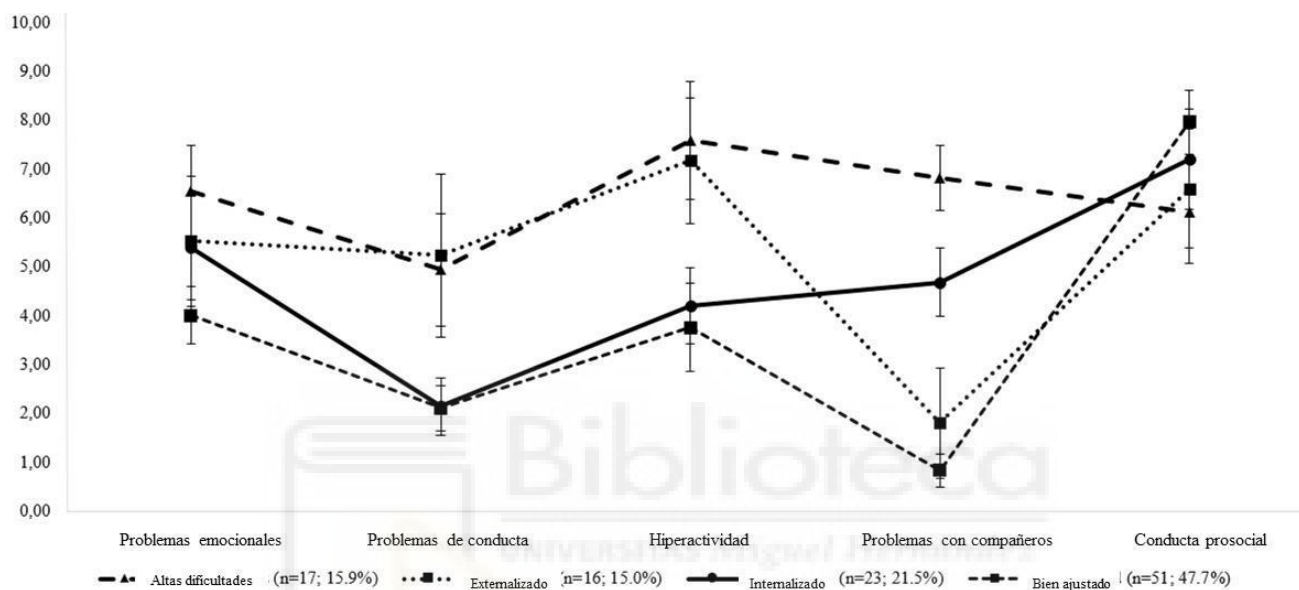
La mayoría de los estudios dirigidos a explicar la co-ocurrencia entre sintomatología internalizada y externalizada se basa en un enfoque centrado en las variables que se caracteriza por la asunción de homogeneidad dentro de una muestra (Laursen y Hoff, 2006; McElroy et al., 2017). El Análisis de Clases Latentes presenta ventajas en la detección de sintomatología co-ocurrente (Williams et al., 2013). Este tipo de análisis centrado en la persona, se basa en el análisis de diferencias intra e interindividuales, que permite identificar grupos homogéneos de personas dentro de una muestra determinada (Magnusson, 2003; Rosato y Baer, 2012).

Estudios previos han tenido como objetivo identificar perfiles de síntomas psicológicos en población infantil. En esta línea, McElroy et al. (2017) encontraron que los síntomas de un grupo de niños de 7 años de Reino Unido podían agruparse en cuatro perfiles: externalizado, internalizado, alto riesgo (o comórbido) y normativo. Willner et al. (2016) realizaron un estudio con niños estadounidenses de 5 a 7 años de edad con altos niveles de conducta oposicionista y agresividad, encontrando que los síntomas que presentaban también podían agruparse en cuatro grupos: externalizado, internalizado, comórbido y bien ajustado. Ling et al. (2016) estudiaron este fenómeno en una muestra de adolescentes chinos, encontrando tres perfiles: altas dificultades, no cooperativo y bien ajustado.

Un estudio llevado a cabo por nuestro equipo (Morales et al., 2021) (**Publicación 1 – ANEXO 1**) identificó grupos homogéneos de niños españoles (de 6 a 8 años) con dificultades y fortalezas psicológicas similares (utilizando el SDQ; Goodman, 1997), a

través de un enfoque centrado en la persona. Participaron 107 niños (47,7% niñas), de entre 6 y 8 años ( $M = 6,91$ ;  $DT = 0,80$ ) de 22 colegios del sudeste de España.

En este estudio se encontró que los niños podían ser clasificados en función de su sintomatología en cuatro grupos: externalizado, internalizado, altas dificultades y “bien-ajustado” (ver Figura 1).



**Figura 1.** Valores medios estimados con intervalos de confianza del 95% de las subescalas del SDQ, así como las proporciones estimadas para cuatro perfiles latentes de fortalezas y dificultades en una muestra de escolares españoles ( $N=107$ ). Cada escala tiene un rango teórico de 0 (baja extensión de los síntomas) a 10 (alta extensión de los síntomas).

El perfil *externalizado* (14,95% de los niños) se caracterizó por la puntuación más alta en problemas de conducta, elevados problemas emocionales, hiperactividad muy alta y pocos problemas con los compañeros. Esto está en consonancia con lo reportado por Willner et al. (2016) quienes informaron que en otros estudios no se identificó ningún grupo de niños cuya manifestación psicopatológica fuera exclusivamente externalizada. El perfil *internalizado* (21,50%) agrupó a los niños con altos problemas con los



compañeros y elevados problemas emocionales. Este fue el perfil más “puro” por presentar síntomas que originariamente se incluyen dentro de esta categoría (Goodman, 1997; Willner et al., 2016). Los niños clasificados en el perfil *altas dificultades* (15,88%) presentaron los valores más altos de hiperactividad y problemas emocionales, así como elevados niveles de problemas de conducta y la menor puntuación en conducta prosocial. McElroy et al. (2017) y Willner et al. (2016) también identificaron un perfil de síntomas en el que las puntuaciones más elevadas correspondían al subgrupo alto riesgo o comórbido. Por último, el grupo *bien ajustado* (47,66%) presentó bajos problemas en las áreas mencionadas.

En este estudio la hiperactividad fue un síntoma a destacar en los grupos *altas dificultades* y *externalizado*, lo que llevó a los autores a sospechar que se trata de un síntoma observable, tanto de problemas externalizados como mixtos (internos y externos). Otros autores (Sourander y Helstelä, 2005) también encontraron que la hiperactividad era el predictor más potente de problemas tanto externalizados como internalizados. Además, los niños que eran clasificados en el grupo *internalizado* también manifestaban algunos síntomas del grupo externalizado, y viceversa.

La co-ocurrencia entre síntomas internalizados y externalizados es frecuente en niños españoles de entre 6 y 8 años. A pesar de no conocer la causa exacta de las elevadas tasas de comorbilidad o co-ocurrencia, los hallazgos anteriores muestran que es un error entender estos problemas de forma independiente y mutuamente excluyente (Achenbach et al., 2016). Se asume que clasificar a los niños en un único grupo (externalizado o internalizado) descartando la posibilidad de poder manifestar síntomas del otro grupo supone un gran riesgo (Pesenti-Gritti et al., 2008; Stone et al., 2015), en lo que respecta a detección e intervención precoz. Se deben tener en cuenta la evaluación y seguimiento de problemas comórbidos (Erskine et al., 2016). Un adecuado abordaje de estos

problemas implicará una reducción considerable de problemas psicológicos relacionados y, en consecuencia, menores costes económicos, sociales y de salud (Morales et al., 2021).



## CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA REDUCIR PROBLEMAS EXTERNALIZADOS

### 4.1. Eficacia de las intervenciones psicológicas

Los esfuerzos en el área de la psicología infanto-juvenil se dirigen a la detección temprana de problemas psicológicos, entre ellos, los problemas de comportamiento. Sabemos que cuanto más precoz sea la intervención mejor será el pronóstico y menores las consecuencias a nivel psicosocial. En este sentido, sabemos que es realmente beneficioso que los niños aprendan habilidades de autorregulación emocional, autocontrol conductual y habilidades sociales con el fin de prevenir problemas más graves en esta etapa o en la adolescencia, la cual se asume que constituye un período crítico en el desarrollo evolutivo. Todo esto sugiere que la intervención de problemas externalizados en la infancia debe situarse en los primeros escalones de prioridad.

De hecho, sabemos que los problemas externalizados infantiles no suelen desaparecer espontáneamente. Algunos autores advierten que estos problemas suelen mantenerse estables en la infancia (Hofstra, Van Der Ende, y Verhulst, 2000; Mesman, Bongers, y Koot, 2001; Moffitt y Caspi, 2001), especialmente la agresividad infantil (Stanger, Achenbach, y Verhulst, 1997). Cuadros clínicos como el Trastorno Negativista Desafiante tampoco tienden a remitir tras el mero paso del tiempo, por lo que son necesarias intervenciones preventivas tempranas (Castro-Forniele, 2013; López-Villalobos et al., 2014).

Otro de los motivos que justifica la necesidad de intervenciones en esta área es el hecho de que el TC se vuelve más resistente al cambio con el paso del tiempo (Murry et al., 2010). Por ello y con el objetivo de prevenir conductas delictivas y violentas y el abuso de sustancias es fundamental aplicar programas de intervención o prevención a

edades tempranas (Murrihy et al., 2010). De acuerdo con Kosterman et al. (2010) los programas de intervención dirigidos a reducir problemas de comportamiento también están relacionados con la prevención de la depresión en la edad adulta. Timmermans et al. (2009) destacaron que, aunque no parezcan comportamientos graves, la prevención de conductas de oposición tempranas puede evitar el fracaso escolar y la delincuencia futura.

Con todo esto sabemos que los problemas externalizados constituyen uno de los motivos de búsqueda psicológica y derivación a servicios de salud mental más frecuente (Frick y Kimonis, 2008; Merikangas et al., 2009; NICE, 2006). Esto resulta llamativo si asumimos que existen otros problemas más prevalentes. Sin embargo, la realidad es que los problemas disruptivos provocan una gran interferencia en los diferentes entornos donde se desenvuelve el menor (por ejemplo, en el hogar o en el ámbito escolar). Por ello, con el fin de reducir tal impacto, personas significativas (padres, profesores o personal sanitario) derivan el caso o realizan la búsqueda de ayuda psicológica correspondiente (Frick y Kimonis, 2008).

Los programas de entrenamiento a padres son comunes para el tratamiento de problemas de conducta en niños pequeños y presentan resultados positivos (DeGarmo, Patterson y Forgatch, 2004; Kazdin, 1997; Larsson et al., 2009; Nixon et al., 2004; Scott, 2005; Taylor, Eddy, y Biglan, 1999; Webster-Stratton, Reid, y Hammond, 2004). De hecho, son una de las intervenciones más utilizadas para tratar problemas de conducta persistentes (Eyberg, Nelson, y Boggs, 2008; Murrihy, Kidman, y Ollendick, 2010). Estos programas se basan en el condicionamiento operante y en la teoría del aprendizaje social (Brainerd y Kazdin 2005), las cuales sostienen que los problemas de conducta en la infancia surgen y se mantienen por las relaciones entre los progenitores y sus hijos, y que la conducta se aprende en función de los refuerzos y castigos que se apliquen (Kaehler, Jacobs, y Jones, 2016). Las intervenciones parentales en formato grupal han mostrado su

eficacia para reducir la intensidad de los problemas de conducta en la infancia (Sanders y McFarland, 2000; Webster-Stratton et al., 2004; Hutchings et al., 2007).

A pesar de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres, un tercio de los niños tratados continúa manifestando problemas de comportamiento a niveles clínicos tras la intervención (Larsson et al., 2009; Webster-Stratton et al., 2004). Esto puede deberse a que estos programas de intervención se dirigen exclusivamente a problemas externalizados e ignoran la posible presencia de problemas internalizados (Granic, 2014). Drugli et al. (2009) encontraron que los niños pequeños con problemas interiorizados y exteriorizados presentaban una mayor persistencia de problemas conductuales, por lo que estos niños podrían necesitar un tratamiento distinto. La elevada comorbilidad entre problemas internalizados y externalizados hace sospechar que existen factores subyacentes comunes. Por ello, los programas de intervención que no tienen en cuenta dicha co-ocurrencia ofrecen peores resultados de eficacia en la reducción de problemas externalizados (Oh et al., 2020). Gutman, Joshi y Schoon (2019) afirmaron que, al detectar problemas de conducta, debían llevarse a cabo intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades verbales de los niños e incluso a reducir problemas emocionales. Estos niños se encuentran en una situación de vulnerabilidad y necesitan ayuda (Gutman et al., 2019) para gestionar su día a día. Las intervenciones dirigidas, no solo a reducir problemas de conducta, sino también a fomentar una salud emocional, pueden ser eficaces para tratar problemas de conducta persistentes, tanto en la infancia como en la adolescencia (Gutman et al., 2019).

El bajo porcentaje de éxito de programas psicológicos dirigidos a reducir problemas externalizados unido a la elevada co-ocurrencia de problemas externalizados e internalizados justifica la necesidad de un abordaje desde un enfoque transdiagnóstico.

## 4.2. Enfoque transdiagnóstico

El término “transdiagnóstico” fue utilizado por primera vez por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) e implica una nueva forma de entender la psicopatología (Mansell et al., 2009). Esta nueva perspectiva clínica se define como un modelo teórico unificador que explica diferentes problemas a partir de mecanismos subyacentes comunes (Chu, 2012). Concretamente, los problemas psicológicos se entienden a partir de una serie de procesos conductuales y cognitivos etiopatogénicos causales y/o mantenedores de grupos comunes de trastornos psicológicos (Sandín, 2012). Este enfoque integra las concepciones dimensional y categorial de la psicopatología (Sandín, 2012), que durante años se han entendido de forma excluyente.

Esta nueva perspectiva integradora es relativamente joven y, con ello, los esfuerzos por analizar la eficacia de intervenciones transdiagnósticas en población infanto-juvenil son muy recientes (Chu, 2012). Sin embargo, la perspectiva transdiagnóstica parece necesaria para entender y tratar los problemas psicológicos en niños y adolescentes, donde la comorbilidad es la regla más que la excepción, la sintomatología sufre modificaciones a lo largo del tiempo y, en general, los procesos psicopatológicos se encuentran menos diferenciados (Chu, 2012; Sandín et al., 2012). La principal ventaja, por tanto, de la perspectiva transdiagnóstica frente a intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales, es que favorece la intervención de procesos psicopatológicos que afectan simultáneamente a diferentes áreas del individuo, originando o manteniendo diferentes problemas psicológicos (Sandín, 2012). “La TCC transdiagnóstica, posibilita un tratamiento más integrado y holístico de los trastornos mentales, al centrarse y aplicar los procesos psicopatológicos transdiagnósticos que son comunes a varios trastornos” (Sandín, 2012, p. 199). En este sentido, a los pacientes se les enseñan estrategias que pueden aplicarse en las diferentes áreas en las que presenta

problemas, promoviendo la generalización y la aceptabilidad del tratamiento, así como, la eficacia y eficiencia de la práctica clínica (Barlow, Allen, y Choate 2004; Chu, 2012; Harvey et al., 2004).

#### *4.2.1. Programas transdiagnósticos existentes para reducir problemas de comportamiento*

##### *Incredible years*

Con el objetivo de abordar los factores de riesgo de niños y adolescentes con problemas de conducta Webster-Stratton y Reid han desarrollado programas de intervención denominados “Los años increíbles” (“The Incredible Years Training Series”), que se aplican desde los 0 hasta los 12 años (Webster-Stratton y Reid, 2010). Estos programas se han desarrollado con el objetivo de promover competencias socioemocionales y académicas y así prevenir, reducir y tratar problemas emocionales y comportamentales en niños.

Algunos de estos programas se dirigen a padres y los objetivos que persiguen son variados, por ejemplo, aumentar el apego entre padres e hijos, fomentar las competencias de los padres y la confianza en sí mismos; promover el uso del juego para mejorar las habilidades académicas, verbales, sociales y emocionales de los niños; fomentar el uso de técnicas de gestión de conducta eficaces y positivas, reduciendo el uso de una disciplina crítica y mejorar el autocontrol de los padres y sus habilidades de resolución de problemas.

El programa de entrenamiento Básico para padres (BASIC parent training treatment program; Webster-Stratton, 2008) se dirige a niños en edad escolar (6-13 años) y está compuesto por 18-20 sesiones semanales de 2 horas de duración. Durante estas sesiones a las que asisten las familias en formato grupal, se proyectan vídeos en las que

aparecen habilidades parentales modeladas. Se muestra el desarrollo infantil (reacciones emocionales normales) y los principios del aprendizaje social, fomentando los debates, el aprendizaje grupal y la resolución de problemas.

### **Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH-DTC)**

El programa MATCH (“Modular Approach to Therapy for Children With Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems”; MATCH-ADTC; Chorpita y Weisz, 2009), es un programa transdiagnóstico compuesto por módulos que facilitan la individualización del tratamiento en función de las necesidades de los jóvenes. Incluye técnicas que abordan tres grandes problemáticas: ansiedad, depresión y problemas de comportamiento. Su objetivo es poder tomar decisiones sobre las técnicas a aplicar teniendo en cuenta la heterogeneidad de la población clínica y la posibilidad de priorizar nuevos objetivos de intervención en función de nuevas necesidades que surjan en la vida del paciente.

### **4.3. Evidencias del programa transdiagnóstico Super Skills for Life**

El programa Super Skills for Life (SSL, Essau y Ollendick, 2013) es un protocolo transdiagnóstico desarrollado para ser aplicado a niños a partir de 6 años que experimentan problemas internalizados (por ejemplo, ansiedad y tristeza). Presenta 5 principios (Essau et al., 2014): 1) se basa en un enfoque transdiagnóstico al centrarse en variables que están relacionadas con el desarrollo de distintos problemas psicológicos (ej. dificultades de regulación emocional, falta de habilidades sociales); 2) se basa en principios de la TCC para enseñar a los niños habilidades que le ayuden a regular y controlar sus emociones y pensamientos; 3) utiliza el video-feedback con preparación



cognitiva para fomentar una percepción más real y positiva de la ejecución social (Harvey et al., 2000; Rodebaugh, 2004); 4) incluye el componente activación conductual con el objetivo de que los niños se involucren en actividades positivas y gratificantes, hecho que contribuye a mejorar su autoestima y su estado de ánimo; y (5) incluye el componente “habilidades sociales” con el que se instruye a los niños, de forma práctica, a llevar a cabo interacciones sociales eficaces.

Aunque el programa se originó en Reino Unido, actualmente se están realizando traducciones y adaptaciones del programa en multitud de países: Malasia, Rumanía, Mauricio, Chipre, Grecia, Polonia, Turquía, Nigeria, México, India, Pakistán, Alemania, Omán, Portugal, Italia y España. En nuestro país, la traducción y adaptación del programa ha sido llevada a cabo por Mireia Orgilés y José P. Espada (Orgilés et al., 2021). Actualmente, se cuentan con estudios de eficacia en Inglaterra, España, Malasia y Mauricio ([Ver Tabla 4](#)).

A pesar de diseñarse originalmente para reducir problemas internalizados, los estudios de eficacia han encontrado que también reduce sintomatología externalizada. Estos hallazgos se encontraron por primera vez en el estudio original llevado a cabo por Essau et al. (2014) en el que se aplicó Super Skills en formato grupal con niños ingleses entre 8 y 10 años de edad. En dicho estudio encontraron una reducción significativa de problemas de conducta e hiperactividad tras el programa. En la misma línea, un estudio dirigido a conocer la eficacia de SSL en formato grupal en niños españoles de 8 a 12 años de edad con problemas internalizados también reveló una reducción de problemas de conducta e hiperactividad (Orgilés et al., 2019). Aunque en este estudio únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala problemas de conducta del SDQ en la evaluación de seguimiento a los 12 meses (Orgilés et al., 2019). Esta reducción de problemas de conducta e hiperactividad también fue hallada al aplicar

SSL en formato grupal con niños españoles de 6 a 8 años, aunque las diferencias no fueron significativas (Fernández-Martínez et al., 2019). En España, la adaptación del programa SSL a un formato individual también ha arrojado mejoras significativas en la subescala “hiperactividad/inatención” del SDQ, así como en el índice “problemas externalizados” (Melero et al., 2021).

**Tabla 4. Estudios de eficacia de Super Skills**

Autores	Año	País/ Zona geográfica	Tamaño muestral (N)	Edades	Objetivos	¿Grupo control?	Formato
Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., y Ollendick, T. H.	2014	Inglaterra	61	8-10	Problemas internalizados	No	Grupal
Essau, C. A., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B., y Ollendick, T. H.	2019	Reino Unido	205	8-12	Problemas internalizados	No	Grupal
Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A.	2019	España	119	8-12	Problemas internalizados	No	Grupal
Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., y Orgilés, M.	2019	España	123	6-8	Problemas internalizados	Sí	Grupal
Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., y Essau, C.	2019	España	123	6-8	Problemas internalizados	Sí	Grupal
de la Torre-Luque, A., Fiol-Veny, A., Essau, C.A., Maria Balle, M., y Bornas, X.	2020	España	61	$\bar{x} = 13,76$	Problemas de ansiedad	Sí	Grupal
Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., y Morales, A.	2021	España	70	8-11	Problemas internalizados	No	Individual
Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., y Essau, C. A.	2021	Mauricio	100	9-14	Problemas internalizados	Sí	Grupal
Allan, S., Uzun, B., y Essau, C.A.	2021	Inglaterra	112	11-14	Problemas internalizados y externalizados	Sí	Grupal
Zakaria, S., Sasagawa, S., y Essau, C.A.	2021	Malasia	108	13-19	Problemas internalizados (consumo de sustancias)	Sí	Grupal

La brevedad del programa SSL, la facilidad de aplicación gracias al manual del implementador y los prometedores resultados en ambos grupos de síntomas (internalizados y externalizados) podría indicar que se trata de un programa de prevención eficaz para reducir problemas externalizados y problemas comórbidos o co-ocurrentes.





# 3.OBJETIVOS



## Justificación del estudio

Una gran parte de los problemas psicológicos tiene su inicio en la infancia y la adolescencia (Jones, 2013; Kessler et al., 2007). Dentro del marco de la psicopatología infantil, los problemas externalizados constituyen uno de los motivos de búsqueda de ayuda psicológica más frecuente (Frick y Kimonis, 2008; Merikangas et al., 2009; NICE, 2006). Esto se debe a la gran interferencia que producen estos problemas en el entorno del menor y a la multitud de graves consecuencias que se le asocian (por ejemplo, abandono escolar, consumo de sustancias, delincuencia en la adolescencia y depresión en la adolescencia y/o en la edad adulta) (Kosterman et al., 2010; Kretschmer et al., 2014; Robst y Weinberg, 2010; Sentse et al., 2017; Timmermans et al., 2009; Wolff y Ollendick, 2006).

La comorbilidad o co-ocurrencia entre problemas externalizados también es muy elevada, y puede hacer más negativo el pronóstico. Estudios recientes ponen de manifiesto que la co-ocurrencia entre problemas externalizados e internalizados es más elevada de lo que se creía inicialmente. Por ello, contemplar estos problemas como fenómenos independientes y excluyentes puede comprometer la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Las consecuencias sociales, psicológicas y económicas asociadas a los problemas externalizados han aumentado el interés por desarrollar programas de prevención y de tratamiento basados en la evidencia (Jarrett et al., 2014). A pesar de la acumulación de estudios empíricos y de los esfuerzos realizados, las intervenciones dirigidas a reducir los problemas externalizados en niños fracasan en un tercio de los casos (Webster-Stratton y Hammond, 1997). Quizás esto se deba a que muchos de los programas desarrollados se dirigen exclusivamente a proporcionar pautas a los padres sobre la gestión del comportamiento de sus hijos (Eyberg et al., 2001; Patterson, Dishion, y Chamberlain,

1993; Webster-Stratton, 1984, 1994). En cambio, otros programas de intervención se centran en proporcionar habilidades de regulación emocional y autocontrol a los niños. Los programas de intervención que combinan ambos enfoques (proporcionar habilidades a los niños y a los padres) parecen más efectivos (Webster-Stratton et al., 2004).

El objetivo general de esta tesis doctoral es evaluar la eficacia a corto plazo del programa psicológico transdiagnóstico Super Skills for Life (SSL) en la reducción de problemas externalizados en niños españoles de entre 8 y 12 años de edad.

**Los objetivos específicos son:**

- 1) Analizar la eficacia del programa SSL en la reducción de sintomatología externalizada (problemas de comportamiento, conducta agresiva e hiperactividad).
- 2) Analizar la eficacia de SSL en la reducción de sintomatología externalizada, en comparación con la condición de control.
- 3) Analizar posibles cambios en el perfil de estilos educativos de los padres y madres tras su participación en SSL.
- 4) Analizar posibles cambios en el perfil de estilos educativos de los padres y madres tras su participación en SSL, en comparación con la condición de control.

**Hipótesis:**

Basándonos en estudios previos dirigidos a conocer la eficacia de SSL (Essau et al., 2014; Fernández-Martínez et al., 2019), las hipótesis de este estudio fueron las siguientes:

En relación al objetivo 1 se plantean las siguientes hipótesis:



- La reducción de sintomatología externalizada será equivalente en la condición tratamiento, con independencia del formato de participación en el programa (presencial u online).
- Los participantes de la condición tratamiento mostrarán una reducción a corto plazo de problemas externalizados (conducta agresiva, problemas de conducta, hiperactividad, TND, TDAH, etc.).
- Los participantes de la condición tratamiento no mostrarán reducciones estadísticamente significativas en resultados secundarios (por ejemplo, síntomas de ansiedad y depresión).

En relación al objetivo 2 se plantean las siguientes hipótesis:

- La condición tratamiento y control serán estadísticamente equivalentes en el pretest.
- Los niños de la condición tratamiento mostrarán una reducción a corto plazo de problemas externalizados, en comparación con los niños de la condición de control.

En relación al objetivo 3 se plantea la siguiente hipótesis:

- Los padres y madres que participan en la condición tratamiento mostrarán mayores puntuaciones en el perfil educativo asertivo, así como, menores puntuaciones en el perfil punitivo, inhibicionista y sobreprotector, tras el programa.

En relación al objetivo 4 se plantea la siguiente hipótesis:

- Los padres y madres que participan en la condición tratamiento mostrarán mayores puntuaciones en el perfil educativo asertivo, así como, menores

puntuaciones en el perfil punitivo, inhibicionista y sobreprotector, tras el programa, en comparación con las puntuaciones obtenidas por los padres y madres de la condición de control.



# 4. MÉTODO

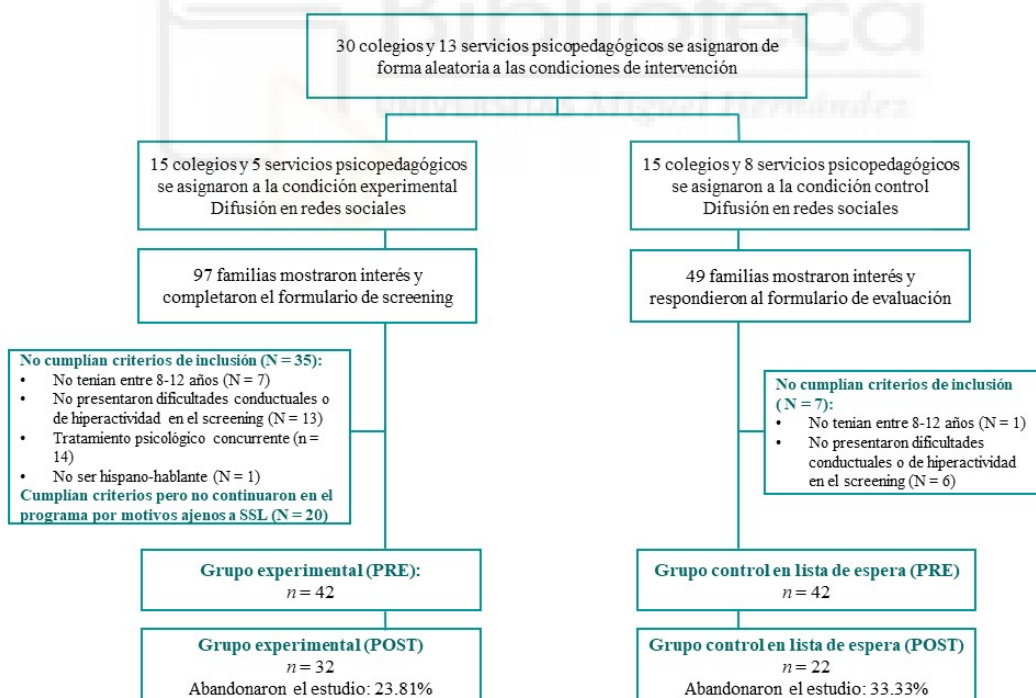


### 3.1. Diseño del estudio

Para el estudio de campo se empleó un diseño cuasi-experimental con dos condiciones experimentales (tratamiento y control). Se incluyen comparaciones intragrupo (pre, post-intervención) e intergrupo (condición tratamiento y control).

### 3.2. Participantes

Se invitó a 30 colegios y 13 servicios psicopedagógicos a participar en el estudio, siendo previamente asignados de forma aleatoria a cada una de las condiciones (**Figura 2**). En total, 15 colegios y 5 gabinetes psicopedagógicos fueron asignados aleatoriamente a la condición tratamiento mediante el procedimiento aleatorización simple, mientras que 15 colegios y 8 gabinetes psicopedagógicos fueron asignados a la condición control o lista de espera. También se llevó a cabo una difusión del estudio a través de redes sociales,



**Figura 2. Diagrama de flujo**

Tras el proceso de reclutamiento, se contó con la participación de un total de 84 niños de entre 8 y 12 años ( $M_{\text{edad}} = 9,39$ ;  $DT = 1,2$ ; 79,8% niños) y de sus familias. Los

niños estaban matriculados en centros escolares españoles, entre 2º y 6º de primaria. Los participantes residían en 14 provincias de España (9 comunidades autónomas) (**Tabla 5**). Tanto la condición de control ( $M_{\text{edad}} = 9,6$ ;  $DT = 1,21$ ; 83,3% niños), como la condición tratamiento ( $M_{\text{edad}} = 9,19$ ;  $DT = 1,17$ ; 76,2% niños) contó con la participación de 42 menores. En la sección *Resultados* (**Tabla 7**) se presentan las características sociodemográficas de los niños participantes y de sus padres en función de la condición de intervención.

**Tabla 5. Distribución de los participantes por provincia y Comunidad Autónoma de residencia**

	Condición tratamiento (SSL) ( <i>N</i> = 42)	Condición control ( <i>N</i> = 42)	Total ( <i>N</i> = 84)
<i>Provincia, N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Álava	1 (2,4)	0	1 (1,2)
Albacete	0	2 (4,8)	2 (2,4)
Alicante	35 (83,3)	9 (21,4)	44 (52,4)
Almería	0	2 (4,8)	2 (2,4)
Castellón	0	1 (2,4)	1 (1,2)
Fuerteventura	0	12 (28,6)	12 (14,3)
La Palma	0	1 (2,4)	1 (1,2)
Las Palmas de Gran Canaria	0	2 (4,8)	2 (2,4)
Madrid	0	1 (2,4)	1 (1,2)
Murcia	1 (2,4)	2 (4,8)	3 (3,6)
Palma de Mallorca	1 (2,4)	0	1 (1,2)
Toledo	3 (7,1)	0	3 (3,6)
Valencia	1 (2,4)	6 (14,3)	7 (8,3)
Valladolid	0	4 (9,5)	4 (4,8)
<i>Comunidad autónoma, N (%)</i>			
Andalucía	0	2 (4,8)	2 (2,4)
Baleares	1 (2,4)	0	1 (1,2)
Canarias	0	15 (35,7)	15 (17,9)
Castilla la Mancha	3 (7,1)	2 (4,8)	5 (6)
Castilla y León	0	4 (9,5)	4 (4,8)
Comunidad Valenciana	36 (85,7)	16 (38,1)	52 (61,9)
Madrid	0	1 (2,4)	1 (1,2)
Murcia	1 (2,4)	2 (4,8)	3 (3,6)
País Vasco	1 (2,4)	0	1 (1,2)

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron que los niños a) tuvieran entre 8 y 12 años de edad; b) fueran hispano-hablantes; c) mostraran una puntuación igual o superior a 3 en la escala *problemas del conducta* y/o una puntuación igual o superior a 6 en la escala de *hiperactividad* de la versión reportada por padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-P; Goodman, 1997); d) no recibieran tratamiento psicológico o farmacológico en el momento de la evaluación; y e) no presentaran problemas de desarrollo o cognitivos que pudieran dificultar la comprensión de las actividades o pudieran implicar una mayor adaptación del programa (por ej., discapacidad intelectual o Trastorno del Espectro Autista).

### 3.3. Instrumentos de evaluación

#### Cuestionario de Capacidades y Dificultades – Versión padres

[“*The Strength and Difficulties Questionnaire- Parent version*” – SDQ-P] (Goodman, 1997)

Este cuestionario está formado por 25 ítems que se distribuyen en 5 subescalas: problemas de comportamiento, problemas emocionales, hiperactividad/inatención problemas con los compañeros y comportamiento prosocial. Las opciones de respuesta son: *No es verdad* (0), *Es verdad a medias* (1) y *Sí, es verdad* (2). El rango de puntuaciones posibles en cada subescala oscila entre 0 y 10. Puntuaciones mayores indican mayores dificultades. La versión española para padres del SDQ cuenta con un índice adecuado de fiabilidad ( $\alpha = .76$ ) (Rodríguez-Hernández et al., 2012), de acuerdo con los criterios establecidos para evaluar la calidad de los tests (Hernández et al., 2016). Esta escala se utilizó como screening.

## **Inventario de comportamiento infantil de Eyberg**

[“*Eyberg Child Behavior Inventory*” – *ECBI*] (Eyberg y Pincus, 1999)

El ECBI es un inventario a cumplimentar por padres y madres, que evalúa la presencia de conductas problemáticas en niños de 2 a 16 años. Está formado por 36 ítems y dos escalas: intensidad y problemas. La escala *Intensidad* se puntúa en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo las opciones: *Nunca* (1), *Rara vez* (2), *Alguna vez* (3-4), *A menudo* (5) y *Siempre* (6-7). La escala *Problemas* ofrece un tipo de respuesta dicotómico: *Sí* (1) y *No* (0). En este caso, el informante debe indicar si la conducta del enunciado supone o no un problema para él/ella.

## **Cuestionario de Comportamiento Infantil**

[“*Child Behavior Checklist*” – *CBCL*] (*CBCL*; Achenbach, 1991; *CBCL/6-18*; Achenbach y Rescorla, 2001)

Este cuestionario es uno de los más utilizados en el ámbito clínico y de investigación (Althoff et al., 2010; Seligman et al., 2004). Está compuesto por 118 ítems que evalúan problemas emocionales y comportamentales en niños de 6 a 18 años de edad. Las opciones de respuesta son: *No es cierto –que sepa usted–* (0), *Algo, algunas veces cierto* (1) y *Cierto muy a menudo o bastante a menudo* (2). Los resultados permiten obtener 8 escalas de síndromes: quejas somáticas, retraimiento, problemas sociales, problemas de pensamiento, ansiedad/depresión, problemas de atención, problemas de comportamiento y conducta agresiva. La puntuación total se obtiene a través de la suma de las 8 escalas. Además, es posible obtener una escala de problemas externalizados, sumando las puntuaciones obtenidas en problemas de comportamiento y conducta agresiva; así como una escala de problemas internalizados, sumando las puntuaciones en retraimiento, quejas somáticas y ansiedad/depresión. Por último, el CBCL permite



calcular seis escalas orientadas al DSM: problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas afectivos, Déficit de Atención/Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta.

### **Perfil de Estilos Educativos** (PEE; Magaz y García, 1998)

Esta escala está compuesta por 48 ítems con alternativa de respuesta dicotómica: *Sí* (1), *No* (0). Los padres y madres responden a una serie de afirmaciones sobre la manera de educar a sus hijos/as. Las respuestas proporcionadas permiten obtener cuatro perfiles de estilos educativos: Sobreprotector, Inhibicionista, Asertivo y Punitivo. El estilo sobreprotector se caracteriza por altos niveles de afecto y comunicación y una baja exigencia y control sobre el niño. El estilo punitivo, se caracteriza por un elevado control y exigencia y por bajos niveles de afecto y comunicación. El estilo inhibicionista se caracteriza por presentar bajos niveles de control y exigencia, pero también bajos niveles de afecto y comunicación. Por último, el estilo asertivo se caracteriza por altos niveles de comunicación y afecto, y por favorecer la autonomía de los hijos/as. Puntuaciones de 1 a 3 indican baja presencia del estilo, puntuaciones de 4 a 7 indican presencia moderada del estilo y puntuaciones de 8 a 12 presencia alta del estilo.

### **Escala de conocimientos (*ad hoc*)**

Se elaboró una escala *ad hoc* (**Anexo 2**) con el fin de evaluar el nivel de conocimientos de los padres y madres antes y después de asistir a las sesiones dirigidas a familias. En esta escala se incluyen 15 afirmaciones y las familias deben contestar: *Falso* (0), *Verdadero* (1), o *No lo sé* (NS). Las puntuaciones se codifican como aciertos o errores. Se incluyen ítems sobre: conocimientos generales sobre los problemas de

comportamiento infantiles, reforzadores, castigos, instrucciones y autocontrol emocional y comportamental de los padres.

### 3.4. Procedimiento

Se realizó un listado de centros de educación primaria y servicios psicopedagógicos escolares de diferentes provincias de España. Los centros fueron aleatoriamente asignados a las dos condiciones del estudio (tratamiento o control). Estas dos condiciones requirieron procedimientos diferentes. En primer lugar, para el reclutamiento de la *condición tratamiento* se realizó un primer contacto por email con los equipos directivos de 15 centros escolares y 5 servicios psicopedagógicos escolares. En dicho email se solicitaba la colaboración de los centros para la difusión a las familias de una carta informativa que incluía: los objetivos del programa SSL, información sobre el número de sesiones y el formato de participación (grupal), y el formulario de screening (datos sociodemográficos y SDQ). Una vez obtenidas y corregidas las respuestas al formulario, se enviaba a las familias un email informándoles del resultado. En caso de que se cumplieran los criterios de inclusión, las familias podían beneficiarse de la intervención, por lo que se les pedía que cumplimentaran la evaluación completa (online) y se les convocaba a una reunión informativa. En dicha reunión, se proporcionaban más detalles sobre el programa Super Skills for Life, y se preguntaba a las familias por su disponibilidad horaria y la de sus hijos para establecer las sesiones. Dicha preferencia se tenía en cuenta en la medida de lo posible para garantizar una asistencia a la totalidad de las sesiones. También en esta sesión se solicitaba el consentimiento informado escrito a las familias. En dicho consentimiento las familias autorizaban la asistencia de sus hijos a las sesiones, la administración de pruebas psicológicas a los menores y la grabación de las actividades que así lo requerían. En caso de separación o divorcio se contactaba con el progenitor que no estaba informado de la posible participación de su hijo en el

programa y se solicitaba su consentimiento escrito. En caso de negativa, el menor y la familia no podían beneficiarse de la intervención. Ambos progenitores debían mostrar su consentimiento expreso. No se ofrecieron incentivos económicos. Sin embargo, una vez finalizada la participación de las familias en el programa, recibían un informe individualizado sobre los avances observados en su hijo/a. Este informe era elaborado por el terapeuta encargado de aplicar el programa. Las sesiones se llevaban a cabo en aulas cedidas por el centro escolar, fuera del horario lectivo.

Cabe destacar que, dado que las intervenciones se iniciaron en el año 2020, muchas de ellas tuvieron que ser suspendidas o canceladas. La crisis sanitaria mundial causada por el COVID-19 supuso el cierre de los centros escolares con los que ya existía colaboración, y la paralización de toda actividad educativa presencial (incluyendo el programa SSL). Por ello, unos meses más tarde, los investigadores del estudio retomaron las aplicaciones del programa en un formato online, a través de videollamada. Este cambio de formato no implicó modificaciones en los objetivos ni en las actividades del programa. Además, los participantes de la condición tratamiento mostraron ser equivalentes en sus puntuaciones, tanto antes como después de recibir la intervención, independientemente del formato de participación (online o presencial). En el apartado *Resultados*, se ofrece una descripción más detallada sobre dicha equivalencia.

Por otro lado, se describe el procedimiento para reclutar muestra para la *condición de control*. En este caso, se realizó un primer contacto por email con los equipos directivos de 15 centros escolares y 8 servicios psicopedagógicos escolares. En dicho email se solicitaba a los centros su colaboración difundiendo una carta informativa dirigida a las familias que incluía: los objetivos del programa SSL, información sobre el número de sesiones y el formato de participación (grupal), y el formulario de evaluación. A diferencia de la condición tratamiento, en este caso, se informaba de la realización de un

seguimiento mensual de los síntomas detectados. De esta forma, las familias rellenaban la evaluación completa y, en caso de cumplir los criterios de inclusión, se les solicitaba que cumplimentaran de nuevo, un mes después, el formulario de evaluación. Si los síntomas se mantenían a lo largo del mes, se invitaba a las familias a participar en el programa SSL. Esta segunda evaluación coincidía con la evaluación post-intervención de la condición tratamiento, lo que facilitaba la comparación posterior entre las condiciones. A partir de dicho momento, el procedimiento es idéntico al especificado en el punto anterior.

### 3.5. Tratamiento

SSL es un programa de prevención indicada que inicialmente se diseñó para ser aplicado a niños con problemas internalizados. Por ello, y con el fin de adecuarlo a la población diana de este estudio (menores con problemas externalizados), el programa fue ligeramente adaptado. Los objetivos y actividades no fueron modificados sustancialmente. Únicamente se modificaron algunas historias y ejemplos para incluir aquellas situaciones que experimentan normalmente los niños con problemas de comportamiento y/o hiperactividad (por ejemplo, conflictos con compañeros en el colegio, o discusiones con los padres en el hogar). Las actividades dirigidas a explicar qué era la ansiedad fueron eliminadas o sustituidas por otras en las que se abordaba el autocontrol emocional (concretamente, la impulsividad y la emoción de enfado). Además, con el fin de proporcionar pautas a las familias para gestionar el comportamiento de sus hijos, se diseñaron e incluyeron en el programa 3 sesiones dirigidas a padres y madres.

Por tanto, el programa SSL – Conducta (Orgilés, Espada et al., 2019) se compone de 8 sesiones dirigidas a niños y 3 sesiones dirigidas a familias (**Ver Tabla 6**). El objetivo es que los menores aprendan técnicas de relajación y de resolución de problemas,

habilidades sociales, así como a identificar y regular sus emociones, detectar pensamientos negativos y reemplazarlos por otros más adaptativos. El objetivo final es que aprendan a controlar sus pensamientos y emociones y, en consecuencia, su comportamiento. En cuanto a las familias, se proporciona un marco que ayuda a comprender por qué los niños se comportan de manera incorrecta y cómo conseguir que aumente la ocurrencia de comportamientos adecuados. En este sentido, las técnicas que se enseñan son: dar instrucciones de forma eficaz, aplicar consecuencias positivas ante conductas adecuadas (a través del refuerzo positivo) y aplicar consecuencias ante conductas inadecuadas (a través del castigo o de la extinción). En estas sesiones se realiza especial énfasis en las características que deben cumplir los reforzadores y los castigos para que sean efectivos, así como, se promueve el uso de técnicas positivas.

En cuanto a la metodología, las sesiones dirigidas a niños se aplicaron en formato grupal (6 niños como máximo) y fuera del horario lectivo, en aulas cedidas por el centro escolar. La frecuencia era de dos sesiones a la semana, con una duración de una hora cada una. Por tanto, la aplicación del programa completo se realizaba en un mes (4 semanas). Todos los menores contaban con un cuadernillo individual que incluía todas las actividades del programa. Durante las sesiones, se reforzaba a los niños por su participación y su buen comportamiento. En caso de presentar conductas disruptivas, se aplicaban técnicas de gestión de conducta. Por otro lado, al final de cada sesión, se explicaba a los niños la tarea para casa (Supertarea) que debían hacer antes de la próxima sesión. Esta actividad les ayudaba a reforzar lo aprendido y generalizarlo a otros entornos. Al finalizar cada sesión, los padres recibían información por email de los contenidos tratados y pautas para reforzar lo aprendido. También se les informaba de los objetivos de la Supertarea, así como de la necesidad de supervisar y reforzar que sus hijos la llevaran a cabo.

Por otro lado, las sesiones dirigidas a padres también se aplicaron en un formato grupal (10 familias como máximo). En este caso, la frecuencia era semanal, quedando una semana libre de sesión. En estas sesiones se abordaban los contenidos mencionados anteriormente de forma dinámica y fomentando la participación de las familias. Al finalizar cada sesión, los padres recibían por email un resumen de los contenidos tratados. Además, los objetivos de las sesiones se reforzaban solicitando a las familias realizar tareas para casa que eran comentadas (de forma voluntaria) al inicio de la siguiente sesión.

**Tabla 6. Contenidos y objetivos de Super Skills (Fernández-Martínez, Espada, y Orgilés, 2019)**

	Sesión	Objetivo
<b>Sesiones dirigidas a niños</b>	1 Presentación y bienvenida	Presentación de los miembros del grupo. Aprendizaje “todos somos diferentes”. / Concepto de autoestima.
	2 Emociones	Concepto de emoción, cómo reconocerlas en uno mismo y en los demás. Aprender que estar activos se relaciona con un mayor bienestar emocional.
	3 Pensamientos	Concepto de pensamiento, detectar pensamientos negativos y positivos. Cambiar pensamientos negativos por otros positivos./ Aprender nuevas habilidades alcanzando pequeños objetivos.
	4 Uniendo las emociones, los pensamientos y el comportamiento	Relación entre pensamientos, emociones y comportamiento./ Reconocer y diferenciar las señales corporales (tranquilidad vs. enfado o nerviosismo).
	5 Aprendiendo a relajarnos	Estrategias de relajación.
	6 Habilidades sociales	Habilidades sociales.
	7 Pasos para resolver problemas	Técnica de solución de problemas
	8 Repaso	Repaso de la habilidades previas.
<b>Sesiones dirigidas a padres</b>	1 Aumentar conductas positivas	Entender los problemas de comportamiento./ Dar instrucciones de forma eficaz./Refuerzo positivo para aumentar ocurrencia de conductas adecuadas.
	2 Reducir conductas disruptivas	Aplicar consecuencias negativas ante conductas inadecuadas./ Aplicar técnica de extinción.
	3 Relación entre nuestros pensamiento, emociones y acciones	Relación entre los pensamientos, emociones y acciones. Controlar las emociones al aplicar consecuencias.

Las sesiones eran aplicadas por psicólogos infantiles. Los terapeutas recibían un entrenamiento específico para aplicar el programa. Además, contaban con el *manual del*

*aplicador*, que recogía las instrucciones detalladas de todas las actividades, metodología y materiales necesarios de cada una de las sesiones. Semanalmente, los terapeutas se reunían con el coordinador del estudio para repasar los contenidos de las sesiones y resolver posibles dudas.

### 3.6. Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v25 para el análisis de datos. Se analizaron frecuencias y estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra, la asistencia a las sesiones y la satisfacción de los participantes con el programa. Las pruebas de normalidad se llevaron a cabo para cada una de las condiciones (tratamiento y control), de acuerdo con las recomendaciones de Field (2013). Este autor afirma que, en el caso de comparar grupos, debemos conocer la distribución de cada uno de ellos y no la distribución global. Para este objetivo se utilizó la prueba Shapiro-Wilk, que es recomendable cuando la muestra es menor a 50 participantes (Elliott y Woodward, 2007). Además, se calculó si existía homogeneidad de varianzas, a través del Test de Levene (Field, 2013). Los resultados mostraron que los datos violaban los supuestos de normalidad y homocedasticidad, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para la obtención de los resultados (Siegel, 1957).

En primer lugar, se analizó la equivalencia basal de variables sociodemográficas entre las dos condiciones de intervención (tratamiento y control). También se analizó la equivalencia entre los participantes de la condición tratamiento que recibieron la intervención en formato online y aquellos que participaron de forma presencial. Concretamente, en este caso se comprobó si los participantes mostraban equivalencia basal de síntomas y equivalencia en la mejora observada en la evaluación post-

intervención. Se utilizaron las pruebas U-Mann Whitney para variables cuantitativas y pruebas Chi<sup>2</sup> para variables categóricas. La prueba U-Mann Whitney es útil cuando los datos no siguen una distribución normal. La *V* de Cramer y la *r* de Rosenthal se utilizaron para estimar el tamaño del efecto de variables categóricas y continuas, respectivamente, cuando las diferencias halladas eran estadísticamente significativas.

Para evaluar la eficacia del programa SSL (comparación intragrupo) se utilizó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon. Por otro lado, los efectos del programa Super Skills en comparación con la condición de control (comparación intergrupo) se calcularon a través de Ecuaciones de Estimación Generalizada (EEG), controlando por edad, género y centro escolar. También fueron controladas en los análisis las variables en las que diferían ambas condiciones experimentales en el pre-test (estado civil e ingresos mensuales). La EEG, está basada en los modelos lineales generalizados, los cuales constituyen una forma fiable y válida de comparar condiciones experimentales cuando los datos no se distribuyen de forma normal (Kesleman, Othman y Wilcox, 2016). Además de ser un procedimiento estadístico ampliamente utilizado para evaluar la eficacia de las intervenciones, la EEG aumenta la potencia estadística cuando la muestra del estudio es pequeña y permite estimar los cambios en los resultados principales a lo largo del tiempo y el uso de datos incompletos sin necesidad de eliminar datos de los análisis (Liang, y Zeger, 1986). Las variables se analizaron de manera independiente.

### **3.7. Consideraciones éticas**

El Comité de ética de la Universidad Miguel Hernández (Elche, España) aprobó la realización de este estudio (DPS.MO.02.14).



# 5. RESULTADOS



## 4.1. Análisis pretest

### 4.1.1. Características de la muestra

En primer lugar, se analizaron las características sociodemográficas de los participantes (niños y padres) (**Tabla 7**). La muestra se compuso mayoritariamente por niños varones (79,8%). Todos los participantes tenían entre 8 y 12 años de edad y estaban escolarizados mayoritariamente en colegios públicos (90,5%), entre 2º y 6º de primaria. El 95,2% de los participantes era de nacionalidad española y todos hispano-hablantes. En cuanto a los informantes, en la mayoría de los casos (90,5%) fue la madre la que cumplimentó la evaluación. El 66,7% de los padres y madres estaban casados y el 48,8% poseía estudios de educación secundaria (Bachiller o Formación Profesional). En lo que respecta al nivel económico de los padres en la muestra total, un 19,1% de las familias percibía 999 euros mensuales como máximo; un 42,9% entre 1000 y 2999 euros; y un 14,2% más de 3000 euros mensuales. Un 23,8% no ofreció información sobre su nivel económico.

### 4.1.2. Equivalencia en función del formato de participación en la condición tratamiento

De la condición tratamiento, 29 menores (69%) recibieron la intervención presencialmente, mientras que 13 de ellos (31%) recibieron la intervención de forma online. Por ello, se analizó también la equivalencia entre ambos grupos en lo que respecta al nivel basal de síntomas y a la mejora observada en la evaluación post-intervención (**Tabla 8**). Los análisis arrojaron únicamente diferencias significativas en la escala “*Otros problemas*” del CBCL en la evaluación post-intervención, y diferencias en la escala “*Perfil educativo sobreprotector*” en la evaluación pre-intervención. Se calculó el tamaño del efecto de dichas diferencias a través de la fórmula  $r$  de Rosenthal, resultando

ser muy bajo, tanto para escala “*Otros problemas*” ( $Z = 0,018$ ;  $r = 0,003$ ) como para la escala “*Perfil educativo sobreprotector*” ( $Z = 0,012$ ;  $r = 0,002$ ). Por tanto, al tratarse de muestras equivalentes, y no percibirse mejoras significativas en función del formato de participación (presencial u online), los resultados posteriores hacen referencia de forma conjunta a ambas submuestras como “condición tratamiento”.

#### *4.1.3. Equivalencia entre condiciones experimentales: tratamiento y control*

Se analizó la equivalencia basal de variables sociodemográficas de los participantes de ambas condiciones experimentales (tratamiento y control). En general, se observa una mayor participación de niños que de niñas en ambos grupos. La edad media de los participantes fue similar en ambas muestras. La distribución por curso y por tipo de centro escolar (público y privado) no arrojó diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al parentesco de los familiares, los resultados muestran que el informante en la mayoría de los casos fue la madre (90,5%). La mayoría de los informantes poseía estudios de educación secundaria o universitarios. El porcentaje de informantes sin estudios o estudios de educación primaria fue bajo (entre el 14,3% y 19%). Los análisis de equivalencia mostraron únicamente diferencias estadísticamente significativas entre la condición tratamiento y control en la variable “*Situación familiar*” ( $p = .04$ ). El tamaño del efecto fue moderado ( $V$  de Crammer = 0,35). Se observa un mayor porcentaje de padres divorciados y solteros en la condición de control. Los ingresos mensuales de los informantes también arrojaron diferencias marginalmente significativas. No obstante, un porcentaje elevado de los participantes de la condición de control (33,3%) no informaron de este dato, lo que dificulta la interpretación de esta diferencia.

**Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes y de sus padres en la línea base en función de la condición experimental (SSL o control)**

Características	Condición tratamiento (SSL) (N = 42)	Condición control (N = 42)	Total (N = 84)	p-valor
<b>Niños</b>				
<i>Sexo masculino, N (%)</i>	32 (76,2)	35 (83,3)	67 (79,8)	0,59
<i>Edad media (DT)</i>	9,19 (1,17)	9,6 (1,21)	9,39 (1,2)	
8 años	17 (40,5)	11 (26,2)	28 (33,3)	
9 años	7 (16,7)	9 (21,4)	16 (19)	
10 años	12 (28,6)	10 (19)	20 (23,8)	0,11
11 años	5 (11,9)	14 (33,3)	19 (22,6)	
12 años	1 (2,4)	0	1 (1,2)	
<i>Curso escolar, N (%)</i>				
2º Primaria	5 (11,9)	8 (19)	13 (15,5)	
3º Primaria	12 (28,6)	7 (16,7)	19 (22,6)	
4º Primaria	7 (16,7)	8 (19)	15 (17,9)	0,55
5º Primaria	14 (33,3)	12 (28,6)	26 (31)	
6º Primaria	4 (9,5)	7 (16,7)	11 (13,1)	
<i>Tipo centro escolar</i>				
Público	37 (88,1)	39 (92,9)	76 (90,5)	0,71
Privado	5 (11,9)	3 (7,1)	8 (9,5)	
<i>Nacionalidad, N (%)</i>				
Española	42 (100)	38 (90,5)	80 (95,2)	0,24
Otra	0	4 (9,5)	4 (4,8)	
<i>Número medio de hermanos (DT)</i>	1,36 (1,14)	0,98 (0,84)	1,17 (1,02)	0,11
<b>Padres/madres</b>				
<i>Parentesco, N (%)</i>				
Madre	38 (90,5)	38 (90,5)	76 (90,5)	
Padre	4 (9,5)	2 (4,8)	6 (7,1)	0,26
Otro	0	2 (4,8)	2 (2,4)	
<i>Edad media (DT)</i>	41,86 (5)	40,07 (6,1)	40,96 (5,62)	0,19
<i>Situación familiar</i>				
Casado	34 (81)	22 (52,4)	56 (66,7)	
Separado o divorciado	4 (9,5)	9 (21,4)	13 (15,5)	
Divorciado y con otra pareja	1 (2,4)	2 (4,8)	3 (3,6)	0,04
Soltero	2 (4,8)	9 (21,4)	11 (13,1)	
Viudo	1 (2,4)	0	1 (1,2)	
<i>Nivel educativo</i>				
Sin estudios/ Educación primaria	6 (14,3)	8 (19)	14 (16,7)	
Educación secundaria (Bachiller/FP)	20 (47,6)	21 (50)	41 (48,8)	0,73
Educación universitaria	16 (38,1)	13 (31)	29 (34,5)	
<i>Ingresos mensuales</i>				
Hasta 499€	1 (2,4)	2 (4,8)	3 (3,6)	
Entre 500 y 999€	5 (11,9)	8 (19)	13 (15,5)	
Entre 1000 y 1999€	16 (38,1)	5 (11,9)	21 (25)	
Entre 2000 y 2999€	9 (21,4)	6 (14,3)	15 (17,9)	0,08
Entre 3000 y 4999€	3 (7,1)	3 (7,1)	6 (7,1)	
5000€ o más	2 (4,8)	4 (9,5)	6 (7,1)	
No informaron	6 (14,3)	14 (33,3)	20 (23,8)	

**Tabla 8. Medias, desviaciones típicas y pruebas de significación (pre, post) de la condición tratamiento (SSL) en función del formato de participación (presencial u online)**

	Pre			Post		
	Presencial M (DT)	Online M (DT)	<i>p</i>	Presencial M (DT)	Online M (DT)	<i>p</i> -valor
<b>CBCL</b>						
Retraimiento-depresión	3,72 (3,12)	1,85 (2,03)	0,12	3,11 (2,71)	1,69 (2,63)	0,11
Ansiedad-depresión	7,07 (5,05)	6,92 (4,48)	1	5,74 (4,08)	5,62 (4,96)	0,65
Quejas somáticas	2,9 (3,2)	3 (2,45)	0,63	2,26 (2,62)	2,92 (3,4)	0,76
Problemas sociales	6,28 (4,25)	6,15 (4,38)	0,97	6,05 (2,88)	5 (3,67)	0,36
Problemas de pensamiento	3,17 (2,66)	4,61 (2,66)	0,09	2,58 (2,48)	4,23 (3,17)	0,15
Problemas de atención	8,79 (4,55)	9,77 (3,96)	0,52	8,21 (4,48)	7,85 (3,11)	1
Problemas de comportamiento	3,76 (2,17)	5,08 (3,33)	0,21	3,21 (2,2)	4,46 (3,5)	0,29
Comportamiento agresivo	11,93 (4,84)	15,08 (7,29)	0,14	8,68 (5,47)	11,62 (7,18)	0,25
Otros problemas	5,69 (3,39)	7,46 (2,6)	0,07	4,26 (2,56)	6,46 (2,7)	0,02
Problemas externalizados	15,69 (5,87)	20,15 (9,93)	0,20	11,89 (7,12)	16,08 (9,86)	0,20
Problemas internalizados	13,69 (10,19)	11,77 (7,66)	0,79	11,11 (7,78)	10,23 (9,57)	0,62
CBCL Total	47,62 (21,39)	52,46 (21,52)	0,67	39,84 (17,86)	43,38 (23,51)	0,82
<b>Subescalas CBCL DSM</b>						
Conducta	4,9 (2,94)	7,38 (4,81)	0,14	3,58 (2,8)	6 (4,69)	0,15
TND	5,1 (1,65)	6,08 (2,84)	0,13	4,11 (2,38)	4,92 (2,22)	0,22
TDAH	6,97 (3,17)	8,69 (2,32)	0,11	6,21 (3,41)	7,54 (2,44)	0,24
Somatización	1,69 (2,2)	1,69 (2,1)	0,98	1,16 (1,5)	1,92 (2,78)	0,88
Ansiedad	4,17 (2,49)	3,69 (2,29)	0,57	3,37 (2,61)	2,69 (1,55)	0,60
Problemas afectivos	4,59 (3,89)	4,54 (3,82)	0,94	3,11(3,13)	3,85 (4,41)	0,82
<b>ECBI</b>						
Intensidad	119,10 (30,35)	129,46 (28,36)	0,37	105,26 (33,47)	113,38 (31,42)	0,45
% Problema	22,72 (8,36)	21,46 (7,89)	0,78	15,16 (7,85)	17,46 (8,89)	0,38
<b>SCAS-breve</b>	8,93 (4,79)	6,92 (3,28)	0,25	8,47 (5,78)	5,46 (2,9)	0,18
<b>Perfil Estilos Educativos</b>						
Asertivo	10,62 (1,05)	10,85 (0,69)	0,63	11,05 (1,03)	10,85 (0,8)	0,43
Punitivo	5,52 (3,03)	4,54 (3,26)	0,27	4,42 (1,68)	3,62 (2,26)	0,15
Inhibicionista	3,86 (1,94)	4,15 (1,82)	0,63	3,74 (1,45)	2,92 (1,61)	0,25
Sobreprotector	4,86 (2,53)	2,92 (1,44)	0,01	3,37 (2,31)	2,46 (1,98)	0,31

## 4.2. Eficacia del programa

### 4.2.1. Comparaciones intragrupo

En la **Tabla 9** se presentan los resultados de eficacia del programa Super Skills for Life. Tras la participación en el programa SSL, los participantes muestran un descenso de problemas externalizados e internalizados. Concretamente, los análisis han arrojado diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,01$ ) en ansiedad-depresión, problemas de atención, comportamiento agresivo, problemas externalizados, problemas internalizados, CBCL total y ansiedad (SCAS-breve). Los síndromes DSM del CBCL que han arrojado valores  $p \leq 0,01$  son: problemas de conducta, TND, TDAH y problemas afectivos. Otras subescalas que han arrojado diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) han sido: retraimiento-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de comportamiento, ansiedad e intensidad de problemas de comportamiento (ECBI) y perfil educativo paterno sobreprotector. Los menores también muestran menores problemas sociales y de somatización (síndrome DSM) tras el programa, aunque dichas diferencias no son significativas. En cuanto al perfil de estilos educativos, los padres muestran mayores puntuaciones en asertividad, así como, menores puntuaciones en los estilos punitivo, inhibicionista y sobreprotector. Sin embargo, las diferencias únicamente son significativas en este último ( $p = 0,05$ ).

**Tabla 9. Eficacia del programa SSL: comparaciones intragrupo ( $n= 42$ ) a través del test de Wilcoxon y pruebas de significación**

	<b>Pre M (DT)</b>	<b>Post M (DT)</b>	<b>Z</b>	<b>p-valor</b>
<b>CBCL</b>				
Retraimiento-depresión	3,14 (2,93)	2,53 (2,93)	-2,30	0,02
Ansiedad-depresión	7,02 (4,83)	5,69 (4,83)	-3,15	0,00
Quejas somáticas	2,93 (2,96)	2,53 (2,96)	-2,18	0,03
Problemas sociales	6,24 (4,24)	5,62 (4,24)	-2,46	0,01
Problemas de pensamiento	3,62 (2,71)	3,25 (2,71)	-1,78	0,08
Problemas de atención	9,1 (4,35)	8,06 (4,35)	-3,35	0,00
Problemas de comportamiento	4,17 (2,61)	3,72 (2,62)	-2,55	0,01
Comportamiento agresivo	12,9 (5,8)	9,88 (5,8)	-3,23	0,00
Otros problemas	6,24 (3,24)	5,16 (3,24)	-3,19	0,00
Problemas externalizados	17,07 (7,54)	13,59 (7,54)	-3,39	0,00
Problemas internalizados	13,1 (9,43)	10,75 (9,43)	-3,11	0,00
CBCL Total	49,12 (21,28)	41,28 (21,28)	-3,79	0,00
<b>CBCL Subescalas DSM</b>				
Conducta	5,67 (3,75)	4,56 (3,75)	-2,58	0,01
TND	5,4 (2,11)	4,44 (2,11)	-2,66	0,01
TDAH	7,5 (3,01)	6,75 (3,01)	-2,71	0,01
Somatización	1,69 (2,15)	1,47 (2,15)	-1,67	0,10
Ansiedad	4,02 (2,41)	3,09 (2,41)	-2,45	0,01
Problemas afectivos	4,57 (3,82)	3,41 (3,82)	-3,36	0,00
<b>ECBI</b>				
Intensidad	122,31 (29,8)	108,56 (32,39)	-2,37	0,02
% Problema	22,33 (8,14)	16,09 (8,23)	-1,97	0,05
<b>SCAS-breve</b>	8,31 (4,44)	7,25 (4,99)	-3,48	0,00
<b>Perfil Estilos Educativos</b>				
Asertivo	10,69 (0,95)	10,97 (0,93)	-1,35	0,18
Punitivo	5,21 (3,1)	4,09 (1,94)	-1,31	0,19
Inhibicionista	3,95 (1,89)	3,4 (1,54)	-1,72	0,09
Sobreprotector	4,26 (2,41)	3 (2,2)	-1,96	0,05
<b>Conocimientos</b>				
Padre	9,87 (1,88)	12 (1,83)	-1,63	0,10
Madre	10,45 (1,64)	13,33 (1,24)	-3,85	0,00



#### 4.2.2. Comparaciones intergrupo

Análisis preliminares de la equivalencia entre ambas condiciones experimentales indicaron que los niños de la condición de control mostraron, en la evaluación pretest, mayores problemas de pensamiento ( $Z = -3,28$ ;  $p = 0,001$ ;  $r = 0,36$ ), agresividad ( $Z = -3,1$ ;  $p = 0,002$ ;  $r = 0,34$ ), problemas externalizados ( $Z = -2,83$ ;  $p = 0,005$ ;  $r = 0,31$ ) y afectivos ( $Z = -2,83$ ;  $p = 0,005$ ;  $r = 0,31$ ), TDAH ( $Z = -2,37$ ;  $p = 0,018$ ;  $r = 0,26$ ), TND ( $Z = -2,63$ ;  $p = 0,009$ ;  $r = 0,29$ ) y una mayor puntuación total del CBCL ( $Z = -2,56$ ;  $p = 0,01$ ;  $r = 0,28$ ), en comparación con los participantes de la condición tratamiento. Sin embargo, el tamaño del efecto fue pequeño ( $r$  de Rosenthal entre 0,26 y 0,36).

En la **Tabla 10** se pueden observar las medias obtenidas por los participantes de la condición tratamiento (SSL) y de la condición de control antes y después de la intervención, así como las estimaciones basadas en el modelo lineal generalizado y las pruebas de significación.

Para analizar la eficacia del programa se calcularon Ecuaciones de Estimación Generalizadas (EEG) aislando la influencia de las variables en las que diferían los participantes de ambas condiciones experimentales (estado civil e ingresos mensuales). También se controló la edad y género de los participantes, así como el centro escolar. Si atendemos a las puntuaciones post, se puede observar que los participantes de la condición tratamiento muestran menores puntuaciones de problemas externalizados en comparación con la condición de control. Concretamente los análisis arrojaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en las variables: problemas de comportamiento, comportamiento agresivo e intensidad de problemas de comportamiento (escala ECBI). También las escalas del DSM del CBCL arrojaron menores puntuaciones en Trastorno de conducta, Trastorno Negativista Desafiante ( $p < 0,01$ ) y TDAH ( $p <$

0,05). Es decir, todas las escalas que evalúan sintomatología externalizada muestran una mejora estadísticamente significativa.

Los participantes de la condición tratamiento también mostraron menores puntuaciones en problemas internalizados, en comparación con la condición de control. Concretamente se pueden observar diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en las escalas: retraimiento-depresión, ansiedad-depresión, problemas internalizados y problemas afectivos. También se detectaron diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) en las escalas: quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, somatización y ansiedad. De igual forma, los padres que participaron en la condición experimental manifestaron un perfil educativo menos punitivo, inhibicionista y sobreprotector, así como más asertivo, en comparación con la condición de control. Sin embargo, únicamente se detectaron diferencias marginalmente significativas en los estilos punitivos y sobreprotector. En general, según el reporte de los padres, los niños que han participado en el programa SSL muestran menores problemas externalizados e internalizados tras la intervención, en comparación con la condición de control o en lista de espera. También presentan menores problemas sociales y de pensamiento.

**Tabla 10. Eficacia del programa SSL: comparaciones intergrupo ( $n = 84$ ).  
Estimaciones basadas en el modelo lineal generalizado. Intervalos de Confianza  
(IC) del 95% y pruebas de significación**

	Condición tratamiento (SSL)		Condición control		Estimaciones (95% CI)	<i>p</i> -valor
	Pre <i>M</i> (DT)	Post <i>M</i> (DT)	Pre <i>M</i> (DT)	Post <i>M</i> (DT)		
<b>CBCL</b>						
Retraimiento-depresión	3,14 (2,93)	2,53 (2,72)	3,93 (3,01)	3,73 (2,96)	11,86 (-,49-1,77)	0,00
Ansiedad-depresión	7,02 (4,82)	5,69 (4,38)	8,26 (5,08)	9,45 (5,39)	8,87 (1,1-5,33)	0,00
Quejas somáticas	2,93 (2,96)	2,53 (2,93)	4,14 (3,64)	5,36 (4,95)	3,77 (-0,01-2,35)	0,05
Problemas sociales	6,23 (4,24)	5,63 (3,21)	7,48 (4,47)	5,55 (4,57)	3,75 (-0,01-1,99)	0,05
Problemas de pensamiento	3,62 (2,71)	3,25 (2,85)	6,86 (4,82)	7,27 (4,98)	3,8 (-0,01-2,85)	0,05
Problemas de atención	9,1 (4,35)	8,06 (3,93)	10,6 (4,06)	11 (4,43)	5,05 (0,19-2,8)	0,02
Problemas de comportamiento	4,17 (2,61)	3,72 (2,82)	5,4 (3,11)	6,73 (3,41)	16,12 (1,15-3,35)	0,00
Comportamiento agresivo	12,9 (5,8)	9,88 (6,28)	17,64 (7,41)	18,27 (6,65)	8,4 (1,2-6,19)	0,00
Otros problemas	6,24 (3,24)	5,16 (2,8)	7,67 (3,58)	7,82 (6,65)	3,98 (0,03-2,83)	0,05
Problemas externalizados	17,07 (7,54)	13,59 (8,45)	23,05 (9,73)	25 (9,26)	11,65 (2,45-9,05)	0,00
Problemas internalizados	13,1 (9,43)	10,75 (8,42)	16,33 (10,01)	18,55 (11,39)	14,34 (2,85-8,98)	0,00
CBCL Total	49,12 (21,28)	41,28 (20,06)	64,31 (27,61)	69,36 (27,97)	23,5 (9,5-22,4)	0,00
<b>Subescalas CBCL DSM</b>						
Conducta	5,67 (3,75)	4,56 (3,81)	7,33 (4,35)	8,45 (5,16)	9,16 (0,91-4,23)	0,00
TND	5,40 (2,11)	4,44 (2,31)	6,64 (2,37)	7,18 (1,99)	21 (0,99-2,46)	0,00
TDAH	7,5 (3,01)	6,75 (3,08)	9,12 (3,31)	9,23 (3,31)	5,23 (0,21-2,71)	0,02
Somatización	1,69 (2,14)	1,47 (2,11)	2,38 (2,7)	3,32 (3,51)	5,87 (0,25-2,32)	0,02
Ansiedad	4,02 (2,41)	3,09 (2,23)	4,36 (2,87)	4,82 (2,9)	5,98 (0,29-2,62)	0,02
Problemas afectivos	4,57 (3,82)	3,41 (3,65)	7,07 (4,28)	7,64 (5,18)	8,76 (0,7-3,4)	0,00
<b>ECBI</b>						
Intensidad	122,31 (29,8)	108,56 (32,39)	133,31 (37,57)	145,18 (36,58)	11,55 (13,3-49,53)	0,00
% Problema	22,33 (8,14)	16,09 (8,23)	22,1 (8,14)	25,68 (5,78)	13,74 (4,95-16,05)	0,00
SCAS-breve	8,31 (4,44)	7,25 (4,99)	9,69 (5,44)	10,14 (5,91)	2,83 (-0,26-3,43)	0,09
<b>Perfil Estilos Educativos</b>						
Asertivo	10,69 (0,95)	10,97 (0,93)	10,64 (0,96)	10,86 (0,71)	0,83 (-0,49-0,18)	0,36
Punitivo	5,21 (3,1)	4,09 (1,94)	5,24 (2,6)	5,09 (2,76)	2,94 (-0,12-1,74)	0,09
Inhibicionista	3,95 (1,89)	3,41 (1,54)	3,5 (1,85)	3,68 (1,7)	0,09 (-0,86-1,16)	0,77
Sobreprotector	4,26 (2,41)	3 (2,2)	4,64 (2,56)	4,32 (2,19)	3,55 (-0,04-1,95)	0,06

### 4.3. Asistencia a las sesiones

La asistencia de los niños a las sesiones del programa SSL fue elevada (> 92%) (Tabla 11). A partir de la 5ª sesión se observa un alto porcentaje de niños que se ausentan de las sesiones. Esto se debe a que el 21,4% de los participantes ( $n = 9$ ) abandonaron el tratamiento debido a la suspensión de las intervenciones por la aparición de la pandemia del Covid-19. A los padres de estos niños se les ofreció retomar las intervenciones más

adelante, pero por circunstancias ajenas al programa no continuaron en SSL. Si excluimos estos casos se observa una asistencia prácticamente total.

**Tabla 11. Asistencia de los niños a cada una de las sesiones de SSL**

Asistencia	No N (%)	Sí N (%)
Sesión 1	0	42 (100%)
Sesión 2	1 (2,4%)	41 (97,6%)
Sesión 3	3 (7,1%)	39 (92,9%)
Sesión 4	2 (4,8%)	40 (95,2%)
Sesión 5	9 (21,4%)	33 (78,6%)
Sesión 6	9 (21,4%)	33 (78,6%)
Sesión 7	10 (23,8%)	32 (76,2%)
Sesión 8	9 (21,4%)	33 (78,6%)

En la **Tabla 12** se puede observar la asistencia de los padres a las sesiones dirigidas a familias. En general se observa una asistencia mayor de madres que de padres. Únicamente el 54,8% de los progenitores asistió a las 3 sesiones. Se realizaron comparaciones de la eficacia del programa en función de la asistencia de al menos un progenitor a la totalidad de las sesiones. Los resultados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable.

**Tabla 12. Asistencia de los padres a cada una de las sesiones de SSL dirigidas a familias**

Asistencia	Padre		Madre	
	No N (%)	Sí N (%)	No N (%)	Sí N (%)
Sesión 1	27 (64,3%)	15 (35,7%)	8 (19%)	34 (81%)
Sesión 2	28 (66,7%)	14 (33,33%)	10 (23,8%)	32 (76,2%)
Sesión 3	32 (76,2%)	10 (23,8%)	20 (47,6%)	22 (52,4%)

#### 4.4. Satisfacción y utilidad del programa

A continuación, la **Tabla 13** presenta los datos de satisfacción de los niños en cada una de las sesiones. Para evaluar la satisfacción de los niños se les preguntaba “¿Cuánto te ha gustado la sesión de hoy?”. Al finalizar cada sesión, los niños también respondían a la pregunta “¿Cuánto te ha ayudado la sesión de hoy a (el objetivo específico de dicha sesión)?”. El rango de respuesta oscila entre 0 y 10. La satisfacción media en cada una de las sesiones fue superior a 9, excepto en la sesión 4 que fue 8,7. La utilidad percibida media de las sesiones también se situó por encima de 9 en todas las sesiones, excepto para la sesión 4 (8,8) y la sesión 6 (8,9).

**Tabla 13. Satisfacción de los niños y utilidad percibida en cada una de las sesiones de SSL**

	Satisfacción M (DT)	Utilidad M (DT)	Rango M (DT)
<b>Sesión 1</b>	9,52 (1,21)	9,12 (1,4)	0-10
<b>Sesión 2</b>	9,17 (1,91)	9 (1,58)	0-10
<b>Sesión 3</b>	9,27 (1,82)	9 (1,94)	0-10
<b>Sesión 4</b>	8,7 (2,6)	8,8 (2,53)	0-10
<b>Sesión 5</b>	9,45 (0,87)	9,36 (1,8)	0-10
<b>Sesión 6</b>	9,33 (1,9)	8,9 (2,43)	0-10
<b>Sesión 7</b>	9,31 (1,26)	9,47 (1,16)	0-10
<b>Sesión 8</b>	9 (2,17)	9,38 (1,48)	0-10

La satisfacción con el programa y la utilidad percibida por los padres también fue evaluada. En la **Tabla 14** se indican las puntuaciones otorgadas por los padres en función de su satisfacción con el programa, así como la evaluación de la utilidad de las sesiones dirigidas a padres y de las técnicas específicas abordadas en cada una de ellas (refuerzo positivo, castigo y extinción).

**Tabla 14. Satisfacción general de los padres y madres con el programa SSL y utilidad percibida de las técnicas abordadas en las sesiones dirigidas a familias**

	<i>M (DT)</i>	<b>Rango</b>
<b>Satisfacción general con el programa</b>	8,9 (1,09)	0-10
<b>Utilidad sesiones padres</b>	8,9 (1,26)	0-10
Utilidad técnica refuerzo positivo	9 (1,1)	0-10
Utilidad técnica castigo	9,16 (1,19)	0-10
Utilidad técnica extinción	9,19 (1,14)	0-10



# 6.DISCUSIÓN





El objetivo general de esta tesis doctoral fue evaluar la eficacia a corto plazo del programa Super Skills for Life en la reducción de problemas externalizados. Los objetivos específicos fueron: 1) Analizar la eficacia de SSL en la reducción de sintomatología externalizada; 2) Analizar la eficacia de SSL en la reducción de sintomatología externalizada en comparación con una condición de control; 3) Analizar cambios en el perfil de estilos educativos de los padres y madres tras su participación en SSL; y 4) Analizar cambios en el perfil de estilos educativos de los padres y madres tras su participación en SSL, en comparación con la condición de control.

### **Eficacia del programa SSL (objetivo 1)**

En primer lugar, se comentarán los resultados obtenidos al realizar comparaciones intagrupos, es decir, las medidas pre y post-intervención obtenidas por los participantes que se beneficiaron del programa SSL. No obstante, antes de ello cabe destacar que debido a la crisis sanitaria mundial causada por la pandemia del Covid-19, el formato de participación en el programa para algunos grupos de niños fue online a través de videollamada (a pesar de estar previsto para ser aplicado en formato presencial). Por ello, antes de analizar los resultados referentes a la eficacia se procedió a comprobar si los grupos eran equivalentes en cuanto al nivel basal de síntomas y en lo que se refiere a la mejora observada tras el programa.

Los análisis de equivalencia reflejaron una mayor presencia del estilo sobreprotector (evaluación pre) en aquellos padres de niños que participaron en la modalidad presencial. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en lo que se refiere a la eficacia de la intervención. Esto quiere decir que el programa SSL parece ser eficaz independientemente del formato de participación (presencial u online). Estos hallazgos están en consonancia con la hipótesis establecida. Dado que se presumió que

ambos grupos mostraban equivalencia general en el nivel basal de síntomas y en las puntuaciones obtenidas tras el programa, ambos subgrupos fueron incluidos en los análisis como un único grupo: condición tratamiento o SSL.

Tras estos análisis se examinó la eficacia de la intervención. Los resultados obtenidos mostraron que el programa SSL – Conducta reduce significativamente problemas externalizados, tal y como se hipotetizó. Los niños y niñas mostraron menores problemas de comportamiento, un menor comportamiento agresivo y menores problemas externalizados tras participar en el programa. También mostraron menores puntuaciones en síntomas propios del Trastorno de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante y TDAH. La intensidad de problemas de comportamiento también disminuyó significativamente tras la aplicación de SSL. Los resultados sugieren, por tanto, que el programa SSL es eficaz para reducir problemas de conducta e hiperactividad e incluso, sintomatología propia de cuadros diagnósticos contemplados en el DSM-5.

Sin embargo, no se observaron únicamente mejoras en lo que se refiere a problemas externalizados, sino también en problemas internalizados. En este sentido, los niños mostraron menores puntuaciones en: sintomatología ansioso-depresiva, retraimiento social, somatización, problemas sociales y problemas internalizados. Los menores también mostraron menor sintomatología de ansiedad, problemas afectivos y preocupaciones y miedos (SCAS-breve). Estos resultados fueron contrarios a lo esperado, ya que se hipotetizó que los participantes en la condición tratamiento no mostrarían reducciones significativas en resultados secundarios. En general, de las 21 variables evaluadas, 18 variables arrojaron mejoras estadísticamente significativas.

La satisfacción de los participantes con el programa fue alta. Los menores también percibían de utilidad los recursos y técnicas abordadas en cada una de las sesiones. Esta percepción coincide con la de los padres, quienes mostraron una gran satisfacción general

con el programa SSL. También percibieron muy útiles las técnicas de manejo de contingencias que se abordaban en las sesiones dirigidas a familias.

### **Eficacia del programa SSL en comparación con la condición de control (objetivo 2)**

Con el fin de poder controlar posibles variables extrañas que afectaran a los resultados de eficacia (por ejemplo, mejoras por el simple paso del tiempo) se contó con una condición de control (en lista de espera) con la que se compararon los resultados.

Antes de llevar a cabo estas comparaciones entre ambas condiciones, también se analizó la equivalencia entre los participantes de la condición tratamiento y control. En este sentido, se comparó si los participantes de ambas condiciones diferían en relación a determinadas variables sociodemográficas (edad, género, curso escolar, tipo de centro escolar, nacionalidad, número de hermanos, edad media de los padres, situación familiar, nivel educativo de los padres e ingresos mensuales de la familia). Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambas condiciones en situación familiar e ingresos mensuales. Había más padres y madres divorciados o solteros en la condición de control que en la condición tratamiento. En cuanto a los ingresos mensuales, más de la mitad de padres y madres de la condición tratamiento recibía mensualmente entre 0 y 1999€. El nivel socioeconómico de los participantes de la condición de control no pareció ser tan bajo. Sin embargo, muchos no informaron de este dato. En cualquier caso, en los análisis de eficacia se controló el posible efecto de estas dos variables (situación familiar e ingresos mensuales), además del género y edad de los participantes y el centro escolar.

Los resultados mostraron que, a igualdad de estas condiciones, los participantes de la condición tratamiento mostraban menores problemas externalizados e internalizados. Concretamente, en lo que se refiere a problemas externalizados, los niños que participaron en SSL mostraron menores problemas de comportamiento,

comportamiento agresivo e intensidad de problemas de comportamiento, Trastorno de conducta, Trastorno Negativista Desafiante y TDAH, en comparación con la condición de control. Cabe destacar que, en la evaluación pretest, los participantes de la condición de control mostraban un mayor nivel de agresividad, problemas externalizados, TDAH y problemas afectivos. Pese a ello, otras variables que se dirigen a evaluar problemas externalizados no arrojaron diferencias en el pretest pero sí mejoras significativas tras la intervención. Estas variables son: problemas de comportamiento, Trastorno de Conducta, TND, Intensidad de problemas de comportamiento (ECBI) y Problemas de comportamiento (ECBI). Esto sugiere que el programa Super Skills for Life dirigido a reducir problemas de conducta e hiperactividad parece ser eficaz para el objetivo propuesto. Los participantes de SSL también mostraron menores problemas internalizados en comparación con la condición de control. Concretamente, los niños presentaron una menor puntuación en las escalas: retraimiento-depresión, ansiedad-depresión, problemas internalizados, problemas afectivos, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, somatización y ansiedad.

Dado que la versión SSL – Conducta incluye 3 sesiones que se dirigen a proporcionar pautas a los padres y madres se comprobó si una asistencia total a estas sesiones (al menos de uno de los progenitores) se relacionaba con una mayor eficacia del programa. Los resultados no mostraron diferencias en este sentido. Una posible explicación a estos resultados es que los padres y madres recibían un email con los contenidos tratados en las sesiones dirigidas a familias, así como pautas para aplicar en casa. Por ello, los padres se beneficiaban de la información abordada en cada una de las sesiones independientemente de su asistencia.

### **Cambios en los estilos educativos de los padres (objetivos 3 y 4)**

En cuanto a los padres, se evaluó un posible cambio en el perfil de estilos educativos tras su participación en el programa. Tras el programa SSL se observó una reducción considerable de todos los estilos ineficaces (punitivo, inhibicionista y sobreprotector), así como un aumento del estilo asertivo. No obstante, únicamente se hallaron cambios significativos en el estilo sobreprotector. Esto es, tras participar en el programa SSL los padres mostraron una menor sobreprotección en lo que se refiere al cuidado y crianza de sus hijos. También se evaluó el nivel de conocimientos sobre técnicas de gestión de conducta de padres y madres (a través de una escala *ad hoc*), observándose, tras la intervención, un mayor nivel de conocimientos (especialmente en las madres).

En cuanto a la comparación realizada entre ambas condiciones experimentales (tratamiento y control), se observó que los padres que participaron en la condición tratamiento presentaban un perfil educativo menos punitivo, inhibicionista y sobreprotector, así como más asertivo, en comparación con la condición de control. No obstante, y contrario a lo esperado, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Dado que el programa se aplicaba de manera intensiva durante 4 semanas es probable que los padres requieran de un mayor número de situaciones para poner a prueba las técnicas de modificación de conducta aprendidas. Por ello, sería interesante realizar un seguimiento un tiempo después de la intervención (por ejemplo, a los 12 meses) y comprobar si existen cambios en el estilo educativo de los padres.

### **Factores asociados a problemas externalizados y abordaje desde SSL**

Para un adecuado abordaje psicológico de los problemas externalizados es necesario contemplar los factores de riesgo modificables asociados. Uno de los factores

que se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de comportamiento son las dificultades de autorregulación emocional infantiles y las dificultades para valorar las consecuencias de los propios actos (Hubbard et al., 2002; Kruh et al., 2005; Loney et al., 2003). El programa SSL incluye entre sus objetivos educar al menor en *emociones*. Se les enseña cuáles son las emociones básicas que experimentamos, cómo detectarlas en nosotros mismos y cómo reconocerlas en los demás. Una vez interiorizado este aprendizaje se les enseñan *estrategias de relajación* para reducir la activación psicofisiológica de las emociones de enfado y nerviosismo, tratando de promover la autorregulación emocional. Por otro lado, la habilidad para valorar las consecuencias de sus actos se promueve a través de la técnica *Resolución de problemas*, en la que se exponen conflictos sociales, posibles soluciones y la elección de la mejor solución en función de sus ventajas y desventajas.

Otra de las dificultades que presentan algunos niños con problemas de comportamiento es la interpretación errónea de las señales del entorno y una tendencia a atribuir intenciones de hostilidad a las acciones de los demás (Crick y Dodge, 1996; Dodge y Pettit, 2003; Frick, Barry, y Kamphaus, 2010). Para reducir esta dificultad, dentro de los contenidos del programa SSL se incluye información sobre el papel de los *pensamientos* y la *relación entre pensamientos, emociones y comportamiento*. En este sentido, se instruye al niño para que interiorice que, según lo que pensamos, sentiremos una emoción u otra y nuestro comportamiento será más o menos adecuado. Todos estos recursos y habilidades ayudan al menor a controlar sus problemas de comportamiento y su emoción de enfado en determinadas situaciones.

Por otro lado, la técnica por excelencia para reducir los problemas de conducta infantiles es el entrenamiento en manejo de contingencias (Daley et al., 2014; Evans et al., 2014; Eyberg et al., 2008). Y es que, estilos educativos ineficaces suelen estar

relacionados con la aparición y mantenimiento de estos problemas. El programa SSL – Conducta incluye 3 sesiones dirigidas a familias en las que se proporcionan técnicas de modificación de conducta. Concretamente, se les enseña a los padres a dar instrucciones de forma eficaz, aplicar consecuencias positivas ante conductas adecuadas (a través del refuerzo positivo) y aplicar consecuencias ante conductas inadecuadas (a través del castigo o de la extinción). Además, se hace especial énfasis en las características que deben cumplir las instrucciones, el refuerzo positivo y el castigo para ser eficaces.

### **SSL como programa transdiagnóstico**

Los resultados muestran que los objetivos y contenidos incluidos en SSL no benefician únicamente a niños con problemas externalizados, sino también a niños con problemas interiorizados co-ocurrentes. La naturaleza transdiagnóstica de SSL (Essau et al., 2014) está en la base de estos resultados, ya que sus contenidos se dirigen a proporcionar recursos a los menores para afrontar de forma más eficaz su día, abordando factores subyacentes comunes a diferentes problemas psicológicos. El aspecto diferenciador de SSL – Conducta es que se trata de un programa unificador, al incluir sesiones dirigidas tanto a familias como a niños.

La reducción de sintomatología co-ocurrente no constituye un hallazgo aislado de este estudio. Estos resultados se encontraron por primera vez en el estudio llevado a cabo por Essau et al. (2014) en el que se aplicó el programa Super Skills en formato grupal a niños ingleses de entre 8 y 10 años de edad. Dicho estudio se dirigía a reducir problemas emocionales, pero encontraron que estos niños mostraban una reducción significativa de problemas de conducta e hiperactividad tras participar en el programa. En un estudio dirigido a aplicar SSL en formato grupal a adolescentes ingleses con problemas internalizados, también encontraron mejoras en problemas externalizados (Allan et al.,

2021). Este mismo hecho ha sido común en estudios llevados a cabo con niños españoles. Por ejemplo, en el estudio de Orgilés, Fernández-Martínez et al. (2019) dirigido a reducir problemas internalizados en niños de 8 a 12 años de edad mediante la aplicación grupal de SSL, también encontraron reducciones de otro tipo de problemas para los que no estaba diseñado el programa (por ejemplo, problemas de conducta). En la misma línea, Melero et al. (2021) analizaron la eficacia de SSL en formato individual para reducir problemas emocionales en niños de 8 a 12 años encontrando mejoras en problemas emocionales, pero también en problemas externalizados y de hiperactividad. Estudios dirigidos a examinar la eficacia de SSL para reducir sintomatología emocional en muestras más específicas, por ejemplo, adolescentes en instituciones de atención residencial (Ramdhonee-Dowlot, et al., 2021), también han reportado mejoras en problemas externalizados (hiperactividad y problemas de conducta).

Sabemos que la comorbilidad o co-ocurrencia de dificultades psicológicas es elevadísima a edades tempranas y que el malestar psicológico puede manifestarse de forma indistinta en niños pequeños (Willner et al., 2016), por lo que encontrar perfiles puros de sintomatología externalizada e internalizada no parece tan habitual (Achenbach et al., 2016; Bornstein et al., 2010). Además, sabemos que los problemas internalizados podrían aparecer como consecuencia de problemas externalizados (Morales et al., 2021), lo que también puede justificar estos hallazgos. Por ello, parece que los programas de intervención psicológica cognitivo-conductual que se dirigen exclusivamente a reducir problemas externalizados no arrojan tasas de éxito tan altas. Parece que evaluar e intervenir únicamente para reducir un grupo de sintomatología supone un gran error. El enfoque transdiagnóstico aborda la psicopatología infantil de un modo más global, tratando de enseñar habilidades y estrategias que mejoran diferentes problemas de forma simultánea (Sandín, 2012). De esta forma, enseñar estrategias de relajación puede ayudar



al niño a disminuir su activación psicofisiológica derivada de la emoción de enfado o rabia, pero también puede ayudar a regular la emoción de nerviosismo o ansiedad. De igual modo, las habilidades sociales pueden ser beneficiosas para niños que presentan un comportamiento disruptivo y que, a menudo, actúan de forma inadecuada con los demás, pero también ayudan al niño que se muestra tenso o ansioso a la hora de iniciar una conversación. Por otro lado, la técnica de resolución de problemas es útil para evaluar las ventajas e inconvenientes de diferentes soluciones, independientemente de que la sintomatología predominante del menor sea internalizada o externalizada. Por todo ello, el programa SSL parece ser prometedor. Los avances científicos derivados de estudios de eficacia muestran que aplicar intervenciones transdiagnósticas parece más eficiente y alcanza un mayor grado de profundidad en la intervención psicológica, por mejorar sintomatología comórbida.

### SSL como prevención

La importancia de implementar y evaluar la eficacia de programas como SSL no radica únicamente en la reducción de sintomatología externalizada o internalizada sino, en la prevención o reducción de multitud de consecuencias psicosociales a las que se ven expuestos estos menores. Por ejemplo, programas como SSL pueden reducir el desarrollo de problemas internalizados futuros (McElroy et al., 2017; Willner et al., 2016), como la depresión o la ansiedad (Erskine et al., 2016; Wolff y Ollendick, 2006) y evitar el fracaso escolar (Robst y Weinberg, 2010), entre otros aspectos. El mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis de aquellos menores que manifiestan problemas de conducta persistentes de inicio temprano (Kretschmer et al., 2014) también sugiere que intervenir sobre los problemas externalizados podría suponer una disminución del consumo de sustancias en la adolescencia. Los problemas externalizados también se asocian a una

mayor delincuencia y criminalidad futura (Frick y Kimonis, 2008; Timmermans et al., 2009), por lo que la detección e intervención precoz de problemas externalizados se podría asociar a una reducción de estas graves consecuencias. De igual forma, programas como SSL podrían prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos conductuales como el TND o TC, que, a su vez, prevengan trastornos de personalidad como el TPA. La aparición temprana de problemas emocionales y conductuales co-ocurrentes pueden preceder a problemas psicopatológicos antisociales y depresivos del niño, del adolescente y del adulto (Fanti y Henrich, 2010). Esta prevención parece aún más importante a edades tempranas, ya que se sabe que los problemas de conducta persistentes de inicio temprano son los que arrojan consecuencias psicosociales más graves (Bevilacqua et al., 2018; Colman et al., 2009; Erskine et al., 2014; Kretschmer, et al., 2014; Moffit et al., 2002). Programas como SSL – Conducta también pueden ser adecuados para niños con TDAH, ya que se ha demostrado que suelen desarrollar problemas de comportamiento posteriores (Burke et al., 2005; Burns y Walsh, 2002; Thapar, van den Bree, Fowler, Langley, y Whittinger, 2006). Además, la hiperactividad ha mostrado ser un predictor de problemas tanto internalizados como externalizados (Sourander y Helstelä, 2005). Por último, tanto en España como a nivel mundial se ha encontrado que entre el 13,2% y 13,4% de la población infantil y adolescente presenta o está en riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2017; Polanczyk et al., 2015). Por ello, la implementación de programas transdiagnósticos como SSL podría reducir el riesgo o impacto de estos problemas en poblaciones de elevada vulnerabilidad como son la infancia y la adolescencia.

## Limitaciones

A pesar de los prometedores resultados del programa SSL – Conducta, esta tesis doctoral presenta una serie de limitaciones que deben ser indicadas. En primer lugar, la muestra es pequeña. A pesar de ello, los procedimientos estadísticos utilizados en este trabajo garantizan una potencia estadística alta para solventar esta limitación (Liang, y Zeger, 1986). Asimismo, aunque los participantes proceden de diferentes puntos de la geografía española, la mayoría de ellos son de la provincia de Alicante, especialmente los participantes de la condición tratamiento. Son necesarios futuros estudios con un mayor tamaño muestral y mayor representatividad geográfica. En segundo lugar, únicamente se utilizaron autoinformes parentales para la recogida de información y evaluación de eficacia de SSL. Sería necesario que futuros estudios incluyan también medidas autorreportadas por los menores o por los profesores. Sin embargo, y a pesar de esta limitación, es importante destacar que cuando se trata de problemas de conducta, los propios niños no parecen ser informantes fiables, siendo los padres la principal fuente de información relevante (Frick et al., 2010). En tercer lugar, y de acuerdo con otro estudio de eficacia de SSL, la condición de control no recibió ninguna intervención de forma simultánea a la condición tratamiento, lo que puede hacer que aumente el efecto Hawthorne (Fernández-Martínez et al., 2019; McCarney et al., 2007). El efecto Hawthorne se refiere a un cambio motivacional en el comportamiento de los participantes la condición de control, por el simple hecho de la atención recibida en el proceso de evaluación (Sedgwick y Greenwood, 2015). En cuarto lugar, los estudios de eficacia presentados en la presente tesis no cuentan con un seguimiento anual. Futuros estudios deberían incluir seguimientos ya que, en estudios previos, se han detectado mayores mejorías en el seguimiento a los 12 meses desde la finalización de SSL, debido a la disponibilidad de más tiempo para practicar e interiorizar las habilidades aprendidas

(Essau et al., 2014; Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019). Por último, cabe destacar que, dado que la psicopatología paterna y materna se relaciona con problemas psicológicos en los menores, sería interesante que futuros estudios de eficacia de SSL incluyeran esta variable. Por ejemplo, Drugli et al. (2009) indicaron que una falta de respuesta al tratamiento podía relacionarse con altos niveles de estrés o depresión materna. En la misma línea, Long (2008) y Patterson (2002) indicaron que el estrés y depresión de los padres parece mostrar relaciones bidireccionales con los problemas de conducta infantiles, por lo que podría ser necesario contemplar estas variables en futuros programas de intervención.

Como fortalezas, destaca que se trata del primer estudio realizado con el objetivo de adaptar el programa SSL en la reducción de problemas externalizados, lo que añade nuevas evidencias de eficacia y abre un nuevo campo de estudio. Además, cuenta con un grupo control, aspecto señalado por Orgilés, Fernández-Martínez, et al. (2019) como necesario para conocer los datos de eficacia reales del programa.

Existen programas de intervención o prevención cognitivo-conductuales que han mostrado ser eficaces para reducir problemas de conducta. En concreto, el entrenamiento a padres parece ser un tratamiento bien establecido para alcanzar este fin. Sin embargo, algunos niños continúan presentando problemas externalizados tras la intervención (Larsson et al., 2009; Webster-Stratton et al., 2004). Una mayor persistencia de problemas de conducta a menudo se debe a que estos menores presentan problemas internalizados co-ocurrentes, por lo que pueden necesitar un tratamiento distinto (Drugli et al., 2009). No tener en cuenta la co-ocurrencia entre problemas externalizados e internalizados puede llevar a una ineficacia de programas de intervención dirigidos a reducir sintomatología externalizada (Oh et al., 2020).

SSL – Conducta tiene como objetivo el abordaje de los problemas externalizados desde una perspectiva global, al combinar la enseñanza de estrategias dirigidas tanto a niños como a familias. La naturaleza transdiagnóstica de SSL le convierte en un programa capaz de reducir sintomatología internalizada co-ocurrente. Las intervenciones dirigidas a reducir problemas emocionales y de conducta son eficaces para reducir problemas de conducta persistentes en la infancia y la adolescencia (Gutman et al., 2019), reduciendo, por tanto, graves consecuencias psicológicas y sociales y disminuyendo los costes económicos asociados a estos problemas.





# 7. CONCLUSIONES





SSL – Conducta es un programa que ha mostrado ser eficaz en la reducción de sintomatología externalizada en niños españoles de 8 a 12 años:

- La participación en SSL – Conducta se relaciona con menores problemas de comportamiento, así como un menor comportamiento agresivo.
- SSL – Conducta se relaciona con una menor frecuencia e intensidad de problemas de comportamiento.
- SSL – Conducta se relaciona con una menor presencia de síntomas externalizados propios de trastornos psicológicos contemplados en el DSM (TDAH, TND y TC).
- Tras la participación en el programa SSL – Conducta las familias muestran una menor tendencia a la sobreprotección en lo que se refiere al cuidado y crianza de sus hijos.
- Tras la participación en el programa, las familias presentan un mayor nivel de conocimientos sobre técnicas de gestión de conducta.
- Además, a pesar de no ser diseñado para tal fin, SSL – Conducta es un programa que ha mostrado ser eficaz para reducir sintomatología internalizada co-ocurrente con otros síntomas externalizados. Concretamente, la participación en SSL – Conducta se relaciona con menores problemas afectivos o de ansiedad, menor somatización y menores niveles de retraimiento y depresión.



# 8.REFERENCIAS



- Achenbach, T. M. (1994). Child Behavior Checklist and related instruments. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 517–549). Erlbaum.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., y Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample: III. Transitions to young adult syndromes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 658–669. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00018>
- Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Rescorla, L.A., Turner, L. V., y Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 647–656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Ackerman, B. P., D'Eramo, K. S., Umylny, L., Schultz, D., y Izard, C. E. (2001). Family structure and externalizing behavior of children from economically disadvantaged families. *Journal of Family Psychology*, 15, 288–300. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.2.288>
- Allan, S., Uzun, B., y Essau, C.A. (2021). Impact of a transdiagnostic prevention protocol for targeting adolescent anxiety and depression. *Psychologica*, 63, 53–68. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_63-2\\_3](https://doi.org/10.14195/1647-8606_63-2_3).
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., y Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the child behavior checklist: A receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological Assessment*, 22, 609–617. <https://doi.org/10.1037/a0019699>

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (4th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York, NY: Guilford.
- Barlow, D., Allen, L., Y Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Basten, M., Tiemeier, H., Althoff, R. R., van de Schoot, R., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Hudziack, J. J., Verhulst, F. C., y van der Ende, J. (2016). The stability of problem behavior across the preschool years: An empirical approach in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 393–404.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-9993-y>
- Bayer J., Sanson A., y Hemphill S. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542–559. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.002>
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., y Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 327–336. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x>
- Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders.

*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 714–732. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12216>.

Bevilacqua, L., Hale, D., Barker, E. D., y Viner, R. (2018). Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 1239–1260. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1053-4>

Bhutta A., T., Cleves M. A., Casey P. H., Cradock M. M., y Anand K. L. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728–737. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.728>

Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., y Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioural outcomes of school-aged children who were born preterm. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.728>

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220. [https://doi.org/S0006-3223\(04\)10011-X/10.1016](https://doi.org/S0006-3223(04)10011-X/10.1016)

Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., y Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following Parent Management Training. *Child & Family Behavior Therapy*, 37(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/07317107.2015.1000227>

Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 179–192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.179>.

- Bornstein, M. H., Hahn, C., y Haynes, O.M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioural adjustment from early childhood through early adolescence: developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 717–735. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., y Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Journal of Child Adolescent Psychiatry*, 16, 484–494. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0624-1>
- Bradshaw, C. P., Buckley, J. A., y Ialongo, N. S. (2008). School-based service utilization among urban children with early onset educational and mental health problems: The Squeaky wheel phenomenon. *School Psychology Quarterly*, 23(2), 169–186. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.2.169>
- Brainerd, C. J., y Kazdin, A. E. (2005). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. Oxford University Press.
- Brennan, P. A., Hall, J., Bor, W., Najman, J. M., y Williams, G. (2003). Integrating biological and social processes in relation to early-onset persistent aggression in boys and girls. *Developmental Psychology*, 39, 309–323. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.309>
- Brinkman, W. B., Epstein, J. N., Auinger, P., Tamm, L., y Froehlich, T. E. (2015). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use. *Drug Alcohol Depend*, 147, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.018>



Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S., y Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222–245. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.222>

Bubier, J. L., y Drabick, D. A. G. (2009). Co-occurring anxiety and disruptive behavior disorders: The roles of anxious symptoms, reactive aggression, and shared risk processes. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 658–669. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.005>

Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., y Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contributions to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21, 519–537. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000285>

Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., y Rathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00422.x>

Burke, J. D., Loeber, R., y Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275–1293. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009>

Burns, G. L., y Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-

year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 245–256.  
<https://doi.org/10.1023/a:1015102812958>

Campbell, S. B., Shaw, D. S., y Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Canals, J., Morales-Hidalgo, P., Jané, M., y Domènech, E. (2016). ADHD prevalence in Spanish preschoolers: Comorbidity, socio-demographic factors, and functional consequences. *Journal of Attention Disorders*, 22, 143–153.  
<https://doi.org/10.1177/1087054716638511>

Carey G. (2000). Victims, victimology and victim impact statements. *Irish Criminal Law Journal*, 10(3), 8–13.

Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., y Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1033–1039.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830110071009>

Castro-Fornieles J. (2013). Psiquiatría del niño y del adolescente: necesidad de formación y desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 57–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.10.001>

Chorpita, B. F., y Weisz, J. R. (2009). *Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct problems (MATCH-ADTC)*. PracticeWise.

Christenson, J. D., Crane, D. R., Malloy, J., y Parker, S. (2016). The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature. *Journal of*

*Child and Family Studies*, 25(9), 2649–2658. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0430-9>.

Chu, B. C. (2012). Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.06.003>

Cicchetti, D., y Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 16–25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x>

Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 477–493. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.005>.

Colder, C. R., Scalco, M., Trucco, E. M., Read, J. P., Lengua, L. J., Wieczorek, W. F., y Hawk, L. W. (2013). Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 667–677. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9701-0>

Colman, I., Murray, J., Abbott, R. A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T. J., y Jones, P. B. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338, a2981. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2981>

Connor, D. F., Steeber J., y McBurnett, K. (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31, 427–440. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181e121bd>

- Connor, D. F., y Doerfler, L. A. (2008). ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, *12*, 126–134. <https://doi.org/10.1177/1087054707308486>
- Crick, N. R., y Dodge, K. A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, *67*, 993–1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01778.x>
- Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., y Lekka, S. K. (2007). Pathways from marital aggression to infant emotion regulation: The development of withdrawal in infancy. *Infant Behavior and Development*, *30*, 97–113. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.11.009>
- Cunningham, N. R., y Ollendick, T. H. (2010). Comorbidity of anxiety and conduct problems in children: Implications for clinical research and practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*, 333–347. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0077-9>
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., y Sonuga-Barke, E. S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A metaanalysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(8), 835–847. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
- Danforth, J. S., Connor, D. F., y Doerfler, L. A. (2016). The development of comorbid conduct problems in children with ADHD: An example of an integrative

developmental psychopathology perspective. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 214-229. <https://doi.org/10.1177/1087054713517546>

Danforth, J. S., Doerfler, L. A., y Connor, D. F. (2019). Does anxiety modify the risk for, or severity of, conduct problems among children with Co-occurring ADHD: Categorical and dimensional and analyses. *Journal of Attention Disorders*, 23(8), 797-808. <https://doi.org/1087054717723985>

Davies, P. T., y Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>

de la Torre-Luque, A., Fiol-Veny, A., Essau, C.A., Maria Balle, M., y Bornas, X. (2020). Effects of a transdiagnostic cognitive behaviour therapy-based programme on the natural course of anxiety symptoms in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 264, 474-482. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.078>

Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168-192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>

DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., y Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5(2), 73-89. <https://doi.org/10.1023/b:prev.0000023078.30191.e0>

Dodge, K. A., y Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349-371. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.349>

- Dodge, K. A., y Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349–371. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.349>
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., Taylor, R. S., Sandercock, J., y Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-7>
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B., y Mørch, W. T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 559–565. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0083-y>
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., y Mørch, W. T. (2009). Characteristics of young children with persistent conduct problems one year after treatment with the Incredible Years program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 559–65. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0083-y>
- Edwards, R., y Hans, S. (2015). Infant risk factors associated with internalizing, externalizing, and co-occurring behavior problems in young children. *Developmental Psychology*, 51(4), 489–499. <https://doi.org/10.1037/a0038800>
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente C., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: Concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, 41, 193–211. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.1.193>

- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T. L., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., Zhou, Q., y Losoya, S. H. (2009). Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental Psychology*, 45, 988–1008. <https://doi.org/10.1037/a0016213>
- Elliott, A. C., y Woodward, W. A. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook with SPSS examples*. Sage Publications.
- El-Sheikh, M., Cummings, E. M., Kouros, C. D., Elmore-Staton, L., y Buckhalt, J. (2008). Marital psychological and physical aggression and children's mental and physical health: Direct, mediated, and moderated effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 138–148. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.138>
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., y Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841–50. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>
- Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J. L., Vos, T., Whiteford, H. A., y Scott, J. G. (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 328–336. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12186>
- Essau, C. A., y Ollendick, T. H. (2013). *The Super Skills for Life Programme*. University of Roehampton.
- Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., y Ollendick, T. H. (2014). Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and

behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 167, 261–267.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.056>

Essau, C. A., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B., y Ollendick, T. H. (2019). Evaluating the real-world effectiveness of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic programme for emotional problems in children in a regular school setting. *Journal of Affective Disorders*, 253, 357–365.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.036>

Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., y Kraemer, H. C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 728–737. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046849.56865.1D>

Evans, S. W., Owens, J., y Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527–551.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700>.

Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., y Hood, K. K. (2001). Parent–child interaction therapy with behaviour problem children: One- and two-year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 1–20. [https://doi.org/10.1300/J019v23n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J019v23n04_01)

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237.  
<https://doi.org/10.1080/15374410701820117>



- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237. <https://doi.org/10.1080/153744107018201>
- Eyberg, S., y Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fanti, K. A., y Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, 46, 1159–1175. <https://doi.org/10.1037/a0020659>
- Farrington, D., y Loeber, R. (1999). Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency. En P. Cohen, C. Slomkowski, y L. N. Robins (Eds.), *Historical and Geographical Influences on Psychopathology* (pp. 299–329). Lawrence Erlbaum.
- Farrington, D., y Welsh, B. C. (2007). *Saving children from a life of crime: early risk factors and effective interventions*. Oxford University Press.
- Farrington, D. P., Gallagher, B., Morley, L., Ledger, R. J. St., y West, D. (1988). Are there any successful men from criminogenic backgrounds? *Psychiatry*, 51, 116–130. <https://doi.org/10.1080/00332747.1988.11024387>

- Feng, X., Shaw, D. S., y Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 32–47. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.32>
- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 6*(3), 24–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.3.3>
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., y Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program Super Skills for Life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema, 31*, 298–304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., y Essau, C. (2019). One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: a school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 262*, 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics, 4th ed.* Sage.
- Frick, P. J. y Kimonis, E. (2008). Externalizing disorders. En J. E. Maddux y B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Contemporary issues, theory, and research* (pp. 349–374). Erlbaum.
- Frick, P. J. (2006). Developmental pathways to conduct disorder. *Child Psychiatric Clinics of North America, 15*, 311–332. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.11.003>

- Frick, P. J., y Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 54–68. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_6](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_6)
- Frick, P. J., Barry, C. T., y Kamphaus, R. W. (2010). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior* (3rd ed.). Springer.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., y Dane, H. A. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 457–470. <https://doi.org/10.1023/a:1023899703866>
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Bodin, S. D., Dane, H. A., Barry, C. T., y Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 246–260. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.39.2.246>
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S., y Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008225. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>
- Gage, N.A. (2013). Characteristics of students with emotional disturbance manifesting internalizing behaviors: A latent class analysis. *Education and Treatment of Children*, 36, 127–145. <https://doi.org/10.1353/etc.2013.0038>
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

- Gartstein, M. A., Putnam, S. P., y Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, *33*, 197–211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>
- Gilliom, M., y Shaw, D. S., (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, *16*, 313–333. <https://doi.org/10.1017/s0954579404044530>
- Goldberg, D. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. NFER-Nelson, Windsor.
- Goodman, R., (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *38*, 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., y Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Granic, I. (2014). The role of anxiety in the development, maintenance, and treatment of childhood aggression. *Development and Psychopathology*, *26*(4), 1515–1530. <https://doi.org/10.1017/S0954579414001175>
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M., Goring, J. C., y Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry* *159*(7), 1214–1224. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1214>
- Gregg, P., y Machin, S. (1999). Childhood disadvantage and success or failure in the labour market. En D. Blanchflower y R. Freeman (Eds.), *Youth Employment and Joblessness in Advanced Countries*. National Bureau of Economic Research.

- Griffith-Lending, M. F. H., Huijbregts, S. C. J., Mooijaart, A., Vollebergh, W. A. M., y Swaab, H. (2011). Cannabis use and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence: a TRAILS study. *Drug Alcohol Depend* 116(1–3), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.druga.2010.11.024>
- Gross, H. E., Shaw, D. S., y Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 693–709. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9224-x>
- Gutman, L. M., Joshi, H., y Schoon, I. (2019). Developmental trajectories of conduct problems and cumulative risk from early childhood to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 181–198. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0971-x>
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., y Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression. Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183–1192. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00148-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00148-5)
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayatbakhsh, M. R., Mcgee, T. R., Bor, W., Najman, J. M., Jamrozik, K., y Mamun, A. A. (2008). Child and adolescent externalizing behavior and cannabis use disorders in early adulthood: An Australian prospective birth cohort study. *Addictive Behaviors*, 33(3), 422–438. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.004>

- Hayden, E. P., y Mash, E. J. (2014). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 3–72). Guilford Press.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37, 192–197.
- Hinnant, J. B., y El-Sheikh, M. (2013). Codevelopment of externalizing and internalizing symptoms in middle to late childhood: Sex, baseline respiratory sinus arrhythmia, and respiratory sinus arrhythmia reactivity as predictors. *Development and Psychopathology*, 25(2), 419–436. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001150>
- Hoeve, M., Blokland, A., Dubas, J. S., Loeber, R., Gerris, J. R., y van der Laan, P. H. (2008). Trajectories of delinquency and parenting styles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 223–235. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9172-x>
- Hofstra, M. B., van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 182–189. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00012>
- Hubbard, J. A., Smithmyer, C. M., Ramsden, S. R., Parker, E. H., Flanagan, K. D., Dearing, K. F., Relyea, N., y Simons, R. F. (2002). Observational, physiological, and self-report measures of children's anger: Relations to reactive versus proactive aggression. *Child Development*, 73, 1101–1118. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00460>

- Husky, M. M., Boyd, A., Bitfoi, A., Carta, M. G., Chan-Chee, C., Goelitz, D., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., Pez, O., Shojaei, T., y Kovess-Masfety, V. (2018). Self-reported mental health in children ages 6–12 years across eight European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 785–795. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1073-0>
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., Eames, C., y Edwards, R. T. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 334 (7595), 678. <https://doi.org/10.1136/bmj.39126.620799.55>
- Jarrett, M., Siddiqui, S., Lochman, J., y Qu, L. (2014). Internalizing problems as a predictor of change in externalizing problems in at-risk youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(1), 27–35. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.764823>
- Johnston, C., y Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 74–79.
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (suppl 54), s5–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Kaehler, L. A., Jacobs, M., y Jones, D. J. (2016). Distilling common history and practice elements to inform dissemination: Hanfmodel BPT programs as an example. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 236–258. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0210-5>

- Kazdin, A. (1997). Parent management training: evidence, outcomes and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1349–1356.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199710000-00016>
- Keiley, M. K., Lofthouse, N., Bates, J. E., Dodge, K. A., y Pettit, G. S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 267–283. <https://doi.org/10.1023/a:1023277413027>
- Kesleman, H. J., Othman, A. R., y Wilcox, R. R. (2016). Generalized linear model analyses for treatment group equality when data are non-normal. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 15(1), 4.  
<https://doi.org/10.22237/jmasm/1462075380>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., y Bedirhan Ustün, T. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359–364.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Khalifa, N., Duggan, C., Howard, R., y Lumsden, J. (2012). The relationship between childhood conduct disorder and adult antisocial behavior is partially mediated by early-onset alcohol abuse. *Personality Disorders*, 3(4), 423–432.  
<https://doi.org/10.1037/a0027017>.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., y Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709–717. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>.



- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Mason, W. A., Herrenkohl, T. I., Lengua, L. J., y McCauley, E. (2010). Assessment of behavior problems in childhood and adolescence as predictors of early adult depression. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 118–127. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9138-0>
- Kretschmer, T., Hickman, M., Doerner, R., Emond, A., Lewis, G., Macleod, J., Maughan, B., Munafò, M. R., y Heron, J. (2014). Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: findings from the ALSPAC study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0488-5>
- Kruh, I. P., Frick, P. J., y Clements, C. B. (2005). Historical and personality correlates to the violence patterns of juveniles tried as adults. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 69–96. <https://doi.org/10.1177/0093854804270629>
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R. L., Fisman, S., Greenhill, L. L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., y Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11–28. [https://doi.org/10.1016/s0924-977x\(03\)00045-2](https://doi.org/10.1016/s0924-977x(03)00045-2)
- Lahey, B. B., y Loeber, R. (1994). *Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder*. En D. K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 139–180). Plenum.

- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., y Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896–902. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.896>
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., y Mørck, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 42–52. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0702-z>
- Laurent, H. K. (2014). Clarifying the contours of emotion regulation: Insights from parent-child stress research. *Child Development Perspectives*, 8, 30–35. <https://doi.org/10.1111/cdep.12058>.
- Laursen, B. P., y Hoff, E. (2006). Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377–389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Liang, K. Y., y Zeger, S. L. (1998). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73, 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
- Lillig, M. (2018). Conduct Disorder: Recognition and Management. *American Family Physician*, 98(10), 584–592.
- Ling, Y., Huebner, E. S., Yuan, H., Li, Z., y Liu, W. (2016). Subtyping of strengths and difficulties in a Chinese adolescent sample: A latent class analysis. *Child Indicators Research*, 9(4), 933–948. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9348-9>
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional and defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part 1. *Journal of the*

*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468–84.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>

Loeber, R., Burke, J. D., y Lahey, B. B. (2002) What are the adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 24–36.  
<https://doi.org/10.1002/cbm.484>

Loeber, R., Burke, J., y Pardini, D. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 133–142. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x>

Loney, B. R., Frick, P. J., Clements, C. B., Ellis, M. L., y Kerlin, K. (2003). Callous unemotional- traits, impulsivity, and emotional processing in antisocial adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 139–152.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-018-0971-x>

Long, C. E., Gurka, M. J., y Blackman, J. A. (2008). Family stress and children's language and behaviour problems. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(3), 148–157. <https://doi.org/10.1177/0271121408318678>

López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez- Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, S., y Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.002>

Luoma, I., Kaukonen, P., Mäntymaa, M., Puura, K., Salmelin, R., y Tamminen, T. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 35, 37–52. <https://doi.org/10.1023/b:chud.0000039319.96151.63>

- Magaz, A., y García, P. (1998). *Perfil de estilos educativos. PEE*. Albor-COHS.
- Magnusson, D. (2003). The person approach: Concepts, measurement models, and research strategy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 101, 3–23. <https://doi.org/10.1002/cd.79>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., y Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother–infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 379–386. <https://doi.org/10.1080/08039480600937280>
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Latva, R., Salmelin, R. K., y Tamminen, T. (2012). Predicting Internalizing and Externalizing Problems at Five Years by Child and Parental Factors in Infancy and Toddlerhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 153–170. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0255-0>
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., Van Haselen, R., Griffin, M., y Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: A randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>
- McElroy, E., Shevlin, M., y Murphy, J. (2017). Internalizing and externalizing disorders in childhood and adolescence: a latent transition analysis using ALSPAC data. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.003>

- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J.P., y Morales, A. (2021). Spanish version of Super Skills for Life in individual modality: Improvement of children's emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2187–2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., y Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
- Mesman, J., Bongers, I. L., y Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 679–689. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00763>
- Mesman, J., y Koot, H. M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-I V diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1029–1036. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00011>
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Miller, J. L., Vaillancourt, T., y Boyle, M. H. (2009). Examining the heterotypic continuity of aggression using teacher reports: Results from a national Canadian study. *Social Development*, 18, 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00480.x>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*. (Consultado el 17/08/2021). <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>

- Moffitt, T. E., y Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, *13*, 355–375.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579401002097>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. L., y Milne, B. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, *14*, 179–207.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579402001104>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life course persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, *100*(4), 674–701.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., Slutske, W. S., y Viding, E. (2008). DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 3–33.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., y Milne, B. J. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, *14*, 179–207.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579402001104>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., y Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, *14*, 179–207.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579402001104>

- Morales, A., Rodríguez-Menchón, M., Tomczyk, S., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2021). Internalizing and externalizing symptoms in Spanish children aged 6-8: Results of a latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 617–623. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.066>
- Morcillo, C., Duarte, C. S., Sala, R., Wang, S., Lejuez, C. W., Kerridge, B. T. y Blanco, C. (2012). Conduct disorder and adult psychiatric diagnoses: associations and gender differences in the U.S. adult population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.012>
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., y Ollendick, T. H. (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. Springer.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Parent-Training/Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders*. NICE Technology Appraisal TA102.
- Nelson, D. A., y Coyne, S. M. (2009). Children's intent attributions and feelings of distress: Associations with maternal and paternal parenting practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 223–237. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9271-3>
- Nixon, R. D., Sweney, L., Erickson, D. B., y Touyz, S. W. (2004). Parentchild interaction therapy: one-and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 263–271. <https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000026140.60558.05>
- Nock, M., Kazdin, A., Hiripi, E., y Kessler, R. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey

Replication. *Psychological Medicine*, 36, 699–710.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291706007082>

Odgers, C. L., Caspi, A., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W.M., y Moffitt, T. E. (2007). Prediction of differential health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 476–486. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.4.476>

Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W. M. y Caspi, A. (2008). Females and male anti-social trajectories from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 672–716.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579408000333>

Oh, Y., Greenberg, M. T., Willoughby, M. T.; y Family Life Project Key Investigators. (2020). Examining longitudinal associations between externalizing and internalizing behavior problems at within and between child levels. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 467–480. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00614-6>

Oland, A. J., y Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 247–270.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-005-8808-z>

Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., y Wolff, J. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, AD/HD, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 1447–1471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.003>



- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Davis-Kean, P., Lansford, J. E., Sexton, H. R., Bates, J. E., Pettit, G. S., y Dodge, K. A. (2013). Deconstructing the externalizing spectrum: Growth patterns of overt aggression, covert aggression, oppositional behavior, impulsivity/inattention and emotion dysregulation between school entry and early adolescence. *Development and Psychopathology*, 25, 817–842. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000199>
- Orgilés, M., Espada, J. P., Essau, C., y Ollendick, T. (2019). *Programa Super Skills – Conducta. Manual del aplicador y cuaderno del participante*. Alicante: Ediciones Psicológica Praxis.
- Orgilés, M., Espada, J. P., Essau, C., y Ollendick, T. (2021). *Programa Super Skills. Manual del aplicador y cuaderno del participante*. Alicante: Ediciones Psicológica Praxis.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: Short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>.
- Östberg, M., y Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29, 615–625. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904\\_13](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2904_13)
- Patterson, G. R., y Yoerger K. (2002). A developmental model for early- and late-onset delinquency. En J. B. Reid, G. R. Patterson, y J. J. Snyder (Eds), *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model for Intervention* (pp. 147–172). American Psychological Association, 147–172.

- Patterson, G. R., Dishion, T. J., y Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. En T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 43–88). Plenum.
- Pedersen, M. U., Thomsen, K. R., Heradstveit, O., Skogen, J. C., Hesse, M., y Jones S. (2018). Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1551–1561. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1148-6>
- Pesenti-Gritti, P., Spatola, C. A. M., Fagnani, C., Ogliari, A., Stazi, M. A., y Battaglia, M. (2008). The co-occurrence between internalizing and externalizing behaviors: A general population twin study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 82–92. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0639-7>
- Petersen, I. T., Bates, J. E., Dodge, K. A., Lansford, J. E., y Pettit, G. S. (2015). Describing and predicting developmental profiles of externalizing problems from childhood to adulthood. *Development and Psychopathology*, 27, 791–818. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000789>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53, 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., y Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

- Ragelienė, T. (2016). Links of Adolescents Identity Development and Relationship with Peers: A Systematic Literature Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 97.
- Ramchandani, P., y Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*, 374, 646–653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5)
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, K., y Evans, J. (2008) Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 390–398. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429c2>
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K., y Essau, C.A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing children's emotional wellbeing in residential care institutions in low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Reid, J. B., Patterson, G. R., y Snyder, J. J. (2002). *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model for Intervention*. American Psychological Association.
- Rivenbark, J., Odgers, C. L., Caspi, A., Harrington, H. L., Hogan, S., Houts, R. M., Poulton, R., y Moffitt, T. E. (2018). The high societal costs of childhood conduct problems: Evidence from administrative records up to age 38 in a longitudinal birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 703–710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12850>

- Robst, J., y Weinberg, C. (2010). Childhood behavioral problems and dropping out of school. *Eastern Economic Journal*, 36(4), 523–538.  
<https://doi.org/10.1057/ej.2009.40>
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 42(12), 1435–1451.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.004>
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. M., y De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 265–279.
- Rosato, N. S., y Baer, J. C. (2012). Latent Class Analysis: A Method for Capturing Heterogeneity. *Social Work Research*, 36(1), 61–69.
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., y Conrard, E. D. (2009). Childhood temperament. In P. J. Corr y G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 177–190). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511596544.014>
- Sanders, M. R., y McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31(1), 89–112.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 181–184.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2016). *TCC de los trastornos de ansiedad: Innovaciones en niños y adolescentes*. Klinik.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J.C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez, y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. Manual Moderno.

Scott, S. (2005). Do parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? One year follow up of a multi-centre controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1–19. <https://doi.org/10.1017/S135246580500233X>

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., y Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191–193. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7306.191>

Scottish Executive (2001). *Scottish Executive Publications List*. The Stationary Office Bookshop.

Sedgwick, P., y Greenwood, N. (2015). Understanding the Hawthorne effect. *BMJ*, 351:h4672. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4672>

Seeyave, D. M., Coleman, S., Appugliese, D., Corwyn, R. F., Bradley, R. H., Davidson N. S., Kaciroti, N., y Lumeng, J. C. (2009). Ability to delay gratification at age 4 years and risk of overweight at age 11 years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164, 631–635. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.12>

- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K., y Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the revised children's manifest anxiety scale, the State-Trait Anxiety Inventory for children, and the Child Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 557–565. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303\\_13](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_13)
- Sentse, M., Kretschmer, T., de Haan, A., y Prinzie, P. (2017). Conduct problem trajectories between age 4 and 17 and their association with behavioral adjustment in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(8), 1633–1642. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0476-4>
- Shaw, D. S., Vondra, J. I., Hommerding, K. D., Keenan, K., y Dunn, M. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems: a longitudinal study of low income families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1109–1122. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01812.x>
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. I., Keenan, K., y Winslow, E. B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679–699. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007367>
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Biswas, A., MacLean, M. G., Babinski, D. E., y Karch, K. M. (2011). The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 21–32. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9443-9>
- Siegel, S. (1957). Nonparametric statistics. *The American Statistician*, 11, 13–19.

- Sourander, A., y Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 415–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0475-6>
- Spitzer, R. L., Davies, M., y Barkley, R. A. (1990). The DSM-III-R field trials of disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 690–697. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00003>
- Stanger, C., Achenbach, T. M., y Verhulst, F. C. (1997). Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Development and Psychopathology*, 9, 43–58. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001053>.
- Ştefan, C. A., y Avram, J. (2017). Investigating direct and indirect effects of attachment on internalizing and externalizing problems through emotion regulation in a cross-sectional study. *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2311–2323. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0723-7>.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Kuijpers, R. C. W. M., y Janssens, J. M. A. M. (2015). Relations between internalizing and externalizing problems in early childhood. *Child Youth Care Forum*, 44, 635–653. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9296-4>
- Taylor, T. K., Eddy, J. M., y Biglan, A. (1999). Interpersonal skills training to reduce aggressive and delinquent behavior: limited evidence and the need for an evidence-based system of care. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 169–182. <https://doi.org/10.1023/a:1021855022385>

- Ter-Stepanian, M., Martin-Storey, A., Bizier-Lacroix, R., Dery, M., Lemelin, J., y Temcheff, C. E. (2019). Trajectories of verbal and physical peer victimization among children with comorbid oppositional defiant problems, conduct problems and hyperactive-attention problems. *Child Psychiatry & Human Development*, *50*, 1037–1048. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00903-7>
- Thapar, A., van den Bree, M., Fowler, T., Langley, K., y Whittinger, N. (2006). Predictors of antisocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*, 118–125. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0511-1>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., y Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *135*, e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>.
- Timmermans, M., van Lier, P. A. C., y Koot, H. M. (2009). Pathways of behavior problems from childhood to late adolescence leading to delinquency and academic underachievement. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *38*(5), 630–638. <https://doi.org/10.1080/15374410903103502>.
- Tremblay, R. E. (2003). Why socialization fails. En B. Lahey, T. E. Moffitt, y A. Caspi (Eds) (pp. 182–226), *Causes of conduct disorder and delinquency*. Guilford Press.
- Trentacosta, C. J., y Shaw, D. S. (2008). Maternal predictors of rejecting parenting and early adolescent antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 247–259. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9174-8>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., y Ormrod, R. (2010). Child mental health problems as risk factors for victimization. *Child Maltreatment*, *15*, 132–143. <https://doi.org/10.1177/1077559509349450>



- Van Zeijl, J., Mesman, J., Stolk, M. N., Alink, L. R. A., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., y Koot, H. M. (2006). Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 801–810. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01616.x>
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118–150. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.118>
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 105–124. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_11](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_11)
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52, 666–678.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583–593. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.3.583>.
- Webster-Stratton, C., y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93–109. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.1.93>
- Webster-Stratton, C., y Reid, M. J. (2010). The Incredible Years Program for children from infancy to pre-adolescence: Prevention and treatment of behavior problems.

- En M. Murrihy, A. Kidman, y T. Ollendick (Eds.), *A clinician's handbook for the assessment and treatment of conduct problems in youth* (pp. 139–162). Springer.
- Werry, J. S. (1968). Developmental Hyperactivity. *Pediatric Clinics of North America*, *15*(3), 581–599. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)32162-9](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)32162-9)
- Widiger, T. A., De Clercq, B., y De Fruyt, F. (2009). Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective. *Development and Psychopathology*, *21*, 771–791. <https://doi.org/10.1017/S095457940900042X>
- Wiesner, M., y Capaldi, D. M. (2003). Relations of childhood and adolescent factors to offending trajectories of young men. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *40*, 231–262. <https://doi.org/10.1177/0022427803253802>
- Wiggins, J. L., Mitchell, C., Hyde, L. W., y Monk, C. S. (2015). Identifying early pathways of risk and resilience: The codevelopment of internalizing and externalizing symptoms and the role of harsh parenting. *Development and Psychopathology*, *27*, 1295–1312. <https://doi.org/10.1017/S0954579414001412>
- Willcutt, E. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*, 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Williams, S., Dahan, J., Silverman, W. K., y Pettit, J. W. (2013). Heterogeneous classes of co-occurring externalizing symptoms in a sample of youth referred for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(3), 340–346. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.014>

- Willner, C.J., Gatzke-Kopp, L.M., y Bray, B.C. (2016). The dynamics of internalizing and externalizing comorbidity across the early school years. *Development and Psychopathology*, 28, 1033–1052. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000687>
- Wolff, J. C., y Ollendick, T. H. (2010). Conduct problems in youth: Phenomenology, classification, and epidemiology. En R. C. Murrihy, A. D. Kidman, y T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 3–20). Springer.
- Wolff, J., y Ollendick, T. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3), 201–220. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>
- Yoshimasu, K., Barbareasi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., y Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1036–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>
- Zakaria, S., Sasagawa, S., y Essau, C.A. (2021). Exploring the impact of a Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy-based Intervention on a group of Malaysian Adolescents with Problematic Drug Use and Emotional Problems. *Addictive Behaviors Reports*, 5(14), 100381. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100381>
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., y Larrieu, J. A. (1997) Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 165–178. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00007>

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 155–168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>

Zeman, J., Shipman, K., y Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 393–398. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103\\_11](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_11)



# 9. ANEXOS





# ANEXO 1

## **Internalizing and externalizing symptoms in Spanish children aged 6-8: Results of a latent profile analysis**

Alexandra Morales <sup>a</sup>, Miriam Rodríguez-Menchón <sup>a</sup>, Samuel Tomczyk <sup>b</sup>,

Iván Fernández-Martínez <sup>a</sup>, Mireia Orgilés <sup>a</sup> & José P. Espada <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Miguel Hernández University, Spain*

<sup>b</sup> *University of Greifswald, Germany*

Artículo publicado en *Journal of Affective Disorders* en 2021

Factor de Impacto 2020 = 4.839

Cuartil 2 de la categoría Psychiatry – Journal Citation Reports, puesto 40 de 156

### **Referencia:**

Morales, A., Rodríguez-Menchón, M., Tomczyk, S., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., & Espada, J. P. (2021). Internalizing and externalizing symptoms in Spanish children aged 6-8: Results of a latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 617-623. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.066





# Internalizing and externalizing symptoms in Spanish children aged 6-8: Results of a latent profile analysis

Alexandra Morales<sup>a</sup>, Miriam Rodríguez-Menchón<sup>a,\*</sup>, Samuel Tomczyk<sup>b</sup>, Iván Fernández-Martínez<sup>a</sup>, Mireia Orgilés<sup>a</sup>, José P. Espada<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Miguel Hernández University, Spain

<sup>b</sup> University of Greifswald, Germany

---

## ARTICLE INFO

### Keywords:

Latent Class Analysis

EXternalizing

Internalizing

Co-occurrence

Young children

## ABSTRACT

**Background:** Internalizing and externalizing problems are widely addressed in research. However, most studies use variable-centred approaches and ignore the possible co-occurrence of both types of symptoms. This study aimed to identify homogeneous groups of children with similar psychological difficulties and strengths, using latent profile analysis as a person-centred approach.

**Methods:** The parents of 107 Spanish children aged 6 to 8 years completed the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

**Results:** The results revealed the existence of four latent groups. The children who belonged to the *high difficulties* group showed the most severe symptoms in emotional problems, peer problems and hyperactivity. The children classified in the *externalizing* group showed high levels of hyperactivity, behavioral problems, and emotional problems. On another hand, the *internalizing* profile grouped children with emotional and peer problems. Finally, the *well-adjusted* group showed an adequate psychological adjustment in all evaluated variables. High difficulties were associated with lower educational attainment of their parents.

**Limitations:** Data were reported from a single source of information, father or mother. Also, the socio-demographic variables that were related to each one of the four profiles only considered the age and educational level of the main informant.

**Conclusions:** These data suggest that co-occurrence of symptoms is very high in young Spanish children. It is essential to carry out clinical assessments that include both types of symptoms. Considering externalization and internalization as independent and exclusive phenomena can compromise the effectiveness of psychological treatments and preventive programs.

---

## 1. Introduction

The prevalence of psychological problems in children and adolescents is around 13.4 – 22% (Husky et al., 2018; Polanczyk et al., 2015). A recent study conducted with children aged 6 to 11 years from eight European countries found that 18.4% of children reported some internalizing problem, and 7.8% manifested some externalizing problem (Husky et al., 2018). The terms "internalizing" and "externalizing" are widely used to describe two common types of psychopathological problems (Achenbach et al., 2016). Externalizing problems are considered the behavioural symptoms that include hyperactivity, behavioural problems and aggressive behaviour, whereas internalizing problems

refer to internal symptoms such as sadness, depression, anxiety, fears, social withdrawal and somatic complaints (Gage, 2013; Willner et al., 2016).

Early development of internalizing and externalizing problems may involve future antisocial and depressive psychopathological problems in child, adolescent and adult populations (Fanti and Henrich, 2010). Moreover, the early presence of externalizing problems can be a risk factor for early substance use in adolescence (Colder et al., 2013). Similarly, there is growing scientific evidence suggesting that children who show early externalizing symptoms are at greater risk of developing future internalizing problems (McElroy et al., 2017; Willner et al., 2016).

However, despite a multitude of studies aimed at understanding these problems in childhood, the possible co-occurrence of internalizing and externalizing symptoms is often overlooked (Edwards and Hans, 2015; Eisenberg et al., 2009; Gilliom and Shaw, 2004; Oland and Shaw, 2005). The high correlations found between these two apparently independent classifications lead to the suspicion that the comorbidity is higher and more complex than initially believed (Achenbach et al., 2016; Bornstein et al., 2010; Keily et al., 2003; Willner et al., 2016). In this line, Oland and Shaw (2005) informed that studies aimed at evaluating internalizing symptoms may not have considered the presence of simultaneous externalizing problems, and vice versa. Fanti and Henrich (2010) added that this co-occurrence of symptoms develops at early ages, which can lead to different patterns of mixed symptomatology (Achenbach et al., 2016). Willner et al. (2016) hypothesized that comorbidity or co-occurrence between externalizing and internalizing symptoms could be due to a common underlying trait that increases vulnerability to developing psychological problems. Another possible explanation for the high co-occurrence is that the presence of externalizing problems is related to greater social problems that, over time, could lead to emotional problems (McElroy et al., 2017).

Most studies aimed at explaining the comorbidity of disorders have used a variable-centred approach (McElroy et al., 2017). This approximation assumes the existence of homogeneity within a sample (Laursen and Hoff, 2006). The scarcity of studies aimed at analyzing the existing heterogeneity in a population limits the study of important phenomena (Rosato and Baer, 2012). According to Stanley et al. (2016), the Latent Profile Analysis (LPA) is more rigorous and objective than other techniques (i.e. cluster analysis) to capture children's symptomatology heterogeneity. LPA identifies patterns of several variables, instead of the relationship between them, and it also captures complex contextual effects that are not possible to identify using traditional techniques (i.e. regression).

Recent studies have focused on identifying the different profiles of psychological symptoms that exist in the child population. Willner et al. (2016) found that American children aged 5 to 7 years, who showed high levels of aggression/oppositional behaviour, presented patterns of symptoms grouped into four categories: externalizing, internalizing, comorbid and well-adjusted. McElroy et al. (2017) conducted a study with 7-year-old children in the United Kingdom and also found four profiles: externalizing, internalizing, high-risk (or comorbid) and normative. In these studies the externalizing profile was represented by higher scores on aggression, hyperactivity, behavioural problems or oppositional/defiant behaviour; the internalizing profile was characterized by greater emotional problems and withdrawal and the well-adjusted group was characterised by very low scores on both internalizing and externalizing symptoms. Children classified in the comorbid subgroup or high difficulties showed both internalizing and externalizing symptoms. In contrast, Ling, Huebner, Yuan, Li, and Liu (2016) found a different configuration in Chinese adolescents. Specifically, the results of their analyses yielded three profiles (high difficulties, uncooperative and well-adjusted). Regarding factors associated with this symptomatology, Husky et al. (2018) found that the mother's educational level and age could be related to the presence of externalizing and/or internalizing problems. However, few studies have tried to identify which risk factors are related to each group of symptoms (Edwards and Hans 2015).

The high co-occurrence of internalizing and externalizing symptomatology in children, the need to carry out studies in different cultures and the scarcity of studies that adopt a person-centred approach (Ling et al., 2016; McElroy et al., 2017) underline the need for further progress in this area. The present study aimed to determine whether there are significant groups of children with similar emotional and behavioural difficulties, as well as strengths, through the use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a sample of young Spanish children. A second objective was to identify possible socio-demographic variables related to each subgroup. According to the literature review, we

expected to find at least four symptom profiles in children. Specifically, it was expected to find a structure similar to that found by other authors (externalizing, internalizing, comorbid and well-adjusted) (McElroy et al., 2017; Willner et al., 2016). Also, we expected to identify a profile characterized by the presence of both internalizing and externalizing symptoms. Finally, we hypothesized that the age and educational level of the parents would be associated differently with each group.

## 2. Method

### 2.1. Participants

Participants were 107 young children (47.7% were female). The sample was recruited from 22 schools in 19 towns located in the south-east of Spain. Children ranged in age from 6 to 8 years ( $M = 6.91$ ,  $SD = 0.80$ ). Most of them belonged to the middle socioeconomic level. Table 1 details children's and parents' characteristics.

### 2.2. Procedure

The sample of this study participated in a preventive intervention focusing on social anxiety. To carry out the study, the principals of 22 schools in southeast Spain were contacted. A total of 1400 families were informed of the objectives and conditions of the study. Participation was voluntary. The interested parents filled out an online form. Data were reported by one parent (father or mother). After analyzing the results, the children with a score equal to or higher than 3 in the Emotional Problems subscale of the SDQ - the cut-off point established to indicate borderline or abnormal symptoms (Goodman, 1997)- were selected. A total of 107 parents signed an informed consent after deciding to participate. The Ethics Committee of the authors' institution approved this work (DPS.MO.02.14).

## 3. Measures

### 3.1. Sociodemographics

The parents who participated in the study provided socio-

**Table 1**  
Demographic distribution of the sample of Spanish young children ( $N = 107$ ) and their parents according to parental reports

Variable	No	Percent (%)
Children's gender		
Male	56	52.3
Female	51	47.7
Children's age, years		
6	40	37.4
7	37	34.6
8	30	28
Children's siblings		
0	25	23.4
1	66	61.7
2	10	9.3
3	6	5.6
Parents' gender		
Male	19	17.8
Female	88	82.2
Parental Marriage Status		
Married	92	86
Divorced or separated	14	13.1
Single parent	1	0.9
Parental Educational attainment		
No studies/ Primary	20	18.7
Secondary	30	28
College	57	53.3
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Children's age	6.91	0.80
Parents' age	41.61	4.96

demographic data related to their children (gender, age and number of siblings), as well as information about their marital status, age, and educational level.

*The Strengths and Difficulties Questionnaire- Parent version (SDQ-P; Goodman, 1997)*

This questionnaire consists of 25 items distributed in 5 subscales: Conduct Problems, Emotional Problems, Hyperactivity/Inattention, Peer Problems and Prosocial Behaviour. The response scale ranges from 0 (*not true*) to 2 (*certainly true*). The range of possible scores on each subscale varies from 0 to 10. The internal consistency of the total SDQ score in this study was excellent ( $\alpha = .89$ ), according to the criteria established to evaluate the quality of tests (Hernández et al., 2016). The internal consistency obtained in the subscales was: Conduct Problems ( $\alpha = .80$ ), Emotional Symptoms ( $\alpha = .74$ ), Hyperactivity ( $\alpha = 0.82$ ), Peer Problems ( $\alpha = .86$ ) and Prosocial Behaviour ( $\alpha = .80$ ).

### 3.2. Statistical analysis

*Latent class modeling.* Latent class analysis was chosen, because this type of analysis allows classifying the sample in homogeneous subgroups, despite the heterogeneity that exists in a specific population (Stanley et al., 2016). Thus, it is possible to study the co-occurrence of symptoms and allow advancing in the understanding which traditional classifications erroneously considered as independent and exclusive. This is particularly relevant for the development of internalizing and externalizing problems in early childhood.

Latent class models (i.e., latent profile models) were computed using scale values of the five subscales of the SDQ via Mplus 8 (Muthén and Muthén, 1998-2017). Given that the sample was rather small, we used continuous values of the subscales instead of single-item measures. In addition, as the sample was part of a preventive intervention focusing on social anxiety (pretest data were used), we decided to use all five subscales instead of the two broad categories of internalizing and externalizing problems, to precisely capture between-group differences, as suggested by previous research (Goodman et al., 2010). For model estimation, robust maximum likelihood estimation (command MLR in Mplus) was chosen with 2000 sets of random start values. The estimation process started with one latent profile and continued by increasing the number of latent profiles while comparing model fit.

To identify the best solution, overall model fit, parameter sparseness, classification quality and theoretical tenability of latent profile models are important (Nylund et al., 2007; Tomczyk et al., 2016; Tomczyk et al., 2018). To measure overall fit, the bootstrapped likelihood ratio test (BLRT) compares the estimated model to a model with one less latent group: A significant value indicates a better fit of the estimated model. To achieve reliable estimates, we chose 100 random starts with 50 bootstrap draws for each comparison. Parameter sparseness can be approximated using information criteria, such as the Akaike Information Criterion (AIC) and the sample-size adjusted Bayes Information Criterion (BIC), where a lower value indicates sparseness. Classification quality refers to the distinction between latent groups that can be inspected via average latent class probabilities (ALCP) and entropy. Values of ALCP and entropy range between 0 and 1; the closer to 1, the higher the classification quality. A value of at least .7 is recommended (Nylund et al., 2007). Finally, latent classes and profiles have to possess theoretical tenability in the context of relevant literature and theory. Therefore, the best latent profile solution is selected through a combination of statistical criteria as well as content validity.

Subsequently, for the selected model, scores on the SDQ subscales were compared among latent profiles using analysis of variance (ANOVA) and Scheffé test to determine which groups differed significantly. An analysis by cross-tabulation was conducted to determine whether there were differences in socio-demographic variables (gender, age, number of siblings, family situation and parents' educational attainment) by class membership. Parents' age was analyzed using ANOVA because of the continuous nature of the variable. We reported

effect size by eta-squared ( $\eta^2$ ) and Cramer's *V*, respectively, to evaluate the clinical significance of the statistically significant findings. Following Cohen (2013),  $\eta^2$  was interpreted as follows: small (.01 to

0.06), medium (.06 to .14) and large (higher than .14); and for Cramer's *V*: small (.01), medium (.30) and large (.50). The description of the sample, cross-tabulation and ANOVA were run using SPSS v25. All analyses were based on  $\alpha = .05$ .

## 4. Results

### 4.1. Latent profile models

To identify the best model, statistical criteria and interpretability of latent profiles were considered (see 2.4.1. Latent class modeling for details). Model fit criteria for models with up to six latent profiles are shown in Table 2. Although entropy, AIC and SSABIC favoured a model with six latent profiles, BLRT showed that assuming more than four latent profiles did not significantly increase model fit ( $p > .05$ ). Evidently, the differences in information criteria between two consecutive models were noticeably smaller following the model with four latent profiles. Finally, entropy and ALCP ( $> .8$ ), as well as theoretical interpretability, were equally convincing for a model with four latent profiles; therefore, we chose this model for further examination.

Across all latent profiles, prosocial behaviour was the highest-rated scale (all mean values  $> 6$ ) and did not seem to differentiate between latent profiles. However, the remaining four subscales pointed to a clear distinction between profiles.

The first latent profile (*high difficulties*;  $n = 17$ ) was characterized by very high values across all problem behaviours (except for conduct problems) and the lowest values for prosocial behaviour. The second profile (*externalizing*;  $n = 16$ ) was characterized by the highest value for conduct problems, high emotional problems, very high hyperactivity and very low peer problems. The third profile (*internalizing*;  $n = 23$ ) had the second-highest value for peer problems and was almost tied in emotional problems. Conduct problems and hyperactivity were less pronounced. Finally, the fourth profile (*well-adjusted*;  $n = 51$ ) was the largest group and had the lowest values across all four problem behaviours and, at the same time, the highest value for prosocial behaviour. Estimated mean values with confidence intervals and latent profile proportions are shown in Figure 1.

### 4.2. Association between the subscales of the SDQ and latent classes

The results of ANOVA to analyze possible differences in SDQ subscale scores by latent profiles are summarized in Table 3. All of the *F*-values were statistically significant and the  $\eta^2$  ranged from .10 to .84, indicating medium to large effect sizes. Children belonging to the *high difficulties* group showed a higher score in emotional symptoms (compared to the Well-adjusted group), higher score in conduct problems (compared to the Internalizing and Well-adjusted groups), higher score in peer problems (compared to the other groups) and a lower score in prosocial behaviour (compared to the Well-adjusted group).

The *externalizing* symptoms group had higher scores in emotional symptoms (compared to the well-adjusted group), conduct problems (compared to the internalizing and well-adjusted groups) and hyperactivity (compared to the Internalizing and well-adjusted groups). Children belonging to the *internalizing* group presented a higher level of emotional symptoms (compared to the well-adjusted group) and peer problems (compared to the externalizing and the well-adjusted groups). The *well-adjusted* group showed a higher score in prosocial behaviour (compared to the High difficulties group), and the lowest score in emotional symptoms (compared to the rest), conduct problems (compared to the high difficulties and externalizing groups), hyperactivity (compared to the high difficulties and externalizing groups), and peer problems (compared to the rest).

Model fit criteria for latent profile analyses of psychopathological symptoms measured by the Strengths and Difficulties Questionnaire in a sample of Spanish children ( $N = 107$ )

	1 class	2 classes	3 classes	4 classes	5 classes	6 classes
Free parameters	10	16	22	28	34	40
BLRT	-	67.64***	25.18***	<b>26.48***</b>	20.06	14.82
AIC	2399.37	2343.73	2330.54	2316.06	2308.00	<b>2305.19</b>
SSABIC	2394.50	2335.94	2319.84	2302.43	2291.46	<b>2285.72</b>
Entropy	1.00	0.78	0.78	0.86	0.89	<b>0.91</b>
ALCP	1.00	0.95	0.92	0.93	0.92	0.99
		0.92	0.90	0.82	0.96	0.96
			0.89	0.96	0.89	0.83
				0.94	0.91	0.92
					0.91	0.96
						0.97

Note. BLRT bootstrapped likelihood ratio test; AIC Akaike Information Criterion; SSABIC sample-size-adjusted Bayes Information Criterion; ALCP average latent class probabilities; \*\*\*  $p < .001$ ; fit criteria indicating the best model are printed in bold.

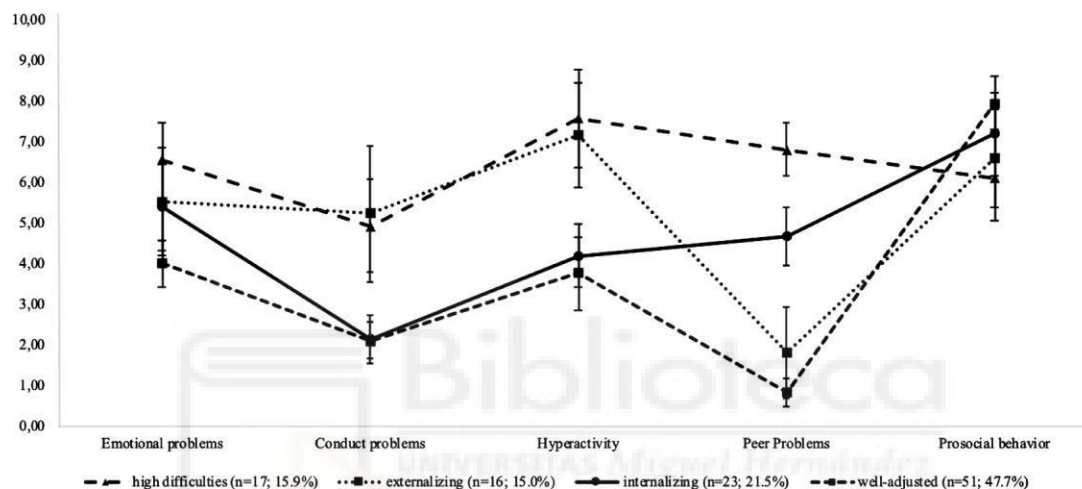


Figure 1. Estimated mean values with 95%-confidence intervals of Strengths and Difficulties Questionnaire subscales as well as estimated proportions of the identified four latent profiles in a sample of Spanish children ( $N=107$ ). Each scale has a possible range from 0 (low extent of symptoms) to 10 (high extent of symptoms)

Table 3

Analysis of variance of subscales of the Strengths and Difficulties Questionnaire between latent profiles ( $M \pm SD$ )

	High difficulties (1) $n=17$	Externalizing (2) $n=16$	Internalizing (3) $n=23$	Well-adjusted (4) $n=51$	$F$	$p$	Direction	$\eta^2$
Emotional symptoms	6.59 $\pm$ 1.80	5.63 $\pm$ 2.12	5.35 $\pm$ 1.92	3.96 $\pm$ 1.63	10.90	<.001	1 > 4 2 > 4 3 > 4	.24
Conduct problems	4.88 $\pm$ 1.90	5.31 $\pm$ 1.44	2.04 $\pm$ 1.22	2.08 $\pm$ 1.26	35.74	<.001	1 > 4 1 > 3 2 > 4 2 > 3	.51
Hyperactivity	7.53 $\pm$ 2.23	7.31 $\pm$ 1.70	4.17 $\pm$ 1.77	2.67 $\pm$ 2.39	21.46	<.001	1 > 4 1 > 3 2 > 4 2 > 3	.38
Peer problems	6.88 $\pm$ 1.05	1.88 $\pm$ 1.25	4.65 $\pm$ 0.98	0.80 $\pm$ 0.89	193.40	<.001	1 > 2 1 > 4 1 > 3 2 > 4 3 > 2 3 > 4	.84
Prosocial	6.18 $\pm$ 1.87	6.63 $\pm$ 1.74	7.30 $\pm$ 2.18	7.92 $\pm$ 1.98	4.10	.009	4 > 1	.10

#### 4.3. Association between socio-demographic variables and latent classes

Cross tabulation analysis found no differences in children's gender and age, number of siblings of children, and family situation among the four latent profiles (Table 4). There was a statistically significant

difference in parents' educational attainment among the four latent profiles, with a medium effect size ( $p < .01$ , Cramer's  $V = .26$ ). Children belonging to the *high difficulties* groups were more likely to have parents with no studies or primary studies (47.1%) or parents with higher education (41.2%). More than half of the children belonging to the



**Table 4**

Results of the chi-square associating sociodemographic variables and latent class memberships, N (%)

	High difficulties (1) <i>n</i> =17	Externalizing (2) <i>n</i> =16	Internalizing (3) <i>n</i> =23	Well-adjusted (4) <i>n</i> =51	$\chi^2$	<i>p</i>
Gender					2.49	.47
Male	9 (52.9)	11 (68.8)	10 (43.5)	26 (51)		
Female	8 (47.1)	5 (31.2)	13 (56.5)	25 (49)		
Age, years					3.86	.69
6	7 (41.2)	5 (31.3)	6 (26.1)	22 (43.1)		
7	7 (41.2)	5 (31.3)	10 (43.5)	15 (29.4)		
8	3 (17.6)	6 (37.5)	7 (30.4)	14 (27.5)		
Siblings					8.67	.46
0	4 (23.5)	3 (18.8)	7 (30.4)	11 (21.6)		
1	9 (52.9)	10 (62.5)	16 (69.6)	31 (60.8)		
2	2 (11.8)	1 (6.3)	0 (0)	7 (13.7)		
3	2 (11.8)	2 (12.5)	0 (0)	2 (3.9)		
Parents' gender					4.45	.21
Male	6 (35.3)	2 (12.5)	4 (17.4)	7 (13.7)		
Female	11 (64.7)	14 (87.5)	19 (82.6)	44 (86.3)		
Parental Marriage Status					7.42	.28
Married	14 (82.4)	12 (75)	21 (91.3)	45 (88.2)		
Divorced or separated	3 (17.6)	4 (25)	1 (4.3)	6 (11.8)		
Single parent	0 (0)	0 (0)	1 (4.4)	0 (0)		
Parental Educational attainment					15.27	.01
No studies/ Primary	8 (47.1)	4 (25)	3 (13)	5 (9.8)		
Secondary	2 (11.8)	2 (12.5)	8 (34.8)	18 (35.3)		
College	7 (41.2)	10 (62.5)	12 (52.2)	28 (54.9)		
Parents' age	42.08 (5.23)	38.50 (2.71)	43.33 (5.90)	41.64 (4.65)	<i>F</i>	<i>p</i>
					2.88	.04

externalizing (62.5%) and internalizing problems (52.2%) and the well-adjusted group (54.9%) had parents with higher education. Parents whose children belonged to the internalizing group were significantly older than parents whose children belonged to the externalizing group ( $\eta^2 = .08$ ).

## 5. Discussion

The main objective of this study was to identify subgroups of Spanish children with similar difficulties and strengths. A second objective aimed to determine possible factors associated with the different groups.

The Latent Class Analysis, which allows the heterogeneity of a sample to be classified into homogeneous subgroups, revealed that the four-class structure provided the best approximation to the data. To reach these conclusions, the fit to models configured with different numbers of latent classes was analyzed. The four-class model was chosen for various reasons. Firstly, although the results of the six-class model showed a slightly better fit, the BLRT index did not show a significant increase compared to the four-class model. Furthermore, the principle of parsimony and the classification quality, assessed through the AIC, SSABIC and entropy indexes, indicated that the selection of the six-class model did not lead to a substantial improvement over the four-class model. Finally, the existence of four latent profiles is in line with the findings of other researchers in recent years, which would justify the decision at the theoretical level. For example, Willner et al. (2016), in a study with American children aged 5-7 years, and McElroy et al. (2017), in a sample of English children aged 7 years, obtained four different profiles that correspond to those found in this study (*high risk* or *comorbid*, *externalizing*, *internalizing* and *well-adjusted* or *normative*). Obtaining four clearly differentiated profiles provides further evidence of the usefulness of SDQ, which is widely used in both clinical and research settings.

The *high difficulties* subgroup included 15.88% of the children. These children showed the highest scores in emotional problems, hyperactivity and peer problems. McElroy et al. (2017) and Willner et al. (2016) also found that the highest scores corresponded to the *high risk* or *comorbid* subgroup. However, the "anxiety" score obtained by American children was similar for both *comorbid* and *internalizing* profiles (Willner et al., 2016). It should be noted, because of their clinical relevance, that the socio-emotional and behavioural problems manifested by children with

co-occurring symptoms are characterised by high persistence (Briggs-Gowan et al., 2006). The high scores obtained and the number of children classified within this profile confirm the alerts that have been made in recent years: the relationship between internalizing and externalizing symptoms may be more complex and more common than expected, especially at early ages (e.g., Bornstein et al., 2010; Fanti and Henrich, 2010).

The children classified in the *externalizing* subgroup (14.95% of the children) obtained the highest score in behaviour problems, compared to the rest of the groups. However, the most common symptoms were hyperactivity and emotional problems. These data are not consistent with those found by McElroy et al. (2017) because the externalizing profile of this sample was fundamentally characterized by the presence of hyperactivity and behavioural problems. Willner et al. (2016) also found that conduct problems and hyperactivity were the most common manifestations of children classified within an externalizing profile. Despite this, Willner et al. (2016) already reported that other researchers did not identify any group of children whose psychopathological manifestation was exclusively externalized. The presence of emotional problems as one of the main psychopathological manifestations in this subgroup led us to consider two possible explanations. Firstly, it could be established that emotional problems originate as a consequence of previously manifested behavioural problems and hyperactivity. Gilliom and Shaw (2004) found that previous externalizing problems were related to the development of internalizing problems over time. Following this line, McElroy et al. (2017) hypothesized that externalizing problems would generate social problems with teachers, parents and peers, which would lead to the development of associated emotional problems. Secondly, we could hypothesize that behavioural problems and hyperactivity/inattention may develop because of the children's difficulties to manage their emotional problems. In this respect, young children could externalize their psychological distress through irritability, tantrums or aggression, for example (Willner et al., 2016). It should be noted that sociocultural variables and socioeconomic conditions can explain the possible differences between English, American and Spanish samples. Although the analyses carried out in a sample of young Spanish children allow us to extend the previous knowledge to a different culture (Ling et al., 2016), more cross-cultural research is needed to study the association between socio-cultural and socioeconomic conditions and children's behaviour.

In addition, we observed that the *internalizing* subgroup was the second-highest number of children (21.50%). This seems to coincide with recent studies conducted with European children, where internalizing problems were found to be more common than externalizing ones (Husky et al., 2018). Children classified in an *internalizing* profile showed mainly emotional problems and peer problems, symptoms that correspond to those traditionally included in this category (Goodman, 1997; Willner et al., 2016).

Finally, almost half of the Spanish children were classified within the *well-adjusted* group (47.66%). This group was the most numerous, and the children who belonged to it presented an adequate psychological adjustment in all the variables assessed, as expected (Ling et al., 2016; McElroy et al., 2017; Willner et al., 2016).

General considerations of the results found in *high difficulties* and *externalizing* profiles could lead us to consider hyperactivity as an observable symptom or indicative signal of both externalizing and combined problems. Also, the presence of internalizing problems at early ages does not exclude the possible presence of externalizing problems, and vice versa, so a careful and complete clinical assessment should be carried out before rushing to classify children into one category or another (Achenbach et al., 2016). In this sense, it is possible that psychological distress in early childhood manifests indistinctly through externalizing or internalizing symptoms (Willner et al., 2016).

Regarding the associated socio-demographic variables, no relationship was observed between the children's gender and age and their belonging to a particular group. However, significant differences were obtained in some variables related to parents, as expected. In this line, the analyses showed that approximately half of the parents of the children classified within the *high difficulties* subgroup had no studies or had primary studies. In contrast, more than half of the parents of children with *externalizing* and *internalizing* problems had college studies. Moreover, parents' older age was related to the presence of *internalizing* problems in children, and their younger age to *externalizing* problems.

Other researchers also found that the mother's age and educational level could be related to the development of externalizing and/or internalizing problems (e.g., Husky et al., 2018). The parents' age and their educational level seem to be directly or indirectly related to the emotional and behavioural management of their children. On another hand, higher age is probably associated with more experience and, therefore, greater skills to manage their children's externalizing problems. However, these hypotheses should be tested in future investigations.

This work is not without limitations. Firstly, it should be noted that the small sample size may have affected the results, hindering the achievement of statistically significant differences that would be obtained in larger samples. Secondly, the sample of this study participated in a preventive intervention focusing on social anxiety, what compromises the generalization of results. Also, the data were reported from a single source of information, father or mother. In this same line, the socio-demographic variables that were related to each one of the four profiles only considered the age and educational level of the main informant. It might be interesting to replicate the analyses by including socio-demographic information of both parents. However, despite the limitations, this study offers some additional evidence for the potential utility of the SDQ to the categorisation of children's capacities and difficulties into four profiles: internalizing, externalizing, high difficulties or well-adjusted. Future studies could aim to replicate these analyses and relate them to the presence of psychopathology in parents. In addition, as a relationship has been found between parental educational styles and the development of externalizing problems (Rinaldi and Howe, 2012), it would be useful to know how parental educational styles and skills relate to different groups (*high difficulties*, *externalizing*, *internalizing* and *well-adjusted*). Similarly, longitudinal studies would allow more precise conclusions to be drawn about the continuity of symptoms over time (Oland and Shaw, 2005).

The simultaneous presence of internalizing and externalizing

symptoms at early ages reaffirms that it is a mistake to understand these problems as independent and mutually exclusive (Achenbach et al., 2016). Conducting a comprehensive assessment process that includes the detection of both internalizing and externalizing symptoms will allow a better understanding of these disorders, which, in turn, will allow improving psychological treatment plans and preventive programs (Oland and Shaw, 2005). Likewise, an appropriate approach to these problems will significantly reduce the associated psychological problems and, therefore, economic, social and health cost.

## Funding sources

This work was supported by the Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) of Spain [grant number PSI2014-56446-P].

## References

- Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Rescorla, L.A., Turner, L.V., Althoff, R.R., 2016. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>.
- Bornstein, M.H., Hahn, C., Haynes, O.M., 2010. Social competence, externalizing, and internalizing behavioural adjustment from early childhood through early adolescence: developmental cascades. *Development and Psychopathology* 22, 717-735. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>.
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A.E., Horwitz, S.M., 2006. Are infant-toddler social-emotional and behavioural problems transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 849-858. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>.
- Cohen, J., 2013. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press, London.
- Colder, C.R., Scalco, M., Trucco, E.M., Read, J.P., Lengua, L.J., Wieczorek, W.F., Hawk, L.W., 2013. Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology* 41 (4), 667-677. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9701-0>.
- Edwards, R., Hans, S., 2015. Infant risk factors associated with internalizing, externalizing, and co-occurring behavior problems in young children. *Developmental Psychology* 51 (4), 489-499. <https://doi.org/10.1037/a0038800>.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T.L., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., Losoya, S.H., 2009. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental Psychology* 45, 988-1008. <https://doi.org/10.1037/a0016213>.
- Fanti, K.A., Henrich, C.C., 2010. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the NICHD Study of Early Child Care. *Developmental Psychology* 46, 1159-1175. <https://doi.org/10.1037/a0020659>.
- Gage, N.A., 2013. Characteristics of students with emotional disturbance manifesting internalizing behaviors: A latent class analysis. *Education and Treatment of Children* 36, 127-145. <https://doi.org/10.1353/etc.2013.0038>.
- Gilliom, M., Shaw, D.S., 2004. Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology* 16, 313-333. <https://doi.org/10.1017/s0954579404044530>.
- Goodman, A., Lamping, D.L., Ploubidis, G.B., 2010. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers

- and children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 38 (8), 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-X>.
- Goodman, R., 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 38, 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñoz, J., Prieto, G., Elosua, P., 2016. Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo* 37, 192-197.
- Husky, M.M., Boyd, A., Bitfoi, A., Carta, M.G., Chan-Chee, C., Goelitz, D., Kovess-Masfety, V., 2018. Self-reported mental health in children ages 6-12 years across eight European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry* 27, 785-795. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1073-0>.
- Keiley, M.K., Lofthouse, N., Bates, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., 2003. Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31, 267-283. <https://doi.org/10.1023/a1023277413027>.
- Laursen, B.P., Hoff, E., 2006. Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly* 52 (3), 377-389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>.
- Ling, Y., Huebner, E.S., Yuan, H., Li, Z., Liu, W., 2016. Subtyping of strengths and difficulties in a Chinese adolescent sample: A latent class analysis. *Child Indicators Research* 9 (4), 933-948. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9348-9>.
- McElroy, E., Shevlin, M., Murphy, J., 2017. Internalizing and externalizing disorders in childhood and adolescence: a latent transition analysis using ALSPAC data. *Comprehensive Psychiatry* 75, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.003>.
- Muthén, L.K., Muthén, B.O., 1998-2017. *Mplus User's Guide*, 8 ed. Muthén & Muthén, Los Angeles, CA.
- Nylund, K.L., Asparouhov, T., Muthén, B.O., 2007. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 14 (4), 535-569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>.
- Oland, A.A., Shaw, D.S., 2005. Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The Potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child & Family Psychology Review* 8, 247-270. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-8808-z>.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A., 2015. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56, 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
- Rinaldi, C., Howe, N., 2012. Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly* 27, 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2011.08.001>.
- Rosato, N.S., Baer, J.C., 2012. Latent Class Analysis: A Method for Capturing Heterogeneity. *Social Work Research* 36 (1), 61-69.
- Stanley, L., Kellermanns, F.W., Zellweger, T.M., 2016. Latent profile analysis: Understanding family firm profiles. *Family Business Review* 30 (1), 84-102. <https://doi.org/10.1177/0894486516677426>.
- Tomczyk, S., Isensee, B., Hanewinkel, R., 2016. Latent classes of polysubstance use among adolescents - a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence* 160, 12-29. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.035>.
- Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., Schmidt, S., 2018. Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with untreated mental health problems via latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 53 (8), 773-783. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1537-7>.
- Willner, C.J., Gatzke-Kopp, L.M., Bray, B.C., 2016. The dynamics of internalizing and externalizing comorbidity across the early school years. *Development and Psychopathology* 28, 1033-1052. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000687>.







# ANEXO 2

## ESCALA DE CONOCIMIENTOS – TÉCNICAS DE GESTIÓN DE CONDUCTA

NOMBRE NIÑO: \_\_\_\_\_

PADRE:

MADRE:

POR FAVOR, LEA CADA UNA DE ESTAS AFIRMACIONES Y REDONDEE LA OPCIÓN QUE CONSIDERE: VERDADERO (V), FALSO (F) O NO LO SÉ (NS).

Escala	Nº	Ítem	V	F	No lo sé
<b>Conocimientos generales</b>	1	Castigar a un niño es la mejor forma de que aprenda a comportarse correctamente	V	F	NS
	2	No hay que reforzar al niño por portarse de forma correcta, es su obligación	V	F	NS
	3	La mejor forma de que un niño aprenda a comportarse correctamente es aplicar consecuencias positivas cuando se comporta de forma adecuada	V	F	NS
	4	Un niño que se comporta de forma inadecuada no puede aprender a comportarse correctamente	V	F	NS
	5	El comportamiento inadecuado del niño se debe a su temperamento, el cual es muy difícil de cambiar	V	F	NS
<b>Reforzadores</b>	6	Los reforzadores se aplican cuando el niño lleva a cabo un comportamiento adecuado (por ej. cuando recoge su habitación)	V	F	NS
	7	No es necesario que un reforzador se aplique de manera inmediata, puede entregarse unos días más tarde (por ej. el fin de semana)	V	F	NS
<b>Castigos</b>	8	El castigo es la técnica más eficaz para que el niño aprenda a comportarse correctamente	V	F	NS
	9	Cuando se pretende aplicar un castigo, es necesario advertir previamente al niño del mismo, con el fin de que pueda saber qué consecuencias tendrá su comportamiento	V	F	NS
<b>Instrucciones</b>	10	Mi hijo debe hacerme caso cuando le doy distintas órdenes al mismo tiempo (por ej. “recoge la mesa, vístete y lávate los dientes que tenemos que irnos”)	V	F	NS
	11	Las órdenes o instrucciones que se le dan a los niños deben ser breves y específicas (por ej. “recoge los juguetes de tu habitación”)	V	F	NS
<b>Autocontrol</b>	12	Cuando mi hijo se porta mal me desespero y no puedo hacer nada para evitarlo	V	F	NS
	13	En ocasiones mi cansancio y estrés hace que castigue a mi hijo de forma desproporcionada	V	F	NS
	14	En ocasiones mi hijo me desobedece y me grita para molestarme	V	F	NS
	15	En general, cuento con estrategias y recursos para gestionar el comportamiento de mi hijo	V	F	NS









