

TESIS DOCTORAL 2025



PREVENCIÓN UNIVERSAL DE PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA INFANCIA

EFICACIA DEL PROGRAMA
TRANSDIAGNÓSTICO
SUPER SKILLS EN
CONTEXTO ESCOLAR

DAMIÁN HERVÁS BEGINES



Director/Supervisor:
Dra. Mireia Orgilés Amorós

Universidad Miguel Hernández de Elche
Programa de doctorado en Deporte y Salud



Programa de Doctorado en Deporte y Salud

**PREVENCIÓN UNIVERSAL DE PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA
INFANCIA: EFICACIA DEL PROGRAMA TRANSDIAGNÓSTICO SUPER
SKILLS EN CONTEXTO ESCOLAR**

**UNIVERSAL PREVENTION OF EMOTIONAL PROBLEMS IN
CHILDHOOD: EFFECTIVENESS OF THE TRANSDIAGNOSTIC SUPER
SKILLS PROGRAM IN THE SCHOOL CONTEXT**

Autor/Author:

Damián Hervás Begines

Director de la tesis/Supervisor:

Dra. Dña. Mireia Orgilés Amorós

Universidad Miguel Hernández de Elche

2025



La presente Tesis Doctoral, titulada “Prevención universal de problemas emocionales en la infancia: Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills en contexto escolar”, se presenta bajo la modalidad de **tesis convencional con el/los siguiente/s indicios de calidad**:

- Hervás, D., Morales, A. & Orgilés, M. (2026). Socioemotional benefits of a transdiagnostic universal program for children: Evidence from Super Skills for Life. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 13(1), 1-18. <https://doi:10.21134/rpcna.2026.13.1.5>



La Dra. Dña. Mireia Orgilés Amorós, Catedrática de Universidad en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández, directora de la tesis doctoral titulada “Prevención universal de problemas emocionales en la infancia: Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills en contexto escolar.”

INFORMA:

Que D. Damián Hervás Begines ha realizado bajo mi supervisión el trabajo titulado “Prevención universal de problemas emocionales en la infancia: Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills en contexto escolar” conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmo para los efectos oportunos, en Elche a 30 de octubre de 2025.

Fdo.: Dra. Dña. Mireia Orgilés Amorós
Catedrática de la Universidad Miguel Hernández de Elche
Directora de la tesis



El Dr. D. Francisco Javier Moreno Hernández, Coordinador del Programa de Doctorado en Deporte y Salud,

INFORMA:

Que D. Damián Hervás Begines ha realizado bajo la supervisión de nuestro Programa de Doctorado el trabajo titulado “Prevención universal de problemas emocionales en la infancia: Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills en contexto escolar” conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmo para los efectos oportunos, en Elche a 30 de octubre de 2025.

Fdo.: Prof. Dr. D. Francisco Javier Moreno Hernández
Coordinador del Programa de Doctorado en Deporte y Salud

La presente tesis doctoral ha sido desarrollada gracias a la financiación concedida por la Conselleria de Innovación, Universidades, Ciencia y Sociedad Digital de la Generalitat Valenciana, a través de un contrato predoctoral para la formación de personal investigador (referencia ACIF/2021/269), correspondiente a los cursos académicos 2022/2023, 2023/2024 y 2024/2025.

Asimismo, se ha contado con tres ayudas adicionales de financiación, dos de ellas otorgadas por la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) y una por la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, destinadas a la realización de estancias de movilidad internacional temporal en la Universidad de Porto (Portugal) y la Universidad de Roehampton (Reino Unido).

A Juan Hervás, Carmen Medina, Emilio Begines y Maruja Martínez,
mis abuelos que han dedicado su vida a nuestra familia con sacrificio
y entrega. Por vuestro amor, vuestro esfuerzo y el incansable cuidado
que me disteis desde mi primer día.

“Por sus frutos los conoceréis” (Mt 7, 16).

Por vosotros y para vosotros.

“Es más que la fuerza, es lo que te esfuerzas.
Tú harás que se ejerza tu don”
Filoctetes, Hércules (1997)

AGRADECIMIENTOS

Es de bien nacido ser agradecido, y por ello estimo necesario dedicar unas líneas a todas aquellas personas que, de un modo u otro, han sido sustento y apoyo a lo largo del desarrollo de esta tesis doctoral. Sin su compañía y aliento, este trabajo difícilmente habría llegado a término. En muchos momentos me he sentido como Frodo Bolsón en su viaje y he encontrado a mi lado a quienes, como Samsagaz Gamyi, me ofrecieron la ayuda, la fuerza y la esperanza necesarias para alcanzar este particular Monte del Destino.

Quiero expresar mi profunda gratitud a la doctora Mireia Orgilés, directora de esta tesis doctoral. Gracias, Mireia, por aceptar ser mi mentora y maestra en esta etapa, y por hacerlo posible con el rigor, la pasión y la cercanía que te caracterizan. Ha sido y es un verdadero honor aprender de ti. No todo el mundo tiene la suerte de formarse junto a la persona a la que admira. Me siento un verdadero afortunado por haber tenido ese privilegio. Gracias por estar disponible para mi crecimiento profesional y personal, por corregirme con paciencia y siempre de una forma constructiva, por tu apoyo y disposición constante aun cuando tu tiempo estaba lleno de cientos de obligaciones. Te agradezco que cuidaras no solo de este trabajo, que ya eso es mucho, sino también de mí, de mi bienestar. No han faltado palabras de ánimo en los momentos de duda y de dificultad. Gracias, también, por abrirme experiencias que nunca habría imaginado, por confiar en mí y darme tanto... Deseo que mi manera de trabajar e investigar sea siempre un reflejo de la confianza que depositaste en mí y del gran privilegio que ha supuesto aprender a tu lado.

También mi gratitud más sincera al Dr. José Pedro Espada, director del grupo de investigación AITANA. José Pedro, gracias por abrirme las puertas para formar parte de un grupo que admiro desde mis años de estudiante y que hoy considero un lugar al que tengo el privilegio de pertenecer. En ti he descubierto no solo al investigador brillante que es un referente en la psicología infanto-juvenil, sino también a la persona cercana y generosa

de la que tanto he podido aprender. Me has transmitido la importancia de avanzar siempre, de seguir aprendiendo y de no perder nunca la pasión por lo que hacemos con la calidad y dignidad que requiere. Gracias por tu confianza, por tu disponibilidad y por las oportunidades que también me has ofrecido. Para mí es un verdadero orgullo formar parte de AITANA y haber crecido contigo, no solo en conocimientos, sino también en valores. Gracias, de corazón, por tanto.

Como no podía ser de otra manera, ahora, mi gratitud se dirige a quienes han sido los verdaderos protagonistas de este estudio: a las escuelas que acogieron con generosidad y compromiso este proyecto y facilitaron que el programa Super Skills encontrara un espacio en sus aulas; a las familias que aceptaron con confianza que sus hijos participaran; y, por supuesto, a los niños y niñas que durante tantas semanas se implicaron y se esforzaron por sacar ese superhéroe que todos llevamos dentro. Gracias por vuestra entrega en sesión, con cada participación y en cada supertarea. Ojalá el programa Super Skills haya podido devolveros una pequeña parte de todo lo que habéis dado a la sociedad y que, de algún modo, haya contribuido a hacer vuestro camino un poco más fácil.

Quiero dedicar ahora un espacio a mis compañeros y compañeras del grupo de investigación AITANA, a quienes debo un agradecimiento muy especial por estar siempre ahí, arrimando el hombro y ayudando a superar las dificultades que han ido surgiendo a lo largo de estos años. Gracias a Lucía Ruíz, Pilar Tendero, Rocío Vicedo, Samuel Ginar, Marina Serrano, Ángela Belzunegui, Natalia Meliá, Mireia García y Blanca Llopis por estar en primera línea, participando activamente en la implementación del programa Super Skills en las escuelas, y por aportar vuestro tiempo, vuestro esfuerzo y vuestra colaboración para que todo esto pudiera salir adelante. Mi reconocimiento también a Sandra Morales: gracias por tu valioso aporte metodológico, por tus revisiones y orientaciones constantes, y al mismo tiempo por el cariño y la cercanía que siempre me has brindado. De igual manera, a Víctor Amorós, gracias por tu apoyo generoso y tu permanente disposición, siempre dispuesto a ayudar en lo que hiciera falta, siendo un compañero ejemplar. A Jonatan Molina, gracias por enriquecer esta tesis con tus recursos y por abrirme puertas a través de los contactos que compartiste. Agradecer a Teresa Galán las experiencias compartidas y las enseñanzas personales que surgieron de ellas, que contribuyeron significativamente a mi crecimiento personal y profesional. Y, cómo no, a Iván Fernández, a quien siento como un hermano. Gracias por tu escucha sincera, por tus sabios consejos, por tu cercanía y por darme siempre lo mejor de ti. Por último, pero no menos importante, a María Teresa González, gracias por la alegría y el afecto que siempre has

sabido transmitirme, y por recordarme, con tu forma noble de ser, lo valiosa que resulta la bondad en el trabajo compartido, algo tan necesario en un mundo a veces tan competitivo.

Expreso también mi sincero agradecimiento a la Dra. Diana Alvés y a la Dra. Cecilia A. Essau por acercarme a la realidad de vuestro hacer científico, por permitirme colaborar con vosotras y por aportar así una valiosa proyección internacional a esta tesis doctoral. Ha sido un verdadero regalo poder aprender a vuestro lado y sentir vuestro respaldo, acompañado siempre de un trato cercano y humano que me hizo más llevadera la distancia y la adaptación a un contexto totalmente nuevo. Es una experiencia que valoro profundamente y que me acompañará siempre.

También va mi agradecimiento a la Universidad Miguel Hernández de Elche, por la oportunidad de realizar los estudios de doctorado y la formación docente e investigadora en un entorno de tanta calidad y compromiso académico.

Es momento para agradecer con todo mi cariño a mis padres, Román Hervás e Isabel Begines. Gracias por entregaros sin reservas desde que tengo uso de razón, dejando tantas veces de lado lo personal para asegurar el bienestar de mi hermano y el mío. Esta tesis, sin duda, lleva vuestra huella, porque nace también de ese trabajo diario y silencioso que siempre habéis hecho por nosotros. En esta etapa han cobrado un sentido aún más profundo todos vuestros principios: sacrificio, constancia, esfuerzo, perseverancia, entrega y esa educación que supisteis transmitirme con el ejemplo. Que estas páginas sirvan como una pequeña forma de devolveros algo de lo mucho que nos habéis dado y de lograr que os sintáis orgullosos, como yo lo estoy de teneros como padres. Sin vuestro respaldo incondicional nada de esto habría sido posible. Habéis sido mi sostén para avanzar, mi fuerza en la distancia y mi ejemplo constante.

Con especial cariño, deseo agradecer a mi sobrina, Blanca Hervás, la alegría y el amor que me ha regalado desde tan pequeña, incluso sin comprender mi ausencia ni los juegos, cuidados y momentos que quedaron pendientes mientras emprendía esta aventura profesional con el anhelo de ayudar a que los niños aprendan a entenderse y quererse tal y como son. Espero que un día entiendas que también lo hacía pensando en un futuro mejor. Gracias, además, por dar personalidad y ternura a este trabajo con tus fotografías, que reflejan con sencillez y verdad el propósito de esta tesis: contribuir a una infancia feliz. También, a mi hermano Román Hervás y a mi cuñada Rosa Begines, por estar siempre al otro lado, con ese cariño que la familia sabe dar.

Continúo expresando mi gratitud a las personas a quien dirijo esta tesis, mis abuelos, tanto los aquí presentes como los que están en el cielo, porque en vosotros están mis raíces, mis valores, es decir, la guía de mis padres y mía. Gracias por tanto amor hecho gesto.

Es justo y necesario reconocer y agradecer a María Falcón la implicación y la dedicación puestas en leer, revisar, ayudar y cuidar cada detalle de esta tesis con tanto mimo y amor. Gracias por acompañarme sin exigencias y por esperarme con ternura. Tu actitud sosegada y tu comprensión constante ante mis ausencias han sido un alivio en medio del cansancio. Esta tesis doctoral también lleva tu esencia.

Hacer un reconocimiento especial a mi prima, Isabel María Hervás, por las largas semanas de trabajo conjunto dedicadas a la limpieza y construcción minuciosa de la base de datos de esta tesis. Tu conocimiento en programación, unido a tu entrega absoluta como si fuera tu propio proyecto, hicieron posible un resultado sólido y seguro. Ese gesto habla de tu generosidad y de la fuerza de los lazos que nos unen. Quiero creer que, tanto desde el cielo como aquí en la tierra, nuestros abuelos se sentirán orgullosos de ver cómo sus nietos se apoyan y mantienen viva la fraternidad que siempre profesaron y defendieron.

No puedo dejar pasar la oportunidad de dar las gracias a Fergal Martín y Carmen Hernández por hacer posible también mi estancia en Reino Unido. Gracias por vuestra hospitalidad, por vuestro servicio generoso y por la entrega fraternal con la que me acogisteis cada vez que mis pasos me llevaron de nuevo a Londres. Sin apenas conocernos, me tratasteis como a uno más de vuestros hijos y fuisteis sostén, hogar y familia en tierra extraña. Entre tantas cosas, habéis sido el contexto que facilitó la redacción de este manuscrito, rodeado siempre del respeto y el aliento que necesitaba para seguir avanzando. Descubriros ha sido un regalo precioso. Gracias por abrirme las puertas de vuestra vida, por todo lo que me habéis enseñado y por acercarme aún más a Dios con vuestro ejemplo. Os guardo un cariño muy especial. Difícilmente olvidaré lo que habéis significado para mí.

Llega el momento de expresar mi agradecimiento a mis amigos y amigas. ¡Qué fortuna la mía por teneros! La vida tiene más vida cuando estáis cerca. Lamento, de veras, que este espacio no me permita nombraros a todos y a todas, ya que, por suerte, sois muchos. Gracias por vuestras visitas a Elche, por las llamadas en la distancia, por las risas compartidas y por ofrecerme ánimo cuando más lo necesitaba. Mención especial para María Begines y Julián Núñez. Gracias por vuestra amistad sincera y por el cariño que nunca me ha faltado. Saber que estáis ahí, en cada etapa, es uno de los

mayores regalos que tengo. También mi gratitud para mis compañeros de piso y amigos, Núria Nogués y Víctor Lainé, por cuidar de mí durante este proceso, por vuestra paciencia y por hacer que el día a día se llenara de humor, amistad y buenos momentos. Con vosotros, la distancia de casa se sintió menos lejana. Por último, a mis amigas y compañeras de profesión, María José Rodríguez y María Rosa Castillo, gracias por vuestra calidez y por ofrecerme siempre ese espacio de confianza y afecto genuino donde encontré escucha y apoyo sincero.

A Maite Perea, porque, sin conocerme, ya antes de que yo pisara Elche se ocupó de mí con desvelo. Desde entonces, has estado ahí, fiel, generosa y siempre dispuesta a ayudar. Invaluable todo el cuidado y la atención que me has ofrecido. Gracias por transmitirme tantas enseñanzas y por tus ánimos constantes, que me ayudaron a mantener a raya el desánimo en los momentos en que la tesis más pesaba. Hay muy pocas personas como tú.

A los profesores y doctores María del Mar Benítez, Mercedes Borda, Inmaculada Moreno, David Saldaña e Isabel de los Reyes, por ser inspiración en mis primeros pasos en la investigación. Gracias por despertar en mí la curiosidad científica y por hacerlo siempre con vocación y cercanía. También gracias por avalarme en vuestras respectivas líneas de investigación. Ellas me sirvieron para asentar las bases de mi carrera científica.

Mi reconocimiento, por supuesto, a Agustina Gutiérrez, por la dedicación, el esmero y el talento con los que has maquetado esta tesis. Gracias por tu tiempo, tu entrega, y por haber sabido interpretar la esencia de mi idea, plasmándola con un acabado tan cuidado como elegante. Sin tu trabajo, este manuscrito no habría tenido el mismo brillo ni la misma armonía visual. Gracias por hacerlo con tanto cariño y profesionalidad.

No podría terminar estos agradecimientos sin dirigirme a Dios, a quien le debo cuanto soy. Reconozco que, sin menoscabar mi propio esfuerzo, es su gracia la que me ha sostenido en cada instante de mi historia.

Finalmente, pido disculpas si la memoria me traiciona y olvido mencionar a alguien que haya contribuido, de un modo u otro, a la realización de esta tesis doctoral. Mi gratitud también es para vosotros.

Con todo mi cariño,

Damián Hervás.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS.....	33
2. RESUMEN.....	39
3. ABSTRACT	45
4. INTRODUCCIÓN.....	51
4.1 LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA COMO PUNTO DE PARTIDA.....	53
4.1.1 Estado de la cuestión.....	53
4.1.2 El fenómeno de la comorbilidad en las dificultades emocionales	55
4.2 FORTALECIENDO LA SALUD MENTAL	58
4.2.1 Promoción de la salud mental y prevención de los problemas psicológicos en la infancia.....	58
4.2.2 Efectos de la promoción y la prevención desde la escuela	60
4.2.3 La escuela como contexto favorecedor.....	63
4.2.4 Las habilidades socioemocionales como eje de la prevención.....	64
4.3 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PREVENTIVAS EN EL CONTEXTO EDUCATIVO ESPAÑOL	66
4.3.1 Programas de aprendizaje socioemocional.....	66
4.3.2 Programas cognitivos-conductuales	70
4.3.3 Programas cognitivos-conductuales transdiagnósticos	74
4.3.3.1 Protocolo unificado para niños	75
4.3.3.2 Super Skills for Life	77

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	87
6. MATERIALES Y MÉTODO	93
6.1 Procedimiento	96
6.2 Participantes	98
6.3 Instrumentos	103
6.3.1 Medidas de autoinforme.....	103
6.3.2 Evaluación informada por los cuidadores principales.....	107
6.4 Intervención.....	110
6.5 Análisis de datos	113
7. RESULTADOS	117
7.1 Análisis preliminares.....	120
7.1.1 Análisis de atrición	120
7.1.2 Análisis de equivalencia en la línea base	121
7.2 Eficacia del programa a corto plazo.....	122
7.2.1 Sintomatología ansiosa.....	122
7.2.2 Sintomatología depresiva.....	124
7.2.3 Afecto positivo y negativo	126
7.2.4 Estrategias cognitivas de regulación emocional.....	128
7.2.4.1 Estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional.....	128
7.2.4.2 Estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional ..	130
7.2.5 Perfeccionismo	132
7.2.6 Habilidades sociales.....	136
7.2.7 Autoconcepto	136
7.2.8 Calidad de vida	139
7.2.8.1 Bienestar físico.....	140
7.2.8.2 Bienestar emocional.....	141
7.2.8.3 Autoestima	142
7.2.8.4 Bienestar familiar	143
7.2.8.5 Bienestar social.....	144
7.2.8.6 Bienestar escolar	144
7.3 Eficacia del programa a medio plazo	145
7.3.1 Sintomatología ansiosa.....	145

7.3.2	Sintomatología depresiva.....	146
7.3.3	Afecto positivo y negativo.....	147
7.3.4	Estrategias cognitivas de regulación emocional.....	148
7.3.4.1	Estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional.....	148
7.3.4.2	Estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional..	150
7.3.5	Perfeccionismo.....	152
7.3.6	Habilidades sociales.....	156
7.3.7	Autoconcepto socioemocional.....	157
8.	DISCUSIÓN.....	161
9.	CONCLUSIONES.....	177
10.	CONCLUSIONS.....	183
11.	LIMITACIONES.....	189
12.	FUTURAS INVESTIGACIONES.....	197
13.	REFERENCIAS.....	203

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Programas socioemocionales españoles aplicados en las aulas.....	70
Tabla 2 Programas de prevención en problemas internalizantes en España con evidencia....	72
Tabla 3 Estructura y objetivos del programa SSL en su versión española como protocolo de prevención indicada y tratamiento.....	78
Tabla 4 Evidencia acumulada del programa SSL en España	82
Tabla 5 Características sociodemográficas de los participantes (niños y niñas y sus cuidadoras principales) por condición de intervención	102
Tabla 6 Instrumentos empleados para evaluar la eficacia del programa SSL en la escuela ...	108
Tabla 7 Estructura y objetivos del programa SSL en su versión española como herramienta de prevención universal integrada dentro del currículum escolar	111
Tabla 8 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en los síntomas ansiosos autoinformados por los participantes en el postest	122
Tabla 9 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en síntomas depresivos autoinformados por los participantes en el postest	124
Tabla 10 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el afecto autoinformados por los participantes en el postest	126
Tabla 11 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional autoinformados por los participantes en el postest ..	128
Tabla 12 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional autoinformados por los participantes en el postest	130
Tabla 13 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el perfeccionismo autoinformado por los participantes en el postest.....	132
Tabla 14 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en habilidades sociales autoinformadas por los participantes en el postest	136
Tabla 15 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el autoconcepto por los participantes en el postest	136

Tabla 16 Pruebas GEE para el impacto de la intervención en la calidad de vida y bienestar informado por los cuidadores principales.....	139
Tabla 17 Análisis GEE de significación para la ansiedad autoinformada por niños en el seguimiento a 6 meses.....	145
Tabla 18 Análisis GEE de significación para la depresión autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses.....	146
Tabla 19 Análisis GEE de significación para el afecto positivo y negativo autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses.....	147
Tabla 20 Análisis GEE de significación para las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses.....	148
Tabla 21 Análisis GEE de significación para las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses.....	150
Tabla 22 Análisis GEE de significación para el perfeccionismo autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses.....	152
Tabla 23 Análisis GEE de significación para las habilidades sociales autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses.....	156
Tabla 24 Análisis GEE de significación para el autoconcepto autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses.....	157

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de intervención en salud mental de Barry (2001)	60
Figura 2 Diagrama de flujo de los niños y niñas participantes en el estudio SSL.....	99
Figura 3 Diagrama de flujo de los participantes cuidadores principales	100
Figura 4 Evolución de los síntomas de ansiedad por condición desde la línea base hasta el postest.....	123
Figura 5 Evolución de los síntomas depresivos por condición desde la línea base hasta el postest.....	125
Figura 6 Evolución del afecto negativo por condición desde la línea base hasta el postest.....	127
Figura 7 Evolución del uso de la estrategia catastrofización por condición desde la línea base hasta el postest.....	129
Figura 8 Evolución del uso de la estrategia aceptación por condición desde la línea base hasta el postest.....	131
Figura 9 Evolución del uso de la estrategia poner en perspectiva por condición desde la línea base hasta el postest.....	131
Figura 10 Comportamiento del perfeccionismo por condición desde la línea base hasta el postest.....	133
Figura 11 Evolución del perfeccionismo autoorientado a la crítica por condición desde la línea base hasta el postest	134
Figura 12 Evolución del perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos por condición desde la línea base hasta el postest	135
Figura 13 Evolución del autoconcepto emocional por condición desde la línea base hasta el postest.....	137
Figura 14 Evolución del autoconcepto social por condición desde la línea base hasta el postest.....	138
Figura 15 Evolución de la calidad de vida, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest.....	140

Figura 16 Evolución del bienestar emocional, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest.....	141
Figura 17 Evolución de la autoestima, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest	142
Figura 18 Evolución del bienestar familiar, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest.....	143
Figura 19 Evolución del bienestar social, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest.....	144
Figura 20 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes a los síntomas ansiosos en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	145
Figura 21 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes a los síntomas depresivos en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	146
Figura 22 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al afecto negativo en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	147
Figura 23 Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable catastrofización en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	149
Figura 24 Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable aceptación en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	151
Figura 25 Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable poner en perspectiva en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	151
Figura 26 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al perfeccionismo en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	153
Figura 27 Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses	154
Figura 28 Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo autoorientado a la crítica (PAO-C) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses	155
Figura 29 Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos (PAO-E) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses..	156
Figura 30 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al autoconcepto emocional en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	157
Figura 31 Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al autoconcepto social en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses.....	158





1. ABREVIATURAS

1. ABREVIATURAS

AF-5	Cuestionario de Autoconcepto Forma 5
APA	Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatry Association)
CAPS-S	Escala de Perfeccionismo para Niños y Adolescentes (The Child and Adolescent Perfectionism Scale – Spanish Version)
CERQ-Sk	Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva – Versión Abreviada Infantil (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – Short Kids Version)
DE	Desviación Estándar (Standard Deviation)
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Texto Revisado (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Texto Revisado)
ECA	Ensayo Controlado Aleatorizado (Randomized Controlled Trial)
EDI	Desarrollo de la Inteligencia Emocional
EDPP	Programa de Prevención Detectives de Emociones (Emotion Dectives Prevention Program)
EE	Error Estándar (Standard Error)
GC	Grupo Control (Control Group)
GE	Grupo Experimental (Experimental Group)

GGE	Ecuaciones de Estimación Generalizadas (Generalized Estimating Equations)
IC	Intervalo de Confianza (Confidence Interval)
OMS	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)
PANAS-C-SF	Escala de Afecto Positivo y Negativo en Niños – Versión Abreviada (The Positive and Negative Affect Schedule for Children – Short Form)
PAO-C	Perfeccionismo Autoorientado a la Crítica (Self-Oriented Perfectionism-Critical)
PAO-E	Perfeccionismo Autoorientado al Esfuerzo (Self-Oriented Perfectionism-Striving)
PEEP	Programa de Educación Emocional para Primaria
PIB	Producto Interior Bruto
PSP	Perfeccionismo Socialmente Preescrito (Socially Prescribed Perfectionism)
KID-KIDDO-KINDL-P	Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Niños y Adolescentes – Versión para Padres (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – Parent Version)
SCAS	Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children’s Anxiety Scale)
SCAS-C-8	Escala de Ansiedad Infantil de Spence para niños – Versión Abreviada (The Spence Children’s Anxiety Scale for children- Short Version)
SMFQ	Cuestionario Breve de Estado de Ánimo y Sentimientos (Short Mood and Feelings Questionnaire – Short Version)
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSL	Super Skills for Life
SSQ-PU	Cuestionario de Habilidades Sociales – Versión Infantil (Social Skills Questionnaire – Pupil Version)
UP-C	Protocolo Unificado para Niños (Unified Protocol for Children)
UNICEF	United Nations International Children’s Emergency Fund





2. RESUMEN

2. RESUMEN

La literatura científica indica que la infancia y la adolescencia son etapas críticas para el desarrollo de problemas psicológicos, situando la edad de inicio de un trastorno mental antes de los 14 años, e indicando que más del 50 % se desarrollan antes de alcanzar la mayoría de edad. Entre los problemas psicológicos más comunes en la etapa escolar destacan los trastornos emocionales, término que alude principalmente a la sintomatología ansioso-depresiva. La aparición temprana de estos síntomas afecta de manera significativa al bienestar socioemocional en una etapa especialmente sensible del crecimiento, lo que convierte a la infancia en un momento crucial para la intervención preventiva. Revertir la situación y actuar a tiempo requiere implementar medidas preventivas universales basadas en la evidencia desde el entorno escolar, un contexto natural, seguro e inclusivo para los niños¹ que permite llegar a todos sin distinción. Esta intervención temprana desde las escuelas ha sido identificada como una prioridad en el informe España 2050. En este sentido, la salud mental puede y debe ser entrenada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que enseñar habilidades de regulación emocional desde la infancia es esencial para preparar a los niños a afrontar los desafíos del día a día con mayores recursos personales. En este contexto, la presente tesis doctoral tuvo como objetivo evaluar la eficacia del programa Super Skills for Life (SSL) como una intervención preventiva universal de enfoque transdiagnóstico, integrada en el currículo escolar. Su finalidad fue doble: disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, y fomentar el desarrollo de habilidades socioemocionales que les permitan ser más resilientes y alcanzar un mayor bienestar tanto a corto como a medio plazo. El programa está diseñado para promover la obtención de competencias de regulación emocional, abordando de forma integral los factores psicológicos compartidos entre los problemas emocionales. Se llevaron a cabo ligeras modificaciones al protocolo SSL con el fin de emplearlo, por primera vez, como programa preventivo universal de 8 a 12 años. A través de un ensayo controlado aleatorizado (ECA), se analizó la eficacia del programa en una muestra de 1129 niños, tomando como variables principales los

síntomas de ansiedad y depresión, y como secundarias diversos factores psicológicos vinculados al bienestar infantil, entre ellos el afecto positivo y negativo, la regulación emocional cognitiva, el perfeccionismo, el auto-concepto, las habilidades sociales y el bienestar emocional. Para ello, se recogieron datos en tres momentos distintos: antes de la intervención, justo después de ella y seis meses después de su finalización. Se contó con información del grupo control (GC) y de la participación de los cuidadores principales hasta la segunda medida de evaluación. Los participantes que completaron la versión española del programa SSL, en comparación con el GC, mostraron mejoras significativas en síntomas emocionales como la ansiedad y la depresión, así como en otras variables relevantes, entre ellas el afecto negativo, el perfeccionismo y el autoconcepto. Estos cambios positivos se mantuvieron al menos durante los seis meses posteriores a la intervención. De forma global, la investigación desarrollada en esta tesis doctoral avala la eficacia del programa SSL como estrategia preventiva aplicada en el aula, con resultados positivos sostenidos en el tiempo (hasta seis meses después de su aplicación) en niños hispanohablantes de entre 8 y 12 años. SSL se sitúa como un protocolo pionero, eficaz y avalado científicamente en España, que desde la escuela ayuda a los niños a manejar mejor sus emociones, a mejorar su estado de ánimo y a dotar de recursos socioemocionales para hacer frente a situaciones cotidianas y adversas, y así frenar la aparición de problemas psicológicos futuros.

¹Aunque se ha intentado integrar la perspectiva de género en todo el trabajo, para facilitar la lectura y respetar las normas ortográficas del español, se ha hecho uso del masculino genérico, tal como reconoce la Real Academia Española.





3. ABSTRACT

3. ABSTRACT

Scientific literature indicates that childhood and adolescence are critical periods for the development of psychological disorders, with the onset of mental health conditions typically occurring before the age of 14, and more than 50% emerging before adulthood. Among the most common psychological problems during the school years are emotional disorders, a term that primarily refers to anxiety and depressive symptoms. The early appearance of these symptoms significantly affects socio-emotional well-being during a particularly sensitive developmental stage, making childhood a crucial period for preventive intervention. Reversing this trend and acting in time requires the implementation of universal, evidence-based preventive measures within the school setting—a natural, safe, and inclusive environment that ensures access to all children¹ without distinction. Early intervention in schools has been identified as a national priority in the *España 2050* report. In this regard, mental health can and should be fostered. The World Health Organization (WHO) considers the teaching of emotional regulation skills from early childhood to be essential in equipping children with the personal resources needed to face everyday challenges. Within this framework, the present doctoral thesis aimed to evaluate the effectiveness of the *Super Skills for Life* (SSL) program as a universal preventive intervention with a transdiagnostic approach, integrated into the school curriculum. The program had a dual purpose: to reduce symptoms of anxiety and depression and to promote the development of socio-emotional skills that foster greater resilience and well-being in the short and medium term. SSL is designed to promote the acquisition of emotional regulation competencies, addressing in a comprehensive manner the psychological factors shared across emotional problems. Slight adaptations were made to the SSL protocol to implement it, for the first time, as a universal preventive program for children aged 8 to 12. A randomized controlled trial (RCT) was conducted to assess the program's effectiveness in a sample of 1,129 children, focusing primarily on anxiety and depression symptoms, and secondarily on several psychological factors related to child well-being, including positive and negative affect,

cognitive emotional regulation, perfectionism, self-concept, social skills, and emotional well-being. Data were collected at three different time points: before the intervention, immediately after its completion, and six months later. Data from the control group (CG) and from the primary caregivers were included up to the second assessment point. Participants who completed the Spanish version of the SSL program, compared to those in the control group, showed significant improvements in emotional symptoms such as anxiety and depression, as well as in other relevant variables including negative affect, perfectionism, and self-concept. These positive changes were sustained for at least six months following the intervention. Overall, the research carried out in this doctoral thesis supports the effectiveness of the SSL program as a preventive strategy implemented in the classroom, showing sustained positive outcomes (up to six months post-intervention) in Spanish-speaking children aged 8 to 12. SSL stands out as a pioneering, effective, and scientifically supported protocol in Spain, which helps children better manage their emotions, improve their mood, and acquire socio-emotional tools to face every day and adverse situations—thus helping to prevent the emergence of future psychological problems.

¹Although efforts have been made to integrate a gender perspective throughout this work, the generic masculine form has been used for ease of reading and in accordance with Spanish orthographic norms, as recognized by the Royal Spanish Academy.





4. INTRODUCCIÓN

4.1 LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA COMO PUNTO DE PARTIDA

4.1.1 Estado de la cuestión

La salud mental no es solo cosa de adultos. En la actualidad, la salud mental de niños y adolescentes ha emergido como un problema de salud pública relevante (OMS, 2021; Ramos et al., 2024). Cada vez son más los menores que se ven afectados por problemas de salud mental, lo que refleja una realidad preocupante en estas edades. Según estimaciones de Kieling et al., (2024), aproximadamente uno de cada diez niños y jóvenes presenta algún trastorno mental, lo que representa una proporción considerable durante las etapas tempranas del desarrollo. En el año 2019, a nivel global, se calculó que aproximadamente 293 millones de personas entre los 5 y los 24 años —equivalente al 11.63 % de esa población— presentaban al menos un trastorno mental diagnosticable. En el caso específico de los niños de entre 5 y 14 años, la prevalencia fue del 6.80 % en el grupo de 5 a 9 años, y del 12.40 % en los de 10 a 14 años (Kieling et al., 2024). Una proporción significativa de niños y adolescentes recibe un diagnóstico de trastorno mental antes de alcanzar la adultez (Dalsgaard et al., 2020; De Lijster et al., 2016; Solmi et al., 2022). Se estima que aproximadamente el 50 % de estos trastornos se inician alrededor de los 18 años de edad (Solmi et al., 2022). Entre los problemas de salud mental más prevalentes en la infancia destacan los trastornos internalizantes, siendo los de ansiedad los más frecuentes, con una prevalencia del 6.5 %, seguidos por los trastornos depresivos, que afectan al 2.6 % de la población infantil (Bullis et al., 2019; Canals et al., 2019; Dalsgaard et al., 2020). De hecho, según datos europeos de 2019, el 42.9 % de los trastornos mentales registrados en niños y adolescentes de entre 10 y 19 años correspondía a cuadros de depresión y de ansiedad (OMS 2022, 2025).

Los problemas de ansiedad en la infancia, según el DSM-5-TR, se definen como una respuesta emocional excesiva y persistente de miedo o preocupación ante situaciones que no representan una amenaza real, interfiriendo de forma significativa en la vida cotidiana del niño. Esta ansiedad puede expresarse a través de síntomas somáticos (temblores, sudoración, latidos del corazón acelerados o sensación de ahogo), evitación de aquello que genera miedo (personas, lugares, actividades o situaciones concretas), irritabilidad o una necesidad constante de estar acompañado por adultos de referencia. Estas reacciones suelen ser desproporcionadas para la etapa del desarrollo y el contexto del menor. La ansiedad se considera un problema cuando los síntomas son desagradables o intensos, duran mucho tiempo, ocurren con demasiada frecuencia, interfieren en lo que el niño quiere o necesita hacer, o aparecen ante situaciones que en realidad son inofensivas.

Las cifras internacionales sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia sitúan su frecuencia entre el 6 y el 7 % (Ghandour et al., 2019; Polanczyk et al., 2015). No obstante, un estudio realizado en España por Canals et al., (2019) eleva esta estimación hasta aproximadamente el 11 %. Esta disparidad entre estudios podría explicarse por variaciones en los criterios diagnósticos, las herramientas de evaluación empleadas o las características de las muestras, es decir, aspectos metodológicos que suelen influir en los resultados de investigación más que por factores culturales (Syros et al., 2021). Aun así, un informe reciente del Observatorio de la Salud Mental Infanto-Juvenil de España, basado en datos epidemiológicos recogidos de unos 6.000 escolares de todo el país, ofrece una visión actualizada sobre la situación de la salud mental en niños y adolescentes, especialmente en relación con los problemas internalizados. Según este informe, el 4 % de los menores evaluados presenta niveles de ansiedad clínicamente significativos, con una tasa superior en chicas respecto a chicos (Orgilés, Morales, et al., 2024).

Los síntomas de ansiedad se reconocen como un factor predictivo relevante de la sintomatología depresiva, y suelen actuar como un precursor frecuente del desarrollo de la depresión (Bandelow & Michaelis, 2015; Ghandour et al., 2019; Khanal et al., 2022). En esta misma línea, Canals et al., (2019) señalan que una proporción significativa de los menores encuestados con trastornos de ansiedad también presentaban comorbilidad con otros trastornos mentales, siendo la depresión el más comúnmente asociado.

La depresión infantil, según el DSM-5-TR, se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente triste, irritable o de desesperanza, que afecta de forma notable al día a día del niño o la niña. Puede manifestarse con

pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba, cambios en el apetito o el sueño, fatiga, dificultades para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, e incluso pensamientos sobre la muerte. En la infancia, a menudo se expresa más mediante irritabilidad que mediante tristeza, y puede acompañarse de quejas físicas (como dolor de barriga o de cabeza) sin causa médica clara. La depresión se considera un problema cuando estos síntomas son intensos, se mantienen en el tiempo, aparecen con frecuencia y dificultan seriamente la vida familiar, escolar y social del menor (Sanz & García-Vera, 2020).

La prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia, a nivel internacional, se estima entre un 2 y un 4 % (Ghandour et al., 2019; Polanczyk et al., 2015). No obstante, los datos del proyecto EMO-CHILD en España (Orgilés, Morales, et al., 2024) indican una proporción ligeramente más elevada, en torno al 5 %, siendo la depresión más frecuente que los trastornos de ansiedad entre la población infantil española. Además, esta tendencia no muestra signos de disminución (Canals-Sans et al., 2018; Fonseca-Pedrero et al., 2023; Jaureguizar et al., 2017; Solmi et al., 2022). Los trastornos depresivos mayores tienden a concentrarse en etapas más avanzadas del desarrollo, con picos de incidencia durante la adolescencia tardía y la adultez temprana (Solmi et al., 2022). Por su parte, datos del Observatorio de la Salud Mental Infanto-Juvenil evidencian que la depresión es el trastorno más común entre los adolescentes, con tasas de prevalencia cercanas al 5 % (Orgilés, Morales, et al., 2024).

4.1.2 El fenómeno de la comorbilidad en las dificultades emocionales

En este contexto, resulta fundamental considerar que la comorbilidad (la aparición conjunta de diferentes condiciones clínicas en una misma persona) entre los problemas de ansiedad y depresión presenta un carácter bidireccional: no solo la presencia de ansiedad desadaptativa puede desencadenar la depresión, sino que también la depresión puede causar el desarrollo de síntomas ansiosos. Así pues, lejos de ser condiciones aisladas, estas dos categorías, ansiedad y depresión, fácilmente coexisten con altas tasas de solapamiento sintomático (Canals-Sans et al., 2018; Davies et al., 2023; Essau et al., 2018; Jacobson & Newman, 2017; Khanal et al., 2022). El estudio de la relación clínica entre ambos cuadros psicopatológicos se inició con los trabajos de Clark & Watson, (1991), a través del modelo tripartito, y fue continuado por autores como Barlow et al., (2004), pionero en la formulación de un modelo transdiagnóstico para abordar los trastornos emocionales,

ampliamente respaldado por la literatura posterior (Cummings et al., 2014; Essau et al., 2018; Jacobson & Newman, 2017; Khanal et al., 2022; Melton et al., 2016; Sánchez Hernández et al., 2023). Esta coocurrencia no constituye un hecho aislado, sino una condición clínica habitual que se manifiesta de forma consistente a lo largo de todo el ciclo vital, con independencia de la edad o la etapa del desarrollo en la que se presente (Davies et al., 2023; Konac et al., 2021; Melton et al., 2016; ter Meulen et al., 2021). Este fenómeno genera un panorama clínico diferente al ya establecido, puesto que desmonta el planteamiento categórico de entidades clínicas claramente diferenciados por los manuales diagnósticos, y plantea desafíos considerables tanto para la investigación como para la práctica clínica al considerar los procesos y mecanismos comunes entre ambas categorías (Cummings et al., 2014; Davies et al., 2023; Essau et al., 2018; Melton et al., 2016; Ruggero et al., 2019; Sandín et al., 2012).

El solapamiento que se produce entre los problemas emocionales, incluyendo los problemas de ansiedad y depresión, (Bullis et al., 2019), conlleva exacerbar el impacto negativo en el funcionamiento diario, afectando al desempeño académico, a las relaciones sociales y a la calidad de vida en general (Clayborne et al., 2019; Finning et al., 2019; Konac et al., 2021; Melton et al., 2016; Morales-Muñoz et al., 2023). Además, la comorbilidad se asocia con mayor cronicidad y disfunción, peor pronóstico y respuesta al tratamiento, y un riesgo elevado de otros problemas (por ejemplo, suicidio, absentismo escolar, enfermedades inmunológicas e inflamatorias, etc.) (Arrondo et al., 2022; Cummings et al., 2014; Essau et al., 2018; Finning et al., 2019; González-Robles et al., 2018; Magson et al., 2022; Melton et al., 2016; Morales-Muñoz et al., 2023). Los trastornos emocionales en la infancia y adolescencia tienen un alto potencial para causar desadaptación en la vida adulta (OMS, 2022).

Como este fenómeno parece aumentar con la edad, especialmente en la adolescencia (Cummings et al., 2014), la detección temprana, así como la prevención, se considera fundamental para hacer frente a las consecuencias personales, sociales y económicas que suponen los trastornos emocionales (Fonseca-Pedrero et al., 2023; Fusar-Poli, 2019; Jaureguizar et al., 2017; Morales et al., 2021; Mulraney et al., 2021). Fusar-Poli, (2019) apunta que las dificultades de ajuste emocional o comportamental aparecen en la mitad de los casos antes de los 15 años, y revela que el primer trastorno mental suele manifestarse antes de los 14 años en un tercio de los casos. Esto ocurre para ciertos trastornos de ansiedad, en los que se calcula que la edad media de inicio es antes de los 14 años (De Lijster et al., 2016; Solmi et al., 2022). No

obstante, hay indicios de que aparecen los primeros síntomas ansiosos sobre los 6 años (Rapee, 2018). De igual forma ocurre con los síntomas depresivos, que se observan a los 7-8 años, aunque se retrasa algo su aparición como trastorno clínicamente significativo a la adolescencia tardía (Solmi et al., 2022).

A pesar del amplio consenso científico en cuanto a la gestación y a la aparición de los síntomas de los trastornos emocionales desde la primera infancia, la realidad es que su detección y abordaje suelen retrasarse a etapas más tardías agravando el curso y la continuidad en la edad adulta (Mulraney et al., 2021). Esta situación conlleva problemas adicionales en el entorno educativo, familiar y social, y genera una carga a los menores, a sus familias y a los servicios sanitarios (Casares et al., 2024; Dalsgaard et al., 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2023; Mulraney et al., 2021; Voltas et al., 2017). Según el estudio de revisión llevado a cabo por Ruiz-Rodríguez et al., (2017), los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, representan el 50% del gasto anual destinado en España a todos los problemas de salud mental, correspondiendo al 2.2% del Producto Interior Bruto (PIB). Con los años, esta cifra ha ascendido al 4.2% del PIB en España de acuerdo con el informe del Consejo Económico y Social de España, (2024). El informe revela una notable carencia en la provisión de servicios de salud mental dentro del sistema español público. Dado que muchos trastornos mentales se manifiestan en las primeras etapas de la vida y tienden a volverse crónicos (Dalsgaard et al., 2020), invertir en salud mental infantil representa una estrategia clave para reducir su impacto a largo plazo en la salud pública. Es por esto que la prevención temprana se hace fundamental para frenar las consecuencias personales, sociales y económicas que suponen los trastornos emocionales (Fonseca-Pedrero et al., 2023; Fusar-Poli, 2019; Jaureguizar et al., 2017; Morales et al., 2021).

4.2 FORTALECIENDO LA SALUD MENTAL

4.2.1 Promoción de la salud mental y prevención de los problemas psicológicos en la infancia

Diversos estudios han indicado que la mayoría de los trastornos mentales, y en particular los trastornos emocionales, tienen su origen durante la infancia y la adolescencia, lo que convierte a estas etapas del desarrollo en momentos especialmente relevantes para la actuación e intervención (Fusar-Poli et al., 2023; Ghandour et al., 2019; Kieling et al., 2024; Orgilés, Morales, et al., 2024; Polanczyk et al., 2015; Solmi et al., 2022). Lejos de ser una simple antesala de la salud mental en la adultez, la infancia y la adolescencia representan fases del desarrollo marcadas por múltiples cambios, no siempre negativos, con potencial claro para la prevención primaria y actuación temprana (Gniewosz & Gniewosz, 2020; Mastorci et al., 2024; Petersen et al., 2022). Actuar antes de que se alcance el “pico” de aparición sintomática puede contribuir significativamente a mitigar el sufrimiento de todas las partes implicadas, disminuir la cronicidad y reducir la carga global asociada a los trastornos mentales (Essau et al., 2018; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; Solmi et al., 2022). En la actualidad hay consenso entre todos los agentes de cambio por revertir la situación, y crece la convicción de que los niños y jóvenes necesitan habilidades emocionales y sociales que les ayuden a enfrentar de manera saludable y efectiva los retos actuales y futuros (OMS, 2021).

En España se están impulsando iniciativas desde diferentes ámbitos con el objetivo de favorecer el bienestar en las primeras décadas del ciclo vital. Concretamente, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español en 2022 estableció entre las diez líneas estratégicas en materia de salud mental para el periodo 2022-2026, la L2: “Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental”, y la L5: “La salud mental en la infancia y en la adolescencia” (Ministerio de Sanidad, 2022). Estas líneas estratégicas reflejan la importancia de actuar desde edades tempranas, dado que la infancia y la adolescencia son etapas fundamentales para implementar tácticas preventivas que promuevan la salud mental y el bienestar psicológico (Kieling et al., 2024; OMS, 2022; Solmi et al., 2021, 2022). Entre los objetivos de estas líneas se recoge el desarrollo de actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios (Ministerio de Sanidad, 2022).

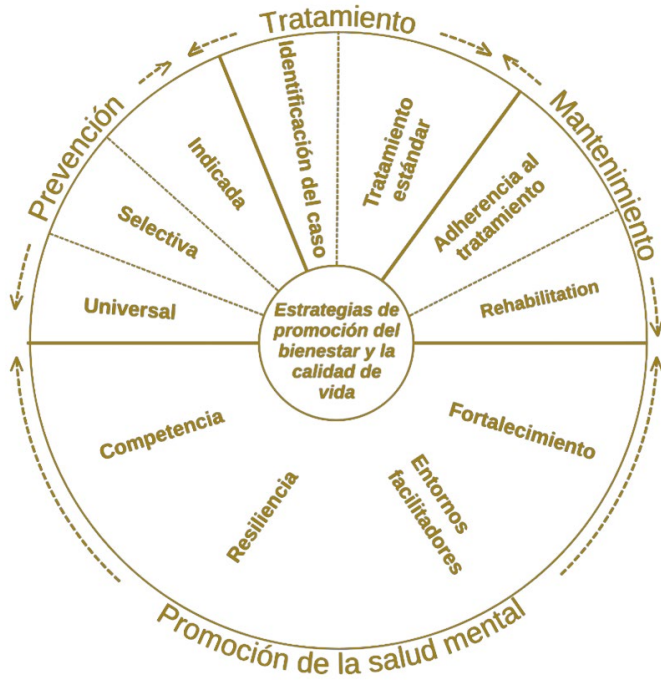
Asimismo, la legislación educativa española ha evolucionado en los últimos tiempos hacia una mayor atención a la salud mental infanto-juvenil, promoviendo, a través de una combinación de leyes orgánicas, planes estratégicos nacionales, fondos europeos y desarrollos normativos autonómicos, la creación de contextos escolares que no sólo instruyen, sino que también cuidan el bienestar emocional. Esto queda recogido en la orden 10/2023, a través de la línea estrategia de igualdad, convivencia y bienestar emocional que recoge como objetivo el desarrollo de actuaciones dirigidas a la promoción y competencias socioemocionales.

Las intervenciones preventivas desde el ámbito educativo pueden clasificarse en tres enfoques principales: universales, selectivos o indicados (Haggerty & Mrazek, 1994; Hosman et al., 2004; Stockings et al., 2016). El enfoque universal está destinado a toda la población, independientemente de las condiciones de riesgo concretas de los participantes. Se trata de una acción orientada a promover hábitos saludables que favorezcan el bienestar biopsicosocial, así como a prevenir o retrasar la aparición de problemas y reducir la presencia de comportamientos disfuncionales. Por su parte, el enfoque selectivo se dirige a personas que presentan un número considerable de factores de riesgo con una probabilidad significativamente mayor de desarrollar un problema, en función de factores psicológicos, sociales o contextuales comprobados. Sin embargo, el enfoque indicado se dirige a personas que presentan signos tempranos relacionados con el desarrollo de dificultades que anticipan la aparición de un trastorno, aun sin cumplir criterios diagnósticos. Tanto la prevención selectiva, dirigida a personas con múltiples factores de riesgo, como la prevención indicada, centrada en quienes ya presentan síntomas iniciales, tienen como objetivo implementar intervenciones focalizadas que detengan o reviertan los comportamientos disfuncionales, favoreciendo así una mejora en la salud y el bienestar psicosocial (Garaigordobil, 2023; Hosman et al., 2004).

No obstante, en el modelo propuesto por Haggerty & Mrazek, (1994) que clasifica las estrategias de prevención según el nivel de riesgo de la población destinataria (universal, selectiva e indicada), no se tiene en cuenta de manera explícita la promoción activa del bienestar emocional. Con el fin de subsanar esta limitación conceptual, Barry (2001) propuso completar el modelo incorporando de forma clara la dimensión de la promoción de la salud mental. Esta ampliación se representa visualmente mediante un círculo completo en el que todas las fases se articulan alrededor de un eje común: el impulso de la calidad de vida y el bienestar psicológico (Figura 1).

Figura 1.

Modelo de intervención en salud mental de Barry (2001)



Nota: Adaptación de Barry (2001)

4.2.2 Efectos de la promoción y la prevención desde la escuela

A partir de esta clasificación, diferentes estudios han evaluado la eficacia de estos enfoques en contextos escolares, con el fin de determinar cuáles generan mayores beneficios en la reducción de la sintomatología emocional. Los resultados del estudio metaanalítico de Stockings et al., (2016) fundamentado en datos de más de 46.000 participantes, reveló de forma contundente que las estrategias de prevención universal, selectiva e indicada son significativamente efectivas para reducir la incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. Específicamente, se observó una disminución del riesgo de desarrollar estos trastornos hasta nueve meses después de la intervención, un beneficio consistente en los

tres tipos de prevención. Sin embargo, la prevención universal se destacó por mantener sus efectos positivos hasta un año post-intervención. En contraste, las intervenciones selectivas e indicadas, si bien mostraron reducciones significativas en los síntomas, tendieron a ser de menor duración. No obstante, un amplio metaanálisis en red llevado a cabo por Caldwell et al., (2019) no logró reunir evidencias concluyentes sobre la efectividad de las intervenciones escolares en la prevención de la ansiedad y la depresión. Sus hallazgos contradicen lo señalado en revisiones anteriores, ya que apenas encontraron respaldo empírico suficiente que avale el impacto preventivo de este tipo de programas. Caldwell et al., (2019) argumentan que estas limitaciones podrían deberse, en gran medida, a deficiencias metodológicas en los estudios analizados, como la escasa claridad en los procedimientos de aleatorización o en el control de la asignación de los participantes, así como a la presencia de posibles sesgos derivados del tamaño reducido de algunas muestras, especialmente en el caso de los estudios sobre ansiedad. En esta línea O'Connor et al., (2018) resaltó la complejidad de evaluar la efectividad de los programas universales de promoción de la salud mental. La inconsistencia de los resultados es una característica predominante en la literatura, lo que plantea desafíos para la formulación de recomendaciones claras. Se argumenta que esta variabilidad podría deberse a la diversidad de diseños de estudio, la heterogeneidad de las intervenciones (enfoques, duración, contenido) y las diferentes poblaciones y contextos escolares, que dificultan la identificación de un efecto universal robusto y generalizable.

No obstante, nuevos metaanálisis han arrojado mayor evidencia a la situación, teniendo presente las limitaciones previas. El metaanálisis de Salazar de Pablo et al., (2020) demuestra que tanto las intervenciones universales como las selectivas son efectivas para promover la salud mental en jóvenes y logran reducciones en síntomas de depresión y ansiedad, además de mejorar el bienestar y habilidades de afrontamiento. Ambos enfoques mostraron un pequeño, pero estadísticamente significativo, efecto beneficioso en la promoción de la salud mental de los niños y adolescentes. El tamaño del efecto combinado para todos los resultados fue de $g = 0.20$ (IC 95%: 0.16–0.24). Sin embargo, el tamaño del efecto fue algo más pronunciado en los enfoques selectivos frente al universal.

Posteriormente, el metaanálisis actualizado de Werner-Seidler et al., (2021) analizó la eficacia de las intervenciones preventivas implementadas en contextos escolares para abordar síntomas de ansiedad y depresión en población infantil y adolescente. Los resultados respaldan la utilidad de estos programas que, aunque presentan efectos de magnitud modesta, contribuyen de forma significativa a la mejora del bienestar emocional de los jóvenes. La eficacia tiende a

ser mayor inmediatamente después de la intervención, observándose una disminución progresiva de su impacto con el paso del tiempo. En particular, las intervenciones resultan más efectivas cuando se aplican a estudiantes que ya presentan indicadores tempranos de malestar, en comparación con aquellos que no muestran signos previos. Las intervenciones universales, si bien generan un efecto individual más limitado, poseen un valor añadido a nivel poblacional al alcanzar a un mayor número de jóvenes (Werner-Seidler et al., 2021). Dado que estos programas están dirigidos a la población general y no a grupos de alto riesgo, no se esperan efectos de gran magnitud; no obstante, incluso los cambios modestos adquieren relevancia cuando se aplican en amplias muestras comunitarias (O'Connor et al., 2018; Rapee, 2016; Salazar de Pablo et al., 2020; Stockings et al., 2016).

Ante el compromiso por asegurar que todos los niños tengan acceso a recursos en materia de salud mental escolar, los centros escolares desarrollan iniciativas preventivas universales a pesar de la pluralidad en los estudios (Lee et al., 2023; Patalay et al., 2017). Esta elección se basa en el impacto positivo general, ya que beneficia tanto a los niños en riesgo como a aquellos que no lo están, provocando un efecto de vacuna social (Cefai et al., 2021). De igual modo, los costos en personal, dinero y tiempo que implica identificar a quienes tienen necesidades suponen un desafío, además del estigma social que puede generar. Esto provoca que disminuya la implementación del enfoque preventivo específico frente al universal (Gronholm et al., 2018; Lee et al., 2023; O'Reilly et al., 2018; Wang et al., 2024). Ha quedado validado científicamente que las estrategias de promoción de la salud mental en el entorno escolar en aspectos como regulación emocional, habilidades sociales, habilidades de afrontamiento, manejo de los síntomas ansioso-depresivos y prevención de la salud mental reducen las cifras de prevalencia, así como los efectos colaterales de sufrir un problema de salud mental (Casañas et al., 2020; Essau et al., 2012; Fonseca-Pedrero et al., 2023; O'Connor et al., 2018; Pandey et al., 2018; Scaini et al., 2022; Shortt et al., 2001; Skryabina et al., 2016; Wang et al., 2024). Es importante tener en cuenta que el éxito de las estrategias dependerá de cómo se adapten y se desarrollen en los distintos entornos (Cipriano et al., 2023).

Aunque persiste la necesidad de consolidar un cuerpo de evidencia aún más robusto con consensos en la metodología y enfoques de aplicación, actualmente hay intervenciones en las escuelas que sí que ejercen una influencia positiva en la salud mental de los niños y adolescentes en materia de prevención universal (Wang et al., 2024).

4.2.3 La escuela como contexto favorecedor

Los centros escolares constituyen lugares ideales para la promoción del bienestar emocional y la prevención de sintomatología psicológica en edades tempranas (Garaigordobil, 2023). Las escuelas representan el contexto natural en el que los niños aprenden, socializan, fortalecen su autonomía, potencian sus habilidades para gestionar sus emociones, aprenden a manejar su frustración, etc. Además, son espacios inclusivos que acogen a los niños independientemente del estilo educativo o del nivel socioeconómico de los padres u origen étnico, convirtiéndose en un espacio idóneo no solo para el aprendizaje académico, sino también para fomentar habilidades de regulación emocional y fortalecer el desarrollo personal y social (Bisquerra & García, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2022). La escuela actúa como un agente socializador clave, ofreciendo un entorno seguro y libre de estigmas que facilita intervenciones de promoción y prevención en salud mental. Su papel es esencial en el desarrollo de competencias socioemocionales, tanto por la cantidad de tiempo que los menores permanecen en este espacio a lo largo del año, como por ser el principal punto de contacto con sus iguales (Organización Panamericana de la Salud, 2022). Por estas razones, los centros educativos constituyen un entorno estratégico para promover el bienestar psicológico desde edades tempranas del desarrollo (Francisco et al., 2025).

Asimismo, la relevancia del contexto escolar cobra aun mayor sentido si se considera que coincide con la etapa de la niñez intermedia (entre los 6 y los 12 años), un periodo clave en el que los niños atraviesan importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales (Crowell, 2021; Fernández García et al., 2021; Sørliet et al., 2021). En este momento evolutivo, los niños no solo experimentan un avance significativo en su autonomía, sino que también enfrentan nuevos desafíos adaptativos asociados al contexto escolar, como la escolarización obligatoria, la evaluación académica, la realización de tareas de aprendizaje que suponen retos, el establecimiento de vínculos sociales y el ajuste a normas institucionales. Todos estos factores pueden actuar como estresores y, si no se gestionan adecuadamente, interferir en su bienestar psicológico (Fernández-Sogorb et al., 2021; Ingles et al., 2025; Kurdi & Archambault, 2018; Orgilés, Espada, et al., 2024; Schmidt et al., 2021). Disponer de una buena salud mental facilita el afrontamiento óptimo y eficaz de situaciones estresantes y difíciles (Fusar-Poli et al., 2020). Por tanto, todo apunta a que los esfuerzos y la mirada deben de estar centradas en intervenir en la etapa educativa y en la etapa escolar temprana, proporcionando herramientas que les

permitan afrontar de forma saludable estas demandas y consolidar una base emocional sólida durante esta fase del desarrollo (Caldwell et al., 2019; Garaigordobil, 2023; Ingles et al., 2025; Orgilés, Espada, et al., 2024; Orgilés, Morales, et al., 2024; Patalay et al., 2017). Es por esto que se hace fundamental promover en los niños el desarrollo de habilidades socioemocionales a través de programas de prevención desde un enfoque positivo donde se refuercen sus fortalezas y competencias para mejorar el bienestar mental general y hacer frente a la sintomatología ansioso-depresiva (Aguilar et al., 2019; Essau et al., 2019; Fusar-Poli et al., 2020; Moreno et al., 2024; O'Connor et al., 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2022). Actualmente, las escuelas a nivel mundial asumen mayor compromiso y competencia en materia de salud mental con el fin de prevenir la aparición de problemas en períodos críticos del desarrollo (Cefai et al., 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2023; Patalay et al., 2017). Sin embargo, no todo vale. Se ha documentado que ciertas intervenciones pueden generar efectos no deseados, lo que obliga a abandonar la idea generalizada de que todas las iniciativas en este ámbito son siempre positivas o inofensivas para la infancia y la adolescencia (Andrews & Foulkes, 2025; Foulkes & Stringaris, 2023; Harvey et al., 2023; Kuyken et al., 2022). No debe ignorarse que algunas intervenciones pueden tener consecuencias negativas no previstas. Ante este panorama, se vuelve imperativo examinar de forma crítica si las metodologías actuales son exclusivamente beneficiosas o si, por el contrario, entrañan consecuencias negativas no intencionadas. Por ello, es esencial abandonar la creencia de que cualquier programa en este ámbito será automáticamente beneficioso para todos los estudiantes. Es una necesidad contar con programas basados en la evidencia para asegurar que tienen un impacto real y aporten beneficios a nivel individual, social, familiar, educativo y comunitario (Birrell et al., 2025; Fazel & Kohrt, 2019; Garaigordobil, 2023; Moreno et al., 2024). Los programas de aprendizaje socioemocional en las escuelas son de las estrategias de promoción más eficaces para cualquier país (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

4.2.4 Las habilidades socioemocionales como eje de la prevención

Las habilidades socioemocionales son ese conjunto de acciones que se llevan a cabo para gestionar de forma adecuada los pensamientos, las emociones y los comportamientos propios con el fin de sentirse bien consigo mismo y afrontar de forma adaptativa situaciones que nos ocurren, como manejo del estrés, control de los impulsos, etc. (CASEL, 2025), y también

para relacionarse con los demás de manera positiva (Alzahrani et al., 2019; CASEL, 2025). Obtener competencias socioemocionales es un factor para un futuro saludable (OMS, 2021). Trabajar este conjunto de habilidades en el contexto escolar resulta productivo ya que además repercute en el clima escolar y en los logros académicos de los niños (Alzahrani et al., 2019; Casañas et al., 2020; Cipriano et al., 2023; Moreno et al., 2024; Nieto-Carracedo et al., 2024). Por tanto, el fomento de estas habilidades es un pilar esencial para el desarrollo integral de los niños en la etapa de primaria (Moreno et al., 2024).

Hasta hace relativamente una década, las competencias socioemocionales solían abordarse cuando las personas mostraban ciertas dificultades o problemas. No obstante, han ganado protagonismo en la investigación, especialmente en el ámbito infanto-juvenil, lo que ha favorecido el avance en su definición teórica y en la creación de instrumentos de evaluación específicos para la etapa educativa (Martinez-Yarza et al., 2023; Muñoz-Oliver et al., 2022).

En la actualidad se ha confirmado que los programas de desarrollo socioemocional implementados en la educación primaria son eficaces ya que mejoran consistentemente las habilidades socioemocionales de los niños, como la autoconciencia y la autogestión emocional, y tienen un impacto positivo adicional en la reducción de problemas de conducta y en el fomento del rendimiento académico (Durlak et al., 2022; Moreno et al., 2024). Las investigaciones subrayan que el desarrollo de capacidades socioemocionales influye de forma decisiva en el bienestar y el desempeño educativo de niños y jóvenes.

Así pues, esto significa que los programas preventivos infanto-juveniles no solo deben apuntar a reducir la ansiedad o la depresión (Broeren et al., 2013; Canals et al., 2019; Cummings et al., 2014; Dalsgaard et al., 2020; Essau et al., 2018; Khanal et al., 2022), sino también a fomentar habilidades fundamentales para la adaptación y el afrontamiento de una amplia variedad de situaciones como la regulación emocional (Brenning et al., 2022; Gadassi Polack et al., 2021), la resiliencia (Eryilmaz et al., 2023) y el desarrollo de relaciones positivas (Chen et al., 2024; Del Prette y Del Prette, 2021; Huber et al., 2019).

4.3 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PREVENTIVAS EN EL CONTEXTO EDUCATIVO ESPAÑOL

Se hace primordial el empleo de programas con respaldo científico para la promoción de habilidades socioemocionales y prevención de síntomas internalizantes desadaptativos (Birrell et al., 2025; Fazel & Kohrt, 2019). Para ello hay una gran diversidad de protocolos e intervenciones internacionales que cumplen este requisito; sin embargo, es una mala praxis implementarlos sin adecuar los contenidos, las dinámicas y las actividades a nuestro contexto (Corpus-Espinosa et al., 2025). Además, también es relevante considerar el tipo y enfoque de los programas (Waldron et al., 2018).

4.3.1 Programas de aprendizaje socioemocional

España se encuentra entre los países que más han desarrollado estudios aplicados de programas sobre competencias socioemocionales (Fernández-Martín et al., 2021; Muñoz-Oliver et al., 2022). En la actualidad, de entre todas las intervenciones aplicadas en educación primaria en España que han mostrado resultados positivos tras su implementación presencial en el aula y que han evidenciado una eficacia favorable dentro del enfoque del aprendizaje socioemocional, destacan el Programa de Educación Emocional para Primaria (PEEP) y el Programa de Desarrollo de la Inteligencia Emocional (EDI) debido, en gran parte, a su apoyo empírico procedente de estudios con mayor robustez metodológica y un volumen muestral considerable (Aguilar et al., 2019; Pastor-Porras & Marín Suelves, 2021; Puertas-Molero et al., 2020). Aunque ambos programas presentan resultados alentadores, es importante señalar que su validación empírica sigue siendo limitada, ya que únicamente han sido evaluados en un número reducido de ocasiones (Agulló Morera et al., 2011; Filella-Guiu et al., 2014; Viguer et al., 2017). Por tanto, se consideran propuestas prometedoras que requieren de un mayor respaldo científico a través de nuevas investigaciones que confirmen su efectividad y sostenibilidad a largo plazo.

El Programa de Educación Emocional para Primaria (PEEP) surgió como una intervención planificada y estructurada con el propósito de fomentar el desarrollo afectivo del alumnado en las primeras etapas escolares, abordando un ámbito tradicionalmente menos priorizado frente al desarrollo cognitivo (Agulló Morera et al., 2011; Filella-Guiu

et al., 2014). Se basa en el modelo pentagonal de competencias emocionales formulado por Bisquerra Alzina et al., (2015), centrado en cinco dimensiones clave: conciencia emocional, regulación emocional, autoestima, habilidades socioemocionales y habilidades para la vida y el bienestar.

Este programa, de carácter universal y con un claro enfoque preventivo y promocional, se dirige a todo el alumnado de entre 6 y 12 años, abarcando los tres ciclos de la etapa de Educación Primaria. Su implementación se realiza dentro del horario lectivo, en el marco del Plan de Acción Tutorial, lo que permite su integración en la dinámica habitual del aula sin requerir recursos extraordinarios. La intervención se extiende a lo largo de un curso académico completo y contempla un total de veinte sesiones (una por semana), de entre 45 y 60 minutos de duración. Las actividades están organizadas de forma equilibrada en torno a los cinco bloques competenciales, adaptadas al momento evolutivo de los alumnos, y diseñadas para desarrollarse mediante metodologías activas y vivenciales, que favorecen la implicación del alumnado a través del juego, la reflexión grupal, la dramatización o la expresión emocional. La aplicación corre a cargo del profesorado tutor, que recibe formación específica antes de iniciar el programa y cuenta con acompañamiento técnico durante el proceso de aplicación.

La eficacia del PEEP ha sido evaluada en distintos estudios con diseño cuasi-experimental, entre ellos los trabajos de Agulló Morera et al., (2011) y Filella-Guiu et al., (2014), cuyos resultados reflejan mejoras significativas en el desarrollo de competencias emocionales en el alumnado participante. Se observaron avances especialmente relevantes en dimensiones como la conciencia emocional, la regulación afectiva, las habilidades de interacción social y la percepción de bienestar personal, en comparación con el GC. En uno de los dos estudios se constató que las mejoras se mantenían seis meses después de la intervención, aunque los resultados deben interpretarse con cautela debido al escaso tamaño muestral (Agulló Morera et al., 2011).

El profesorado evaluó el PEEP positivamente tanto por su aplicabilidad como por el impacto percibido en el clima emocional del aula. También en el caso del alumnado, la mayoría expresó una experiencia satisfactoria y una percepción clara de utilidad de los contenidos trabajados. No obstante, no se identificaron diferencias significativas entre sexos en todas las variables evaluadas. En conjunto, el PEEP puede ser considerado una herramienta pedagógica eficaz, empíricamente validada y alineada con el enfoque del aprendizaje social y emocional (SEL). Su diseño estructurado, su integración curricular y su impacto positivo

documentado, refuerzan su valor como propuesta educativa orientada a la mejora del bienestar emocional y de la convivencia en el contexto escolar, desde una perspectiva inclusiva y formativa.

El programa, titulado “¿Quieres viajar al planeta de las emociones?”, también conocido como EDI, fue diseñado por Viguer et al., (2017) y toma como marco teórico el modelo de inteligencia emocional y social propuesto por Bar-On, (2006), compuesto por cinco componentes: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo general. Está concebido desde una perspectiva preventiva para potenciar competencias emocionales durante la etapa de la preadolescencia de 10 a 12 años. El contenido del programa se organizó en torno a cuatro bloques principales que abordaban el reconocimiento y gestión de emociones propias, la mejora de las habilidades sociales, la regulación emocional ante situaciones estresantes y el fortalecimiento de un estado de ánimo positivo (Viguer et al., 2017). El programa se desarrolló a lo largo de dos años escolares, con una sesión semanal de aproximadamente una hora de duración. Las sesiones se integraron en el horario lectivo habitual, concretamente en el tiempo destinado a la tutoría. La ejecución estuvo a cargo de psicólogos formados específicamente para este fin, quienes trabajaron de manera coordinada con el profesorado titular de los grupos. El enfoque metodológico del programa fue experiencial, activo y participativo, utilizando una variedad de recursos como dinámicas de grupo, dramatizaciones, técnicas de relajación, proyección de contenidos audiovisuales, escritura reflexiva y debates. Además, cada estudiante contó con un cuaderno de actividades como herramienta de apoyo a lo largo del proceso. El diseño del estudio que evaluó la efectividad del programa fue cuasi-experimental con GC, y contempló cuatro puntos de evaluación: antes de iniciar el programa, tras el primer curso escolar, al comienzo del segundo año (como medida de seguimiento) y al finalizar el segundo curso académico. El GE estuvo conformado por 182 alumnos que participaron activamente en el programa durante dos cursos consecutivos, mientras que los 46 estudiantes del GC continuaron con el plan de acción tutorial habitual sin recibir la intervención.

Los análisis estadísticos realizados mostraron diferencias significativas entre el GE y el GC, tanto tras el primer año como al finalizar la segunda fase de intervención. En concreto, el alumnado participante en el programa experimentó mejoras notables en las dimensiones de inteligencia intrapersonal, habilidades interpersonales, manejo del estrés y estado de ánimo general. Estas mejoras se mantuvieron estables en la medición de seguimiento realizada al inicio del segundo curso, lo que refuerza la consistencia de los efectos obtenidos. Por otro lado, la

dimensión de adaptabilidad no mostró progresos tras el primer año, pero sí reflejó una evolución positiva al finalizar el segundo año. El GC, en cambio, no experimentó mejoras en ninguna de las dimensiones evaluadas, e incluso presentó un descenso en la capacidad de manejo del estrés (Viguer et al., 2017).

En suma, estos dos programas aportan evidencia empírica en nuestro país sobre la viabilidad y eficacia de intervenciones escolares destinadas a promover la inteligencia emocional en la infancia (Tabla 1). Estos programas con resultados prometedores demuestran que es posible mejorar de forma significativa las competencias emocionales del alumnado cuando se trabaja desde un enfoque adaptado a las características evolutivas del grupo (Aguilar et al., 2019; Agulló Morera et al., 2011; Filella-Guiu et al., 2014; Viguer et al., 2017). Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar programas de educación emocional en el currículo escolar desde una perspectiva preventiva y formativa, en sintonía con los principios del aprendizaje social y emocional (SEL). A pesar del valor de la evidencia acumulada, el campo de programas de prevención y promoción escolar en habilidades socioemocionales en España aún requiere de mayor homogeneidad, ya que la implementación en el sistema educativo formal sigue siendo desigual y, en muchos casos, poco sistematizada (Muñoz-Oliver et al., 2022). Hay que avanzar hacia un modelo más integrado, en el que los programas estén alineados con el currículo escolar y sean objeto de evaluación rigurosa y continua (Muñoz-Oliver et al., 2022).

Tabla 1*Programas socioemocionales españoles aplicados en las aulas*

Programa	Año	Autores	Modelo teórico
Programa de Educación Emocional para Primaria (PEEP)	2011	Agulló Morera et al., Filella-Guiu et al.	Modelo pentagonal de competencias emocionales (Bisquerra, 2015)
Programa de Desarrollo de la Inteligencia Emocional (EDI)	2017	Viguer, Cantero y Bañuls	Modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey Modelo de inteligencia socioemocional de Bar-On Modelo pentagonal de competencias emocionales

4.3.2 Programas cognitivos-conductuales

Actualmente la terapia cognitivo-conductual es el enfoque con mayor evidencia científica y respaldo desde hace más de dos décadas para abordar tanto los problemas de ansiedad como de depresión en niños y adolescentes (Espada et al., 2023; Galán-Luque et al., 2023; Sanz et al., 2025). Así pues, es el tratamiento de elección frente a los trastornos de ansiedad y de depresión (Society of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2025).

Inspiradas en estos tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad infantojuvenil, se han creado intervenciones preventivas de distinta naturaleza con el fin de ser aplicadas en las escuelas y así prevenir los problemas internalizantes y mejorar las cifras de prevalencias que hoy nos acompañan (Orgilés et al., 2024). La investigación acumulada a través de revisiones y metaanálisis apunta a que estos programas para prevenir la ansiedad y la depresión, cuando se desarrollan en centros de educación primaria, logran mejoras significativas perdurando en el tiempo, si bien los efectos son pequeños (Hayes et al., 2025; Werner-Seidler et al., 2021). Estos programas en lugar de diseñarse sobre la base de tratamientos focalizados para trastornos específicos (fobia específica, fobia social, ansiedad por separación, etc.), se formulan con un enfoque integral para abordar un conjunto de problemas del espectro de la ansiedad debido a

Objetivos del programa	Edad destinataria	Ámbito de implementación en España	Duración temporal	Estudios sobre eficacia
Fomentar desarrollo afectivo, conciencia emocional, regulación, autoestima, habilidades socioemocionales y bienestar.	6 a 12 años (Educación Primaria)	Cataluña	1 curso escolar	2
Potenciar inteligencia intrapersonal e interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo positivo en la preadolescencia.	10 a 12 años (Preadolescencia)	Castilla La Mancha	2 cursos escolares	2

la alta comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad en esta población (Davies et al., 2023; Diego, 2019; Essau & Ollendick, 2013; Vivas-Fernandez et al., 2024). El programa FRIENDS es el que más evidencias ha acumulado con mejoras de la sintomatología de ansiedad hasta 6/12 meses tras la intervención (Filges et al., 2024; Fisak et al., 2023).

El programa FRIENDS (Barrett et al., 2001; Barrett, Lowry-Webster, et al., 2000a, 2000b; Barrett, Moore, et al., 2000; Shortt et al., 2001) constituye una adaptación grupal y preventiva inspirada en el pionero programa de tratamiento Coping Cat, desarrollado por Kendall (Kendall, 1990). Coping Cat representa el primer programa cognitivo-conductual enfocado en el tratamiento conjunto de la ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y la fobia social en niños y adolescentes de entre 7 y 13 años. Concebido inicialmente como una intervención individual de 16 sesiones, ha sido validado en distintos ECAs y su eficacia ha sido replicada en diversos países. FRIENDS, derivado de éste, actúa sobre una gama más amplia de trastornos, ya que incluye la fobia específica y abarca un amplio rango de edad. Para ello, FRIENDS se desarrolla en la infancia de 4 a 7 años (Fun FRIENDS) y de 8 a 11 (Fun FRIENDS) durante 10 sesiones, una a la semana, aplicada al contexto escolar.

Para los problemas de depresión, Bernaras et al., (2019) ha permitido identificar únicamente tres programas universales escolares dirigidos a la prevención de la depresión en la infancia, específicamente en el rango de edad de 8 a 12 años: Penn Resiliency Program (Gillham et al., 2007), FRIENDS (Barrett et al., 2001) y Aussie Optimism Program (Rooney et al., 2006). Hay que considerar que, tras esta revisión, se ha publicado la intervención del programa Pozik-Bizi que consigue reducir la sintomatología emocional en niños de 7 a 10 años (Garaigordobil et al., 2019). Bernaras et al. (2019), también incluye el programa FORTIUS, sin embargo, los resultados publicados sobre la efectividad en centros educativos se vinculan a los primeros cursos de la educación secundaria (Méndez et al., 2013; Orenes, 2015; Tabla 2).

De todos estos programas para población infantil, basados en la terapia cognitivo conductual, diseñados y probados en España para prevenir el cuadro sintomático predominante y principal, sólo contamos con Pozik-Bizi (Garaigordobil et al., 2019), y hay que tener en cuenta que sólo existe un estudio evaluando su eficacia con falta de evaluaciones longitudinales, por lo que hay que ser cautos y prudentes en las interpretaciones (Tabla 2). También hay que tomar perspectiva y considerar la realidad clínica en los síntomas emocionales.

Tabla 2

Programas de prevención en problemas internalizantes en España con evidencia

Programa	Año	Autores	Marco teórico	Objetivos del programa
FORTIUS ^a	2013	Méndez et al.	TCC	Favorecer el desarrollo de recursos personales que le permitan al niño gestionar mejor sus emociones, pensamientos y conductas, minimizando el malestar.
Pozik-Bizi (Vivir feliz)	2015	Bernarás et al.	TCC	Mejorar la interacción entre compañeros, promover la gestión adecuada de emociones y pensamientos, y reforzar la autoestima del alumnado

^a Los resultados de eficacia disponibles se limitan a niños de 12 y 13 años.

Los límites entre las distintas categorías son difusos. Es común observar la coexistencia de síntomas emocionales que escapan a una categorización diagnóstica única y cerrada (Melton et al., 2016). Las investigaciones respaldan modelos dimensionales con trayectorias clínicas interrelacionadas, donde, tanto la ansiedad desadaptativa como la depresión, pueden anticipar o aumentar el riesgo de aparición de otros cuadros en etapas posteriores (Canals et al., 2019; Davies et al., 2023; Essau et al., 2018; Khanal et al., 2022; Melero et al., 2021a). Es por ello que resulta prioritario contar en España con programas de prevención desde el ámbito escolar y comunitario, que ofrezcan una cobertura completa sobre los fenómenos que facilitan el bienestar psicológico y, por ende, reduzcan la aparición de malestar psicológico atendiendo a las necesidades y características propias de los niños en este momento evolutivo, dada la limitada oferta actual (Fusar-Poli et al., 2020; Garaigordobil et al., 2019), ya que, además, las intervenciones psicológicas en el contexto escolar han demostrado ser coste-efectivas, según los análisis económicos publicados por UNICEF (UNICEF, 2023).

Edad destinataria	Ámbito de implementación en España	Nº de sesiones	Estudios sobre eficacia
8 a 13 años	Comunidad Valenciana	14 sesiones	1
8 a 10 años	País Vasco	18 sesiones	1

4.3.3 Programas cognitivos-conductuales transdiagnósticos

Es relevante considerar el tipo y enfoque de los programas de prevención e intervención (Waldron et al., 2018). Frente a la significativa coexistencia entre síntomas depresivos y ansiosos, cobra especial sentido adoptar una mirada transdiagnóstica que integre los elementos comunes a ambos trastornos en lugar de abordarlos de forma aislada (Vivas-Fernandez et al., 2024). Aunque todavía se están generando evidencias respecto a la efectividad de los enfoques transdiagnósticos en niños, adolescentes y sus familias, estos modelos ofrecen ventajas frente a las dificultades que presentan los tratamientos tradicionales, especialmente en contextos marcados por la comorbilidad, la variabilidad clínica y las dinámicas familiares complejas (Chu, 2012; Wang et al., 2024). Debido a la alta comorbilidad entre los diferentes signos de ansiedad junto a los síntomas depresivos, se han diseñado intervenciones con enfoque transdiagnóstico (Cano-Vindel et al., 2016; Chorpita & Barlow, 1998; Chu et al., 2009; Diego, 2019; Essau & Ollendick, 2013; Ghizzoni et al., 2025; Jeppesen et al., 2021; Kendall et al., 2014; Loevaas et al., 2019). Desde esta perspectiva, se abordan los mecanismos comunes que generan los diferentes problemas que ocurren. No solo se acomete el síntoma principal, sino también las dificultades asociadas (Sandín et al., 2012). Perfiles heterogéneos (en edad, en síntomas, en características socioculturales, etc.) pueden beneficiarse de este enfoque validado empíricamente tanto en población adulta como infantil (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Diego, 2019; García-Escalera et al., 2016; Ghizzoni et al., 2025; Newby et al., 2015). Además, el enfoque transdiagnóstico ofrece intervenciones ajustables a diferentes números de personas y contextos, buscando ser rentables en el menor tiempo posible (Murcia, 2023; Schaeuffele et al., 2021; Wang et al., 2024).

El cuerpo de evidencia empírica acumulada en torno a la eficacia de las intervenciones transdiagnósticas desde una perspectiva cognitivo conductual sugiere que es un enfoque prometedor, asequible y pragmático en las dificultades y en los trastornos emocionales indistintamente de la edad o de la población a la que va dirigida (Diego, 2019; García-Escalera et al., 2016; Ghizzoni et al., 2025; Reinholt & Krogh, 2014; Wang et al., 2024). Entre las intervenciones transdiagnósticas infanto-juveniles desarrolladas no solo se encuentran la modalidad de tratamiento o la prevención específica, sino también la universal (Dalglish et al., 2020; Essau et al., 2019; Ishikawa et al., 2019; Loevaas et al., 2019; Priede et al., 2021; Wang et al., 2024). Éstas se han probado en instituciones escolares consiguiendo resultados exitosos, mejorando las competencias

socioemocionales en los niños (Evans et al., 2020; Kishida et al., 2022; Mehrdadfar et al., 2023; Wang et al., 2024).

Actualmente, el Protocolo unificado para niños (UP-C) y Super Skills for Life (SSL) son dos intervenciones transdiagnósticas que presentan incipientes niveles de evidencia en su modalidad preventiva universal frente a problemas internalizantes, y que están centradas en la promoción de habilidades socioemocionales en la infancia (Barlow et al., 2016; Chen et al., 2024; Ehrenreich-May & Bilek, 2009; Essau & Ollendick, 2013; Priede et al., 2021). Para estas edades también se encuentra el programa EMOTIÓN (Kendall et al., 2014; Loevaas et al., 2019; Martinsen et al., 2019), aunque actualmente se ha implementado y estudiado desde un enfoque preventivo indicado y de tratamiento de las dificultades emocionales.

4.3.3.1 Protocolo unificado para niños

El Protocolo unificado para niños (UP-C) se basa en la propuesta transdiagnóstica para los trastornos emocionales Barlow et al., (2004). Es un protocolo versionado del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes (UP-A) para edades comprendidas entre los 7 y los 12 años que presentan trastornos de ansiedad, ya sea de forma aislada o acompañada de sintomatología depresiva (Ehrenreich-May y Bilek, 2011; Kennedy et al., 2018). Aunque conserva la base teórica y las herramientas principales del modelo original, se ha modificado para responder a las necesidades específicas del desarrollo infantil. Entre los ajustes realizados destaca el cambio de formato individual a grupal, permitiendo un espacio donde los niños pueden aprender junto a sus compañeros, reforzando su implicación a través de la colaboración y el vínculo social, así como el uso de dinámicas más lúdicas. Las habilidades se presentan de forma secuencial a lo largo de 15 sesiones semanales de 90 minutos. Además, se incrementa la participación activa de las familias mediante grupos paralelos de los niños, lo que contribuye a generalizar el impacto de la intervención (Ehrenreich-May & Bilek, 2011). Es un protocolo manualizado que proporciona materiales diferenciados para el terapeuta, los niños y los padres. Ha sido investigado extensamente por el grupo de Ehrenreich-May a través de ECAs y ensayos sin GC, habiéndose realizado adaptaciones de ambos protocolos a distintas presentaciones clínicas y contextos (Caiado et al., 2022, 2025; Ehrenreich-May & Kennedy, 2021; Fujisato et al., 2021; Kennedy et al., 2018). También ha sido traducido y adaptado al contexto español, pero hasta el momento sin estudios de validación de su eficacia en nuestro contexto (Ehrenreich-May & Kennedy, 2021).

El programa UP-C ha sido mayormente implementado como tratamiento clínico, mostrando buenos resultados de eficacia y eficiencia como protocolo de intervención psicológica en problemas emocionales. No obstante, la primera evidencia documentada de la implementación del UP-C como intervención preventiva universal data de 2011, cuando Ehrenreich-May y Bilek publicaron los resultados obtenidos tras su aplicación en un entorno poco habitual para la promoción de la salud mental: un campamento de verano. En este contexto, el programa se enfocó en el desarrollo de habilidades socioemocionales como estrategia preventiva. Este estudio, sin contar con GC, determinado como ensayo abierto, buscó evaluar la viabilidad y los efectos iniciales del “Emotion Detectives Prevention Program” (EDPP) en un entorno distinto al escolar. Participaron 40 niños de entre 7 y 10 años. Se contó tanto con autoinformes infantiles como con informes parentales en dos momentos, al inicio de la intervención y al finalizar ésta. El EDPP contó con 15 sesiones de 45 minutos basadas en principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) impartidas dos veces por semana. Los resultados de este ensayo inicial evidenciaron una disminución estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad reportados por los propios niños justo tras la participación en el EDPP. Sin embargo, es importante señalar que no se detectaron cambios significativos en los síntomas de depresión ni en las medidas de regulación emocional. Esto evidencia la necesidad de investigaciones con diseños más robustos, tales como ensayos clínicos, y seguimientos a largo plazo como enfoque preventivo escolar, tanto en contexto escolar como recreativo, para poder recomendar el UP-C como un protocolo transdiagnóstico efectivo para la prevención de problemas internalizantes y promoción de habilidades socioemocionales en la infancia (Priede et al., 2021).

4.3.3.2 *Super Skills for Life*

SSL es una intervención psicológica preventiva de carácter transdiagnóstico basada en la terapia cognitivo-conductual, desarrollada en 2013 por la profesora Cecilia Essau (University of Roehampton, Reino Unido) y el profesor Thomas Ollendick (Virginia Tech, EE. UU.), ideada para ser aplicada en el contexto escolar. El programa se diseñó como una respuesta a la necesidad de intervenciones tempranas que pudieran prevenir el desarrollo de problemas emocionales en la infancia mediante el entrenamiento en habilidades y estrategias que les permitan afrontarlos. SSL recoge técnicas y procedimientos de intervención tales como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, la autoobservación, la resolución de problemas, las técnicas de relajación y el uso innovador del video-feedback con preparación cognitiva (Essau & Ollendick, 2013; Fernández-Martínez et al., 2020; Melero et al., 2022; Ramdhonee-Dowlot et al., 2021).

A través de ocho sesiones semanales de 45 minutos aproximadamente, se promueven estrategias de regulación emocional, afrontamiento a situaciones estresantes, comportamientos prosociales, etc. mediante una amplia variedad de actividades activas, participativas y lúdicas, como juegos, dramatizaciones, role-playings y visionado de grabaciones propias, etc., combinada con explicaciones teóricas breves, todo ello adaptado a la edad evolutiva del alumnado (Tabla 3).

SSL es un protocolo estructurado que se apoya en materiales específicos, como el manual del aplicador y el cuaderno del participante, permitiendo una aplicación estandarizada y coherente. Puede aplicarse tanto de forma grupal, en grupos reducidos de entre seis y ocho niños, como individual. Además, en España también se ha empleado en entornos clínicos y como actividad extraescolar, así como de manera autoaplicada online (Diego et al., 2024b; Orgilés et al., 2023; Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019).

Tabla 3

Estructura y objetivos del programa SSL en su versión española como protocolo de prevención indicada y tratamiento.

Sesiones	Objetivos
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el programa y sus objetivos - Favorecer que los niños se conozcan entre sí - Introducir el concepto de ansiedad - Introducir el concepto de autoestima - Identificar situaciones que generan ansiedad en los niños - Enseñar estrategias básicas para fortalecer la autoestima - Grabar a cada niño en una situación de exposición social
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar qué son las emociones y sus características principales - Entrenar el reconocimiento de emociones en uno mismo y en los demás - Trabajar la expresión emocional a través del lenguaje facial y corporal - Evaluar la intensidad emocional en diferentes situaciones - Introducir la autoevaluación del bienestar subjetivo - Concienciar sobre el papel de la actividad en el estado de ánimo - Identificar actividades que generan sensaciones positivas
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Definir qué es un pensamiento - Distinguir entre pensamientos que favorecen el bienestar y los que lo dificultan - Relacionar el pensamiento con las emociones - Detectar pensamientos automáticos negativos - Cuestionar y reemplazar pensamientos desadaptativos - Planificar metas alcanzables a través de pasos pequeños - Reforzar la práctica constante de nuevas habilidades
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la relación entre lo que se piensa, se siente y se hace - Identificar señales corporales asociadas a la ansiedad - Reconocer las diferencias físicas entre estados de ansiedad y relajación
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender los beneficios psicológicos y fisiológicos de la relajación - Aprender y practicar la respiración lenta y profunda - Entrenarse en relajación muscular progresiva - Integrar técnicas de relajación como estrategias de autorregulación emocional
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar habilidades sociales esenciales para la interacción diaria - Practicar conductas sociales mediante role-playing - Reforzar aspectos no verbales (contacto visual, postura, distancia interpersonal)
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar los pasos fundamentales de la resolución de problemas sociales - Aplicar esta estrategia a situaciones conflictivas reales propuestas por los niños - Practicar la ejecución de la estrategia en situaciones grupales - Observar y analizar la actuación propia y la de los compañeros
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los contenidos y habilidades aprendidas en el programa - Valorar los logros individuales y del grupo - Reforzar la utilidad de las estrategias trabajadas - Entregar un diploma como reconocimiento a la participación y el esfuerzo

Desde su desarrollo, SSL se ha convertido en una de las intervenciones transdiagnósticas más estudiadas y empleadas a nivel internacional para abordar los problemas emocionales en la infancia. El programa SSL tiene presencia en países de todo el mundo, como Reino Unido, Alemania, Turquía, Irán, Malasia, Italia, Ecuador, etc. (Chen et al., 2024; Essau et al., 2019; Idrobo & Orgilés, 2024.; Ramdhonee-Dowlot et al., 2021; Uzun et al., 2024). Sin embargo, es en España donde se acumula mayor evidencia científica (Diego et al., 2024a; Fernández-Martínez, Morales, et al., 2019; Melero et al., 2021b; Orgilés, Espada, et al., 2020, 2024; Orgilés, Garrigós, et al., 2020). La versión española del programa ha sido desarrollada por el Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia de la Universidad Miguel Hernández de Elche, liderado por la Dra. Mireia Orgilés y el Dr. José Pedro Espada. Esta adaptación incluye una revisión cultural y lingüística exhaustiva del protocolo, con una validación rigurosa de sus contenidos y su adecuación al contexto sociocultural hispanohablante. También incluye cambios en los materiales, la terminología y los ejemplos utilizados, así como la validación a través de grupos focales con menores.

Su eficacia ha sido respaldada por diversos estudios en los que se ha evaluado la intervención tanto en población comunitaria como clínica. Primeramente, en España se propuso evaluar la eficacia del programa preventivo transdiagnóstico grupal en un contexto cultural distinto al de su origen, a través de un diseño cuasi-experimental de un solo grupo, con mediciones antes de la intervención, inmediatamente después y un año más tarde de su inicio (Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019). Participaron 119 niños hispanohablantes de 8 a 12 años, quienes manifestaron síntomas emocionales sin presentar un diagnóstico formal de ansiedad y/o depresión. El análisis de los síntomas de depresión mostró una reducción significativa tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento a los 12 meses para ambos géneros. De manera similar, los síntomas de ansiedad también experimentaron una reducción notable. Es importante destacar que los beneficios del programa no solo se mantuvieron, sino que parecieron intensificarse a los 12 meses, lo que indica un impacto duradero de los efectos del protocolo. Además, SSL tuvo un efecto positivo en otras áreas, como la reducción de la interferencia de la ansiedad en la vida cotidiana de los niños y una mejora en los problemas de conducta y las interacciones con sus compañeros. Los datos revelaron un alto nivel de participación y retención a lo largo del estudio, lo que refuerza la fiabilidad de los resultados. No se observaron diferencias significativas en el abandono del programa en función de características sociodemográficas.

Posteriormente, se probó la efectividad del programa SSL en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en niños hispanohablantes de 6 a 8 años a través de un ECA por conglomerados (Fernández-Martínez, Morales, et al., 2019), con la participación de 123 niños españoles procedentes de 10 escuelas. Los criterios de inclusión se centraron en la edad de los niños, su dominio del español y la presencia de síntomas emocionales, excluyendo a aquellos con diagnósticos psiquiátricos o tratamientos previos. El grupo de intervención SSL experimentó reducciones significativamente mayores en comparación con el GC en las siguientes áreas: síntomas generales de ansiedad, ansiedad social, miedos específicos a lesiones físicas, síntomas emocionales generales, la interferencia de la ansiedad en el ámbito doméstico y los síntomas de depresión. También se observaron tendencias prometedoras, aunque no estadísticamente significativas, en la reducción de síntomas de pánico/agorafobia y ansiedad por separación. Los hallazgos de este estudio proporcionaron una evidencia sólida del impacto inmediato del programa. Los resultados indicaron que SSL es una herramienta efectiva para la reducción temprana de los síntomas de ansiedad y depresión en niños españoles jóvenes. Esto posicionó al programa preventivo indicado como un recurso valioso en el contexto español para la intervención en grupo de las dificultades emocionales en niños de la etapa escolar.

Seguidamente, después de revisar los factores clave que condicionan los resultados del programa en entornos grupales, se exploró por primera vez la viabilidad de desarrollar el protocolo en formato individual (Melero et al., 2021b). Por ello, se llevó a cabo un nuevo estudio con el objetivo de evaluar por primera vez los efectos a corto plazo de la versión individualizada del programa en niños españoles de 8 a 11 años. Los datos recabados a partir de 70 progenitores revelaron una marcada reducción en la proporción de niños que presentaban síntomas depresivos en un nivel clínicamente significativo, disminuyendo del 22.9% en la evaluación pre-intervención al 5.7% en el post-test. De manera análoga, el porcentaje de niños con ansiedad clínicamente significativa se redujo del 34.3% al 15.7% tras la intervención. Estas disminuciones resultaron significativas tanto para la muestra global como al analizar por género en el caso de la ansiedad: las niñas con niveles clínicamente elevados experimentaron una reducción del 44.8% al 17.2%, mientras que en los niños la disminución fue del 26.8% al 14.6%, siendo ambas reducciones estadísticamente significativas (Melero et al., 2021b). La reducción observada tras la intervención no se circunscribió únicamente a la sintomatología primaria de ansiedad y depresión, sino que se extendió a un espectro más amplio de dificultades, incluyendo tanto problemas internalizados como externalizados y una menor interferencia funcional de la ansiedad, lo que sugiere un efecto global en el bienestar infantil.

Así, los resultados obtenidos en este estudio sientan una base empírica robusta que respalda la eficacia a corto plazo de la versión individual del programa en la atenuación de una gama de síntomas emocionales y conductuales en la infancia (Melero et al., 2021b).

Consecutivamente, se propuso por primera vez evaluar la eficacia del programa en formato grupal para el tratamiento de trastornos emocionales en niños dentro de un entorno clínico español, así como su impacto en síntomas comórbidos y su durabilidad a medio y largo plazo (Diego et al., 2024a, 2024b). Esta intervención se enmarcaba en la práctica clínica real. Al finalizar la intervención, se observó una remisión diagnóstica (parcial o total) significativamente superior en el grupo SSL (88.46%) frente al GC (2%). Particularmente, las tasas de remisión fueron muy elevadas y estadísticamente significativas para los trastornos de ansiedad (85.29%) y los trastornos relacionados con trauma y estrés (94.12%). Los niños en el grupo SSL reportaron reducciones significativas en síntomas depresivos generales (disforia) y en ansiedad global, incluyendo la interferencia de la ansiedad (dentro y fuera del hogar), así como síntomas de ansiedad por separación y fobia social. La eficacia del programa fue consistentemente similar entre los niños para la mayoría de las variables analizadas, incluyendo la remisión diagnóstica y la sintomatología interna. Además, se consiguió mejorar la autoestima. La remisión de los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con trauma y estrés se mantuvo estadísticamente significativa en todos los puntos de seguimiento (3, 6 y 12 meses). Este estudio proporciona la primera evidencia de la eficacia del programa SSL grupal como tratamiento para niños con trastornos emocionales diagnosticados en un entorno clínico hospitalario (Diego et al., 2024a, 2024b). Los resultados son robustos y consistentes, demostrando que SSL no solo reduce significativamente los síntomas de ansiedad y depresión, sino que también facilita la remisión diagnóstica y mejora el bienestar general de los niños, incluyendo aspectos como la autoestima y la reducción de problemas externalizantes comórbidos y manteniendo estos efectos en el tiempo.

También, el programa ha evolucionado hacia un formato innovador, incluyendo una versión en línea autoadministrada para niños con dificultades emocionales y con la participación activa de los padres como coterapeutas, ampliando así su accesibilidad y aplicabilidad en diferentes contextos (Orgilés et al., 2023). Su evaluación mediante un ECA con 75 niños de entre 8 y 12 años confirma su valor como herramienta accesible para intervenir tempranamente en síntomas de ansiedad y depresión, reduciendo así las demoras en la atención psicológica. El grupo de intervención mostró efectos positivos significativos en la sintomatología emocional a corto plazo en comparación con el GC. También se

observó una mejora positiva en síntomas relacionados con otras dificultades, tales como problemas de externalización y dificultades generales evaluadas. Esta versión digital ha mostrado resultados prometedores, aunque también ha planteado desafíos en cuanto a la adherencia de las familias durante el proceso de intervención (Orgilés et al., 2023). Esta modalidad en línea del programa transdiagnóstico SSL ha sido pionera en el contexto español.

Seguidamente, se detalla el conjunto de estudios que han evaluado la eficacia del programa SSL en España entre 2019 y 2024 (Tabla 4).

Tabla 4

Evidencia acumulada del programa SSL en España

Autores	Año	Versión
Orgilés, FernándezMartínez, Espada y Morales	2019	Prevención indicada
FernándezMartínez, Morales, Espada, Essau y Orgilés	2019	Prevención indicada
FernándezMartínez, Morales, Espada y Orgilés	2020	Prevención indicada
FernándezMartínez, Orgilés, Morales, Espada y Essau	2020	Prevención indicada
Orgilés, Melero, FernándezMartínez, Espada y Morales	2020	Prevención indicada
Orgilés, Espada y Morales	2020	Prevención indicada
Orgilés, Garrigós, Espada y Morales	2020	Tratamiento (ansiedad por separación)
Melero, Morales, Espada, Méndez y Orgilés	2021	Prevención indicada
Melero, Orgilés, Espada y Morales	2021	Prevención indicada
Rodríguez-Manchón	2022	Prevención indicada
Melero, S., Morales, A., Espada, J. P. y Orgilés, M.	2022	Prevención indicada
Orgilés, Morales, FernándezMartínez, Méndez y Espada	2023	Prevención indicada
Diego, Morales y Orgilés	2023	Tratamiento
Diego, Morales y Orgilés	2023	Tratamiento
Orgilés, Espada y Morales	2024	Prevención universal
GalánLuque, Cabello y Orgilés	2024a	Prevención indicada
GalánLuque, Cabello y Orgilés	2024b	Prevención indicada
GalánLuque y Orgilés	2025	Prevención indicada

Formato	Edad	Muestra
Grupal (6–8 niños)	8–12	Comunitaria (escolar)
Grupal (4–6 niños)	6–8	Comunitaria (escolar)
Grupal (4–6 niños)	6–8	Comunitaria (escolar)
Grupal (4–6 niños)	6.8	Comunitaria (escolar)
Grupal (6–8 niños)	8–11	Comunitaria (escolar)
Grupal (no especificado)	6–12	Comunitaria
Grupal (no especificado)	8–12	Clínica (diagnóstico clínico)
Individual y grupal	8–12	Comunitaria (síntomas emocionales)
Individual	8–11	Comunitaria (síntomas subclínicos)
Grupal	8–12	Comunitaria (síntomas subclínicos)
Individual	8–11	Comunitaria (síntomas subclínicos)
Individual autoaplicado	8–12	Comunitaria (síntomas subclínicos)
Grupal (4–6 niños)	8–12	Clínica
Grupal (4–6 niños)	8–12	Clínica
Individual autoaplicado multimedia	8–12	Comunitaria (escolar)
Individual y autoaplicado	8–12	Comunitaria (síntomas subclínicos)
Individual y autoaplicado	8–12	Clínica (síntomas subclínicos)
Individual y autoaplicado	8–12	Clínica (síntomas subclínicos)

Aunque el programa se ha testado hasta el momento como programa de prevención indicada y tratamiento, está diseñado para el aprendizaje de habilidades emocionales y sociales que aumenten la resiliencia del niño tanto ante situaciones cotidianas como situaciones difíciles de la vida, por lo que es conveniente estudiar y valorar si puede tratarse de una herramienta útil que mejore las competencias socioemocionales del niño y reduzca la probabilidad de aparición de problemas emocionales en el futuro, actuando como vacuna psicológica frente a los problemas emocionales. Examinar su eficacia en muestra comunitaria como programa transdiagnóstico de prevención universal basado en la Terapia Cognitivo-Conductual, posibilitaría que SSL se alzara como un recurso novedoso testado científicamente para mejorar la resiliencia y prevenir problemas emocionales en los niños españoles en el contexto escolar español, donde faltan herramientas y protocolos basados en la evidencia. Por tanto, SSL se presenta como una intervención robusta, bien fundamentada teóricamente, validada empíricamente y adaptable a distintos contextos y perfiles infantiles, lo que lo convierte en una herramienta especialmente valiosa en el ámbito de la prevención e intervención temprana en salud mental infanto-juvenil.





5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Esta tesis se plantea con el propósito de dar respuesta a las limitaciones empíricas y vacíos detectados en la evidencia disponible, tal como se expone en la revisión previa de la literatura. Por ello, el objetivo general es examinar la eficacia a corto y medio plazo del protocolo transdiagnóstico SSL en su versión preventiva universal, implementada en el contexto escolar, para la prevención y reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, así como la promoción de habilidades socioemocionales en niños hispanohablantes de entre 8 y 12 años a través de un ECA.

Para alcanzar este propósito, se formulan siete objetivos específicos agrupados en dos bloques:

- a) Efectos a corto plazo del programa SSL
 1. Evaluar su eficacia en la reducción de síntomas internalizantes (ansiedad y depresión).
 2. Examinar su impacto en variables de procesos: regulación emocional cognitiva, perfeccionismo y afecto positivo y negativo.
 3. Analizar su efecto en la mejora de las habilidades sociales y del autoconcepto social y emocional.
 4. Valorar el grado de bienestar y calidad de vida de los participantes a partir de la percepción de sus cuidadores.
- b) Efectos a medio plazo del programa SSL
 5. Evaluar su eficacia en la reducción de síntomas internalizantes (ansiedad y depresión) seis meses después de la intervención.
 6. Examinar el mantenimiento de los avances en regulación emocional cognitiva, perfeccionismo, y afecto positivo y negativo, seis meses después.
 7. Comprobar la mejora de las habilidades sociales y del autoconcepto social y emocional seis meses después de finalizar el programa.

Tomando como referencia los numerosos estudios realizados sobre la eficacia del programa SSL (Chen et al., 2024; Diego et al., 2024a; Orgilés et al., 2023; Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019; Ramdhonee-Dowlot et al., 2021), se establecieron las hipótesis que se presentan a continuación:

(a) En relación a los efectos a corto plazo del programa:

1. Los participantes del grupo SSL mostrarán una disminución significativa en los síntomas de ansiedad y depresión en comparación con el GC.
2. El grupo de intervención presentará mejoras en el uso de estrategias de regulación emocional, así como una reducción en los niveles de perfeccionismo, un incremento del afecto positivo y un descenso del afecto negativo respecto al GC.
3. Los niños que reciban la intervención desarrollarán mayores habilidades sociales y un autoconcepto socioemocional más positivo que sus pares del GC.
4. Tras la finalización del programa SSL, los cuidadores principales de los participantes del grupo de intervención informarán de una mejora significativa en la calidad de vida de sus hijos respecto al GC.

(b) En relación a los efectos a medio plazo del programa:

5. Los participantes del grupo SSL mantendrán una reducción significativa de síntomas de ansiedad y depresión seis meses después de la intervención.
6. Los efectos en la regulación emocional, perfeccionismo y afecto se mantendrán en la evaluación a los seis meses.
7. Los participantes del grupo SSL presentarán mejoras significativas en habilidades sociales y en autopercepción emocional y social seis meses después de la intervención.





6. MATERIALES Y MÉTODO

6. MATERIALES Y MÉTODO

En este apartado se expone el conjunto de procedimientos metodológicos y materiales empleados a lo largo de esta tesis doctoral, en coherencia con los objetivos específicos formulados. La presentación se organiza en función de los distintos objetivos abordados, los cuales comparten un mismo diseño experimental (un ECA), así como los instrumentos de evaluación, el procedimiento seguido y los análisis estadísticos realizados. La única diferencia relevante entre los análisis se encuentra en el tamaño muestral, que varía en función del momento de evaluación (a corto y medio plazo). Esta particularidad se detalla específicamente cuando resulta pertinente para una comprensión completa del análisis realizado.

6.1 Procedimiento

El presente ECA se diseñó bajo un diseño 2x2 pretest–postest con grupo control en lista de espera. Se siguieron los principios éticos y metodológicos que rigen la investigación científica en salud y psicología. La evaluación se realizó en dos momentos (pre y post) para ambos grupos, y se incluyó una medición de seguimiento a los seis meses en el grupo experimental. El estudio obtuvo la aprobación de dos comités éticos: el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud de Alicante, del Hospital General de Alicante (ref. CEIm: 2023-022) y el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche (ref. ADH.DES.MOA.DHB.23). Posteriormente, fue registrado en la base de datos internacional ClinicalTrials.gov como un ECA clásico de eficacia (identificador: NCT06444581).

Una vez determinado el tamaño muestral necesario mediante un análisis de potencia estadística, se accedió al listado completo de centros educativos de la provincia de Alicante, en el sureste de España, incluyendo colegios públicos, concertados y privados. A partir de este listado, se seleccionaron aleatoriamente los centros a los que se contactó mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas dirigidas a los equipos directivos. Finalmente, once centros accedieron a participar: ocho públicos, uno concertado y dos privados. Posteriormente, se procedió a asignar aleatoriamente los centros a las condiciones experimental y control. Para garantizar un equilibrio en el número de participantes por condición, se tuvo en cuenta el tamaño muestral potencial de cada centro en el momento de la asignación. Como resultado, tres centros de mayor tamaño fueron asignados al GE y ocho centros de menor tamaño al GC, lo que permitió obtener una distribución equilibrada de participantes entre ambos grupos. Con el fin de minimizar posibles sesgos de actuación o expectativas, los equipos educativos desconocían la condición asignada (ciego simple) durante la recogida de datos del pretest.

Una vez confirmada la participación, se mantuvieron reuniones informativas con los equipos directivos y departamentos de orientación de los centros seleccionados, donde se explicó en detalle el desarrollo del estudio. Cada escuela distribuyó a las familias de los estudiantes de 3º a 6º de Educación Primaria una carta informativa junto con los formularios de consentimiento, disponibles tanto en formato físico como digital, facilitados por el equipo investigador. Además, se organizaron sesiones informativas en horario extraescolar para responder a las dudas de las familias de forma presencial. Se colocaron carteles informativos en las instalaciones escolares y se habilitó un canal de contacto directo (correo

electrónico y línea telefónica) para atender las consultas. Se garantizó en todo momento que la participación fuese voluntaria, confidencial y revocable, tanto para las familias como para los menores y los centros.

Tanto en la condición experimental como en la de control, los menores completaron una batería de cuestionarios en dos momentos: antes del inicio del programa (pretest) y tras su finalización (postest), siguiendo una calendarización que garantizó que las evaluaciones se realizaran en ambas condiciones durante las mismas semanas, con una variación mínima entre centros. A su vez, se promovió la participación de los progenitores que fuesen cuidadores principales, quienes cumplimentaron online un formulario con información sociodemográfica y el Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (KID-KIDDO-KINDL-P) en los mismos momentos temporales. La recogida de datos en el alumnado se llevó a cabo en el propio centro educativo mediante dispositivos electrónicos, bajo la supervisión de aplicadores formados y un miembro del equipo investigador presente en todo momento. A los seis meses tras la finalización del programa SSL, se volvió a realizar una evaluación al grupo en el que se implementó el programa para conocer el efecto de la intervención a largo plazo.

La recogida de datos se llevó a cabo a partir del segundo trimestre del curso escolar 2023/2024. La evaluación inicial (pretest) se realizó en enero de 2024. Posteriormente, la evaluación post-intervención (postest) tuvo lugar entre los meses de marzo y abril del mismo año. Finalmente, la evaluación de seguimiento a medio plazo (a los 6 meses de la finalización) se efectuó en octubre de 2024, coincidiendo con el inicio del curso escolar 2024/2025.

Previo a la puesta en marcha del programa, los psicólogos aplicadores completaron una formación específica proporcionada por el equipo de SSL en su adaptación española, con el propósito de garantizar la integridad metodológica de la intervención (Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Además, durante el desarrollo de las sesiones, se mantuvo una comunicación diaria con los aplicadores para resolver incidencias, supervisar aspectos relevantes y asegurar el acceso a los materiales necesarios (cuadernos de la sesión, tareas para casa, diplomas, etc.). Así pues, la participación de centros educativos, familias y alumnado se marcó dentro de una propuesta de mejora educativa, que incluía el acceso a una intervención con respaldo científico en diferentes modalidades, implementada por psicólogos especialistas en el protocolo, y con el apoyo de materiales psicológicos específicos.

6.2 Participantes

La muestra estuvo formada por 1.129 niños y niñas españoles, con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, procedentes de once centros educativos ubicados en el sureste de España. Para su participación, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: tener entre 8 y 12 años; estar escolarizado en 3.º, 4.º, 5.º o 6.º de Educación Primaria; contar con la aprobación del colegio para desarrollar el programa; residir en España; comprender, hablar y escribir en castellano; y disponer del consentimiento informado firmado por los progenitores o tutores legales. Se consideró criterio de exclusión no disponer del consentimiento informado o haberlo revocado durante el transcurso del estudio.

También, se contó con la participación del 51.2% de los cuidadores principales de los participantes, quienes reportaron información sociodemográfica sobre sus hijos e hijas, y sobre la calidad de vida y bienestar.

En la Figura 2 se describe el flujo de los participantes a lo largo del estudio, desde el reclutamiento hasta el análisis de los datos, incluyendo el número final de participantes en cada fase. Complementariamente, la Figura 3 ilustra el flujo de participación de las cuidadoras principales, reflejando su implicación desde la fase inicial de captación hasta la incorporación de sus datos en los análisis finales.

Figura 2

Diagrama de flujo de los niños y niñas participantes en el estudio SSL

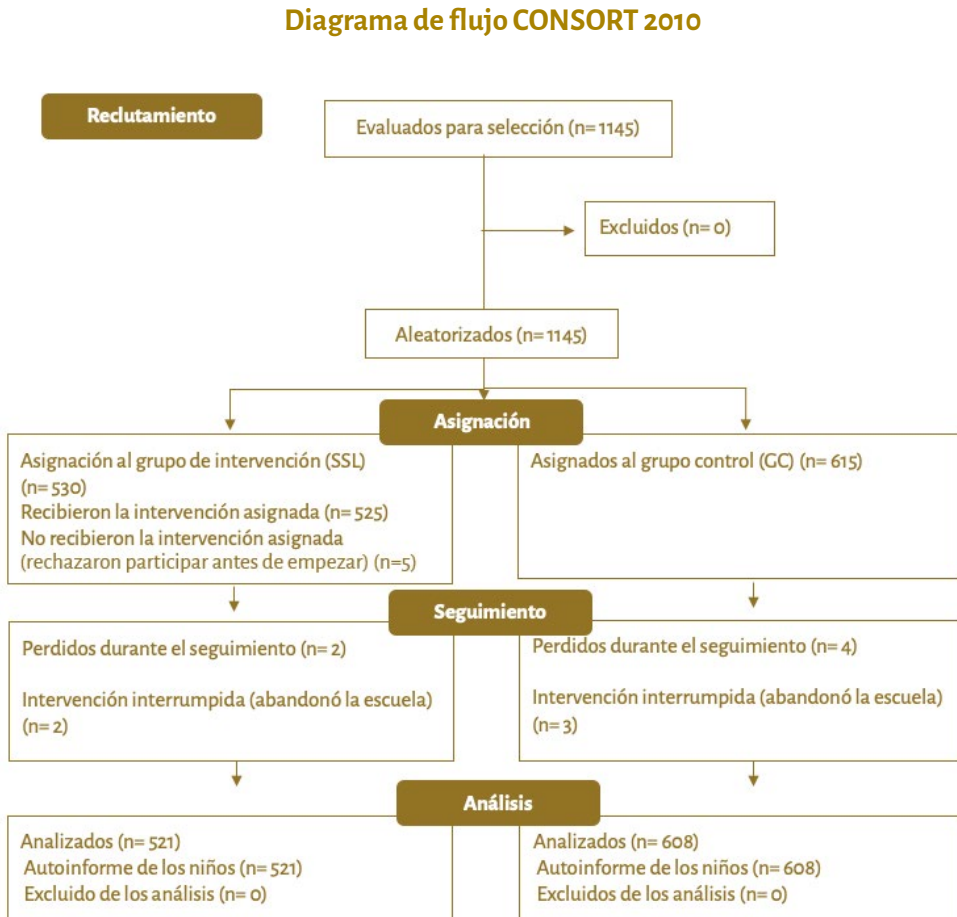
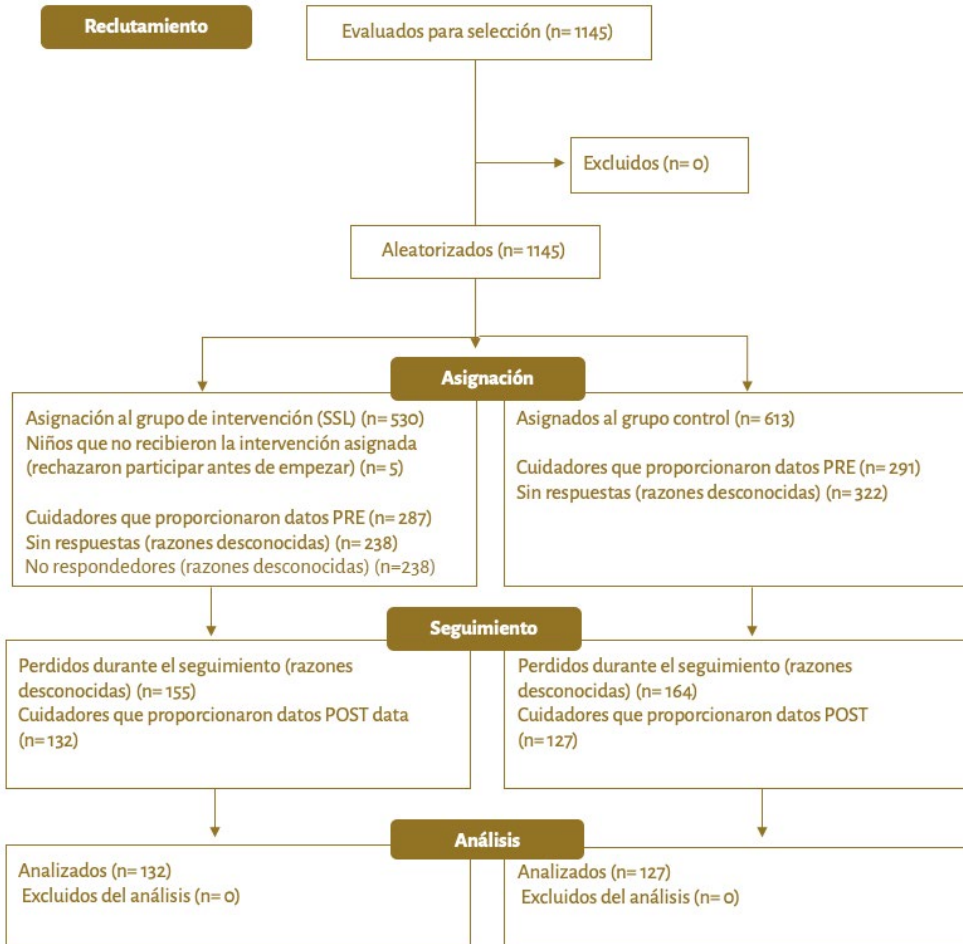


Figura 3

Diagrama de flujo de los participantes cuidadores principales

Diagrama de flujo CONSORT 2010



La Tabla 5 presenta las características sociodemográficas de los participantes y sus familias, organizadas según la condición de intervención (SSL) y GC.

En lo que respecta al sexo de los menores, ambos grupos mostraron una distribución equilibrada, con un 50.3 % de niños en SSL y un 52.2 % en GC, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = .529$). La media de edad en el grupo SSL fue ligeramente superior ($M = 10.63$; $DE = 1.23$) a la del GC ($M = 10.49$; $DE = 1.13$), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = .037$). Con relación al curso escolar, el mayor porcentaje de participantes pertenecía a cuarto de primaria en ambos grupos, con una representación más elevada en GC (32.1 %) en comparación con SSL (26.9 %). Por el contrario, los estudiantes de quinto de primaria constituían la proporción más baja (con un 22.4 % en GC y un 17.3 % en SSL). El análisis evidenció una asociación significativa entre el nivel educativo y el GE ($p = .001$).

En cuanto a los cuidadores principales, la totalidad de las respuestas provinieron de madres, de forma equilibrada entre grupos (49.7 % en SSL y 50.3 % en GC). El número medio de hermanos por niño fue semejante entre grupos, sin diferencias significativas (SSL: $M = 1.02$; $DE = 0.89$; GC: $M = 1.04$; $DE = 0.72$; $p = .765$). La edad de las madres, cuidadoras principales, se concentró principalmente en la franja de 35 a 44 años, representando aproximadamente la mitad de la muestra (58.9 % en SSL y 65.4 % en GC). No se encontraron diferencias significativas en función de esta variable ($p = .881$). Respecto al estado civil, el GC presentó un mayor porcentaje de madres casadas (87.6 %) en comparación con SSL (77.4 %), mientras que en este último se observó un mayor número de separadas o divorciadas (12.2 % frente al 7.9 % en GC), representando en conjunto un 10 % de la muestra total. Esta variable mostró asociación significativa con el GE ($p = .007$). En cuanto al nivel educativo de las cuidadoras, el GC registró una proporción más alta con estudios universitarios o superiores (48,8 %) frente al 40.8 % en SSL, y dicha diferencia fue estadísticamente significativa ($p = .014$).

Por último, se identificaron diferencias notables en el nivel socioeconómico. La franja de ingresos mensuales entre 1.000 y 1.999 euros fue la más representativa en ambas condiciones, especialmente en GC (27.1 %), lo que refleja la prevalencia general de este intervalo (26 %). El grupo con menores ingresos (igual o inferior a 499 euros) tuvo una representación reducida en la muestra total (1.6 %), siendo ligeramente superior en SSL (1.4 %) respecto a GC (1.7 %). Se observó una asociación significativa con la condición experimental ($p \leq .001$).

Tabla 5

Características sociodemográficas de los participantes (niños y niñas y sus cuidadoras principales) por condición de intervención

Características	SSL (N = 521)	GC (N = 608)	Total (N = 1129)	p-valor
Niños/as				
Chicos, N (%)	306 (50.3)	272 (52.2)	578 (51.2)	.529
Edad media (DE)	10.63 (1.23)	10.49 (1.13)	10.55 (1.178)	.037
Curso académico				.001
Educación Primaria – 3ª curso	138 (26.5)	153 (25.2)	291 (25.8)	
Educación Primaria – 4ª curso	140 (26.9)	195 (32.1)	335 (29.7)	
Educación Primaria – 5ª curso	90 (17.3)	136 (22.4)	226 (20)	
Educación Primaria – 6ª curso	153 (29.4)	124 (20.4)	277 (24.5)	
Cuidadores principales				
Mujeres, N (%)	287 (49.7)	291 (50.3)	578 (100)	
Edad Media, N (%)				0.881
25-34 años	19 (6.6)	21 (7.2)	40 (6.9)	
35-44 años	169 (58.9)	164 (65.4)	333 (65.76)	
45-54 años	96 (33.4)	104 (35.7)	200 (34.6)	
55-65 años	3 (1)	2 (0.7)	5 (0.9)	
Número de hermanos del menor	1.02 (0.89)	1.04 (0.72)	1.03 (0.813)	.765
Estado civil, N (%)				.007
Casado/a	222 (77.4)	255 (87.6)	477 (82.5)	
Separado/a o divorciado/a	35 (12.2)	23 (7.9)	58 (10)	
Soltero	28 (9.8)	11 (3.8)	39 (6.7)	
Otro	2 (0.7)	2 (0.7)	4 (0.7)	
Nivel educativo, N (%)				.014
Educación básica/Primaria	64 (22.3)	45 (15.5)	109 (18.9)	
Educación secundaria o formación profesional	105 (36.6)	104 (35.7)	209 (36.2)	
Grado universitario / Licenciatura	90 (31.4)	114 (39.2)	204 (35.3)	
Máster	17 (5.9)	26 (8.9)	43 (7.4)	
Doctorado	10 (3.5)	2 (0.7)	12 (2.1)	
Otro	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.2)	
Nivel socioeconómico, N (%)				.001
Hasta 499	4 (1.4)	5 (1.7)	9 (1.6)	
500-999 euros	28 (9.8)	14 (4.8)	42 (7.3)	
1.000-1.999 euros	71 (24.7)	79 (27.1)	150 (26)	
2.000- 2.999 euros	71 (24.7)	71 (24.4)	142 (24.6)	
3.000- 4.999 euros	33 (11.5)	69 (23.7)	102 (17.6)	
Más de 5,000 euros	16 (5.6)	8 (2.7)	24 (4.2)	
Sin respuesta /No contesta	64 (22.3)	45 (15.5)	109 (18.9)	

DE: Desviación Estándar, SSL: Super Skills for Life, GC = Grupo control.

En la evaluación llevada a cabo a seis meses después de la implementación del programa, la muestra estuvo formada por 479 niños y niñas del grupo de intervención. La tasa de abandono desde la evaluación inicial (sesión 1) hasta el seguimiento a los seis meses fue del 8.06 % (42 participantes). En cuanto a la distribución por sexo, el 53.2 % de la muestra correspondía a varones. La edad media fue de 10.57 años. Respecto al nivel educativo, los cursos con mayor representación fueron tercero y cuarto de Educación Primaria (ambos con un 27 %), mientras que el porcentaje más bajo se observó en quinto de primaria (18.4 %).

6.3 Instrumentos

6.3.1 Medidas de autoinforme

- **Cuestionario sociodemográfico ad hoc.** Se recopiló información sobre edad, sexo y curso académico.
- **Versión breve de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence para niños (Spence Children's Anxiety Scale for Children [SCAS-C-8]; Reardon et al., 2018).** La SCAS-C-8 es una adaptación reducida de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Reardon et al., 2018). Está diseñada para evaluar síntomas de ansiedad en niños de 7 a 12 años, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Consta de ocho ítems, evaluados mediante una escala Likert de cuatro puntos desde 0 (nunca) hasta 3 (siempre). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de todos los ítems, de manera que valores más altos indican una mayor severidad de los síntomas de ansiedad. Se utilizó la versión española (Rodríguez-Menchón et al., 2022), que ha mostrado propiedades psicométricas satisfactorias ($\alpha = 0.84$), consistentes con las del instrumento original ($\alpha = 0.75$). En nuestra muestra, la consistencia interna también fue apropiada ($\alpha = 0.80$).
- **Cuestionario Breve de Estado de Ánimo y Sentimientos (Short Mood and Feelings Questionnaire [SMFQ]; Angold et al., 1995).** El SMFQ es un instrumento autoinformado diseñado para evaluar síntomas depresivos en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Consta de 13 ítems que miden la frecuencia de emociones y comportamientos durante las dos semanas anteriores, utilizando una escala Likert de tres puntos: 0 (no es cierto), 1 (a veces cierto) y 2 (cierto). La puntuación total se calcula sumando

las respuestas de todos los ítems, siendo las puntuaciones más altas indicativas de una mayor severidad de los síntomas depresivos. En este estudio se utilizó la versión en español, que ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en investigaciones previas ($\alpha = 0.89$) (Espada et al., 2022), similares a las del instrumento original ($\alpha = 0.88$). En nuestra muestra, la escala mostró una consistencia interna buena ($\alpha = 0.87$).

- **Escala de Afecto Positivo y Negativo para Niños (*The Positive and Negative Affect Schedule for Children-Short Form [PANAS-C-SF]; Ebesutani et al., 2012*).** Es un cuestionario autoadministrado que mide el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN) en niños y adolescentes de entre 6 y 18 años. Consta de 10 ítems evaluados mediante una escala Likert de cinco puntos, que va desde 1 (muy poco o nada) hasta 5 (extremadamente). El instrumento solicita a los participantes indicar con qué frecuencia han experimentado estos estados emocionales durante las semanas previas a la evaluación. La versión original en inglés ha mostrado una consistencia interna adecuada, con valores de alfa de Cronbach de 0.86 para AP y 0.82 para AN. En este estudio se utilizó la versión en español, que también presenta propiedades psicométricas satisfactorias ($\alpha = 0.77$ para AP y $\alpha = 0.78$ para AN) (Santamaría et al., 2019). En nuestra muestra, las escalas mostraron una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.77$ para AP y $\alpha = 0.82$ para AN).
- **Cuestionario de Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional - Versión abreviada infantil (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – Short Version [CERQ-Sk]; Garnefski et al., 2007*).** CERQ-Sk es una versión reducida de 18 ítems del CERQ-k, diseñada para evaluar las estrategias cognitivas que los niños utilizan para regular sus emociones tras eventos estresantes o amenazantes (Garnefski et al., 2007). Este cuestionario mide nueve subescalas, cada una correspondiente a una estrategia de regulación emocional: autculpa, aceptación, rumiación, reenfoque positivo, poner en perspectiva, reevaluación positiva, planificación, catastrofización y culpar a otros. Los participantes respondieron a cada ítem utilizando una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). Las puntuaciones más altas en cada subescala indican un mayor uso de la estrategia evaluada. La versión española del CERQ-Sk ha mostrado propiedades psicométricas sólidas ($\alpha = 0.88$), similares a las de la versión original ($\alpha = 0.80$) (Garnefski et al., 2007; Orgilés, Morales, et al., 2019). Este instrumento es ampliamente reconocido por su fiabilidad al analizar cómo los niños enfrentan emocionalmente situaciones difíciles (Orgilés, Morales, et al., 2019). En nuestra

muestra, la consistencia interna de cada una de las subescalas fueron las siguientes: Rumiación ($\alpha = 0.70$); Reenfoque positivo ($\alpha = 0.70$); Poner en perspectiva ($\alpha = 0.77$); Autoculpa ($\alpha = 0.44$); Reevaluación positiva ($\alpha = 0.51$); Planificación ($\alpha = 0.57$); Catastrofización ($\alpha = 0.43$); Culpar a otros ($\alpha = 0.43$); Aceptación ($\alpha = 0.20$).

- **Escala de Perfeccionismo para Niños y Adolescentes en su versión española (Spanish Child and Adolescent Perfectionism Scale [CAPS-S]; Flett et al., 2000).** Se emplea la adaptación española de la Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS-S; Vicent et al., 2019). Se trata de un cuestionario autoinformado compuesto por 13 ítems que evalúan el perfeccionismo en tres dimensiones: perfeccionismo auto-orientado crítico (PAO-C), perfeccionismo auto-orientado esfuerzo (PAO-E) y perfeccionismo socialmente prescrito (PSP). El cuestionario utiliza una escala Likert de cinco puntos, de 1 (falso – nada verdadero para mí) a 5 (totalmente verdadero para mí). La CAPS-S ha demostrado buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach global de 0.91, y valores específicos de 0.74 para PAO-E, 0.73 para PAO-C y 0.80 para PSP, consistentes con los resultados del instrumento original (Flett et al., 2016; Vicent et al., 2019). En nuestra muestra, la consistencia interna del instrumento fue satisfactoria en cada uno de sus componentes ($\alpha = 0.85$ para CAPS; $\alpha = 0.85$ para CAPS-PSP; $\alpha = 0.73$ para CAPS PAO-C; $\alpha = 0.70$ para CAPS PAO-E).
- **Cuestionario de Habilidades Sociales - Versión Alumnos (Social Skills Questionnaire – Pupil Version [SSQ-PU]; Spence, 1995).** El SSQ-PU es una herramienta de evaluación diseñada para medir las habilidades sociales en la infancia. Evalúa dichas habilidades examinando conductas prosociales específicas en las interacciones interpersonales de los niños. El cuestionario consta de 30 ítems y utiliza una escala de respuesta tipo Likert de tres puntos: 0 (no es verdad), 1 (a veces es verdad) y 2 (mayormente es verdad). La puntuación total se calcula sumando los valores asignados a cada ítem, y todos los ítems se puntúan en la misma dirección. Puntuaciones más altas indican una mayor competencia social. La consistencia interna del SSQ-PU ha demostrado ser satisfactoria, con una fiabilidad de división por mitades de Guttman de 0.83 y un alfa de Cronbach de 0.85 (Hervás et al., 2025). Además, todas las correlaciones ítem-total superaron el umbral de 0.20, lo que respalda la fiabilidad de la medida. En la muestra actual, la consistencia interna también fue excelente ($\alpha = 0.90$).

- **Autoconcepto Forma-5 (AF-5; García & Musitu, 2001).** AF-5 es una escala autoinformada diseñada para evaluar cinco dimensiones del autoconcepto: social, académica, emocional, familiar y física. Para este estudio, en función de los objetivos planteados se seleccionaron únicamente los 12 ítems relacionados con las dimensiones social y emocional. La escala utilizada en este trabajo emplea un formato Likert de 5 puntos desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo), en lugar de la versión original que requería puntuar los ítems en una escala de 1 a 99. Este ajuste se realizó para facilitar la comprensión y mejorar la experiencia de los participantes al responder (Morales et al., 2023). Las puntuaciones de cada subescala se calcularon sumando los valores de los ítems correspondientes. En la dimensión emocional, puntuaciones más altas indican una valoración más positiva del estado emocional, ya que se reinvertieron los ítems redactados de manera negativa (por ejemplo, “Tengo miedo de algunas cosas” o “Me siento nervioso/a”). Por otro lado, en la dimensión social, puntuaciones más altas reflejan una mejor autopercepción de las habilidades sociales, ya que la mayoría de los ítems están formulados en positivo (por ejemplo, “Soy una persona alegre”). Sin embargo, dos ítems de esta dimensión (“Es difícil para mí hacer amigos/as” y “Me cuesta hablar con desconocidos”) fueron invertidos para mantener la coherencia en el cálculo de las puntuaciones. El instrumento ha demostrado una consistencia interna sólida en estudios previos, con valores de alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.86 (Orgilés, Garrigós, et al., 2020; Orgilés, Melero, et al., 2020). En este estudio, los índices de consistencia interna fueron adecuados, con un alfa de Cronbach de 0.70 para la dimensión social y 0.71 para la emocional, en línea con investigaciones anteriores.

6.3.2 Evaluación informada por los cuidadores principales

- **Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud – versión parental** (*Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents - Parents` s version [KID-KIDDO-KINDL-P]; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000*). Se utilizó la versión en español, diseñada para padres de niños y adolescentes de 8 a 16 años (Fernández-López et al., 2004). Este instrumento consta de 24 ítems distribuidos en seis dimensiones fundamentales, cada una compuesta por cuatro preguntas: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y escuela. Las puntuaciones de cada dimensión se calculan como la media de sus ítems y también se pueden transformar a una escala de 0 a 100, donde valores más altos indican una mejor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, es posible obtener un índice global de CVRS promediando las puntuaciones de todas las dimensiones evaluadas. La versión española ha demostrado propiedades psicométricas satisfactorias (Fernández-López et al., 2004), con un coeficiente alfa de Cronbach general de 0.77. Sin embargo, los valores específicos varían entre las dimensiones: 0.64 para bienestar físico, 0.48 para bienestar emocional, 0.71 para autoestima, 0.23 para familia, 0.51 para amigos y 0.10 para la dimensión escolar. Estos resultados son consistentes con el instrumento original (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000), salvo en las dimensiones de amigos y entorno escolar, donde los valores reportados en dichos estudios fueron más elevados (0.74 y 0.62, respectivamente). En la muestra utilizada para este estudio, el instrumento mostró una consistencia interna apropiada ($\alpha = 0.86$). Los valores específicos de cada subescala fueron 0.58 para bienestar físico, 0.68 para bienestar emocional, 0.84 para autoestima, 0.64 para bienestar familiar, 0.72 para bienestar social y 0.26 para bienestar escolar.

Se presenta a continuación una síntesis de los instrumentos empleados en el estudio (Tabla 6).

Tabla 6*Instrumentos empleados para evaluar la eficacia del programa SSL en la escuela*

Instrumento	Autoría/Adaptación	Medición
SCAS-C-8	Reardon et al., 2018/ Rodríguez et al., 2022	Síntomas de ansiedad
SMFQ	Angold et al., 1995/ Espada et al., 2022	Síntomas de depresión
PANAS-C-SF	Ebesutani et al., 2011/ Sanmartin et al., 2018	Afecto positivo y negativo
CERQ-Sk	Garnesfski y Kraaij, 2006/ Orgilés et al., 2019	Tendencia a preocuparse por diferentes aspectos de la vida cotidiana
CAPS-S	Flett et al., 2016/ Vicent et al., 2019	Perfeccionismo
SSQ	Spence et al., 1995; Hervás et al., 2025	Habilidades sociales
AF-5	García y Musitu, 2014	Autoconcepto en sus vertientes Social, Académica/Profesional, Emocional, Familiar y Física
KID-KIDDO-KINDL_P	Ravens-Sieberer, 1998/ Fernández-López et al., 2004	Calidad de vida relacionada con la salud a través de la información de los padres

Subescalas	Ítems totales	Escala Likert
1. Ansiedad (Ataques de pánico/agorafobia; Ansiedad por separación; Fobia social; Miedos; Ansiedad generalizada)	8	0 - Nunca 1 - A veces 2 - Muchas veces 3 - Siempre
1. Estado de ánimo	13	0 - No es verdad 1 - A veces 2 - Es verdad
1. Afecto positivo 2. Afecto negativo	10	1- Nunca 2 - Un poco 3 - Unas veces sí y otras no 4 - Bastante 5 - Mucho
1. Autoculparse 2. Culpar a otros 3. Catastrofista 4. Rumiación 5. Panificación 6. Aceptación 7. Centrarse en lo positivo 8. Reevaluación positiva 9. Tomar perspectiva	36	1- (Casi) Nunca 2 - A veces/Poco 3 - Normalmente 4 - A menudo 5 - (Casi) Siempre
1. Perfeccionismo socialmente Precrito (PSP) 2. Perfeccionismo autoorientado-críticas (PAO-C) 3. Perfeccionismo autoorientado-esfuerzos (PAO-E)	13	1- Falso 2 - La mayoría de veces falso 3 - Ni verdadero ni falso 4 - La mayoría de veces verdadero 5- Totalmente verdadero
1. Habilidades sociales	30	0 - Nada 1 - Algo 2 - Mucho
1. Autoconcepto Social 2. Autoconcepto Emocional	12	1 - Muy en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 - Un poco de acuerdo 5 - Muy de acuerdo
1. Bienestar físico 2. Bienestar emocional 3. Autoestima 4. Familia 5. Amigos 6. Escuela 7. Total	24	1 - Nunca 2 - Casi Nunca 3 - Algunas veces 4 - Casi siempre 5 - Siempre

6.4 Intervención

SSL en su versión de prevención indicada y en su versión de tratamiento dirigida a niños con dificultades emocionales tanto en formato grupal como individual está estructurada en ocho sesiones, de aproximadamente 45 minutos de duración donde se abordan los objetivos que se presentan en la Tabla 3. Para su aplicación, se incorporan elementos audiovisuales y los personajes digitales Lisa y Mario, que funcionan como modelos de afrontamiento, guiando el aprendizaje de cada habilidad. Se trata de dos personajes virtuales que, en determinados momentos, experimentan dificultades en su estado de ánimo, no saben cómo actuar cuando se sienten así y tienen dificultades para relacionarse con los demás. A lo largo del programa, van adquiriendo habilidades, al mismo tiempo que los propios participantes (Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019).

Con el doble objetivo de facilitar el abordaje de todos los contenidos del programa SSL, originariamente diseñado para su aplicación individual o en grupos reducidos, y asegurar la participación activa de todo el alumnado, se adaptó el protocolo al formato de grupo grande (aproximadamente 25 participantes) para su versión como intervención preventiva universal. Este modo permite implementarse en el aula educativa con garantías igualando la participación de todos los participantes, teniendo en cuenta las indicaciones de Cefai (Cefai et al., 2021). Para ello, el protocolo amplió el número de sesiones, pasando de 8 a 12 sesiones, incorporando las evaluaciones como parte del protocolo. Se mantuvo el tiempo por sesión de 45 min aproximadamente y se mantuvieron tanto los contenidos como los elementos esenciales del programa original, introduciendo únicamente ajustes menores como la inclusión de nuevas supertareas. Las supertareas consisten en actividades breves y sencillas que se entregan al finalizar cada sesión. Su finalidad es que los niños practiquen en casa la habilidad o aprendizaje adquirido durante la sesión, favoreciendo así la generalización de lo aprendido a su entorno cotidiano.

La adaptación como programa de prevención universal mantiene la misma metodología, combinando dinámicas grupales, como el entrenamiento en habilidades sociales o la resolución colaborativa de problemas, con espacios de trabajo individual que favorecen la reflexión personal, como la identificación de fortalezas o el reconocimiento de señales internas asociadas a emociones intensas. Además, incorpora la utilización de materiales audiovisuales para hacer más lúdico y atrayente el desarrollo de las sesiones. Siguiendo el enfoque de versiones anteriores del programa, esta estructuración persigue no solo la transmisión de conocimientos, sino también su comprensión y aplicación por parte de los participantes.

La Tabla 7 presenta las características del programa como prevención universal.

Tabla 7

Estructura y objetivos del programa SSL en su versión española como herramienta de prevención universal integrada dentro del currículum escolar

Sesiones	Objetivos
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el programa y sus objetivos - Evaluar el estado socioemocional de los niños y otras variables relacionadas - Favorecer que los niños se conozcan entre sí
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir el concepto de ansiedad e identificar situaciones que generan ansiedad en los niños - Introducir el concepto de autoestima y enseñar estrategias básicas para fortalecer la autoestima
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar qué son las emociones y sus características principales - Entrenar el reconocimiento de emociones en uno mismo y en los demás - Aprender expresión emocional a través del lenguaje facial y corporal - Evaluar la intensidad emocional en diferentes situaciones - Introducir la autoevaluación del bienestar subjetivo
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar sobre el papel de la actividad en el estado de ánimo - Identificar actividades que generan sensaciones positivas - Planificar metas alcanzables a través de pasos pequeños - Reforzar la práctica constante de nuevas habilidades
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Definir qué es un pensamiento - Distinguir entre pensamientos que favorecen el bienestar y los que lo dificultan - Relacionar el pensamiento con las emociones - Detectar pensamientos automáticos negativos - Cuestionar y reemplazar pensamientos desadaptativos
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la relación entre lo que se piensa, se siente y se hace - Identificar los pensamientos, emociones y comportamientos en diferentes situaciones - Aprender a diferenciar entre patrones de comportamiento adaptativos y desadaptativos vinculados a pensamientos y emociones específicas
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender los beneficios psicológicos y fisiológicos de la relajación - Reconocer las diferencias físicas entre estados de ansiedad y relajación - Aprender y practicar la respiración lenta y profunda - Entrenarse en relajación muscular progresiva - Integrar técnicas de relajación como estrategias de autorregulación emocional
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar habilidades sociales esenciales para la interacción diaria con los demás (e.g., presentarse, iniciar y mantener conversaciones) - Practicar conductas sociales mediante role-playing - Reforzar aspectos no verbales (contacto visual, postura, distancia interpersonal)

Sesiones	Objetivos
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none">- Presentar habilidades sociales esenciales para la interacción diaria con los demás (e.g., unirse a conversaciones en grupo y despedirse adecuadamente)- Practicar conductas sociales mediante role-playing- Reforzar aspectos no verbales (contacto visual, postura, distancia interpersonal)- Grabar a cada niño en una situación de exposición social
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none">- Enseñar los pasos fundamentales de la resolución efectiva de problemas sociales- Aplicar esta estrategia a situaciones conflictivas reales propuestas por los niños- Practicar la ejecución de la estrategia en situaciones grupales- Observar y analizar la actuación propia y la de los compañeros
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none">- Revisar los contenidos y habilidades aprendidas en el programa
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar el estado socioemocional de los niños, así como sus habilidades- Valorar los logros individuales y del grupo- Reforzar la utilidad de las estrategias aprendidas- Recibir un diploma como reconocimiento a la participación y el esfuerzo

El programa SSL se integró en el currículo escolar y se implementó durante la sesión de tutoría en las aulas habituales del alumnado. A lo largo de un trimestre académico, se aplicaron 12 sesiones, con una frecuencia semanal y una duración aproximada de 45 minutos cada una. El programa se aplicó mediante distintos métodos de enseñanza, como juegos de roles, escritura reflexiva, lectura de materiales seleccionados, vídeos y análisis a través de videofeedback, dirigidos por dos psicólogos formados en SSL y con amplia experiencia en la aplicación del protocolo.

Dado el formato de grupo amplio adoptado para este estudio, se consideró fundamental contar con dos aplicadores por sesión, con el fin de facilitar un manejo más eficaz de las dinámicas grupales. Mientras uno de los aplicadores asumía el rol principal de terapeuta, liderando las actividades del programa, el segundo desempeñaba funciones de co-terapeuta, centradas en apoyar el desarrollo de la sesión. Entre sus tareas se incluían el registro de la asistencia, la verificación de la entrega de la supertarea, el acompañamiento individualizado a aquellos estudiantes que requirieran ayuda en la realización de las actividades, la promoción de un clima positivo en el aula mediante el refuerzo de conductas apropiadas, así como la recogida de información sistemática sobre la participación y el nivel de implicación de los niños. La conducta positiva (manifestada a través de la asistencia regular, la participación activa y el cumplimiento de tareas) fue reforzada por parte de ambos aplicadores de forma continua mediante elogios, sellos y otras recompensas simbólicas, favoreciendo así la motivación y el compromiso con la intervención.

6.5 Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos, se empleó el software IBM SPSS Statistics (versión 27). Los análisis incluyeron únicamente aquellos casos con datos completos en ambos puntos de medición, ya fuera pretest y postest o pretest y seguimiento.

La consistencia interna de las escalas se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach en aquellas con ítems tipo Likert de cinco o más categorías de respuesta. En escalas con opciones categóricas ordinales y un número reducido de categorías, se empleó el alfa ordinal, dado que resulta más apropiado al no asumir la continuidad ni la equidistancia entre las respuestas.

Previo al análisis de los efectos de la intervención, se llevaron a cabo análisis de atrición para detectar posibles sesgos derivados de la pérdida de participantes durante el estudio. Estos análisis incluyeron comparaciones entre quienes completaron la evaluación postest y aquellos que abandonaron, tanto en la muestra infantil como en la de progenitores. Se examinaron diferencias significativas en variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, entre otras) y en las variables dependientes principales entre los grupos de retención y deserción, así como entre condiciones experimentales, con el objetivo de garantizar la equivalencia de los grupos y descartar sesgos sistemáticos.

Para examinar los efectos de la intervención, se aplicaron modelos de Ecuaciones de Estimación Generalizada (GEE), adecuados para el análisis de medidas repetidas y datos correlacionados, dado el diseño longitudinal del estudio. Estos modelos permitieron evaluar el cambio en las medidas pre y postintervención entre los grupos, ajustando por covariables relevantes como la puntuación en la línea base, edad, sexo y centro educativo. Se incorporaron términos de interacción entre el grupo y el momento de evaluación con el propósito de identificar posibles efectos diferenciales de la intervención. A partir de los modelos GEE, se obtuvieron las medias marginales ajustadas para cada grupo y momento de evaluación, así como los valores p asociados y los intervalos de confianza del 95 %.

Con el fin de complementar la información derivada de los modelos GEE y valorar la magnitud práctica de los cambios, se calcularon distintos índices de tamaño del efecto. Para las comparaciones inter-grupo (intervención frente a control), se utilizó un procedimiento equivalente al basado en medias y desviaciones estándar, pero empleando los errores estándar de las medias. Estos errores fueron transformados en desviaciones típicas y, a

partir de ellas, se calcularon los valores canónicos de d de Cohen (Campbell & Stanley, 2004).

Por su parte, para los análisis intra-grupo en el grupo de intervención, tanto en la comparación pre-post como en la de pre-seguimiento, se calculó el cambio medio estandarizado (Gibbons et al., 1993) considerado un índice de tamaño del efecto basado en la diferencia de medias estandarizada. Este procedimiento permitió valorar el cambio dentro del mismo grupo, sin considerar el ajuste por covariables.

En ambos índices, la interpretación de los valores siguió los criterios convencionales de Cohen (1988), según los cuales, valores inferiores a 0.20 indican un efecto de tamaño pequeño, valores en torno a 0.50 corresponden a un efecto de magnitud media y aquellos iguales o superiores a 0.80 se consideran efectos de gran magnitud.





7. RESULTADOS

7. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados, organizados de manera secuencial según los objetivos específicos y las variables asociadas a cada uno de ellos, en función del momento de evaluación, para abordar el objetivo general de este estudio: evaluar la eficacia del programa SSL como intervención preventiva universal en el contexto escolar español.

7.1 Análisis preliminares

7.1.1 Análisis de atrición

Se calculó la tasa de abandono de los niños participantes (1%, $n = 11$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los que recibieron el programa y los que abandonaron el estudio en las variables analizadas. El sexo y la edad no estuvieron relacionados. Tampoco hubo diferencias en la tasa de abandono entre las dos condiciones experimentales.

Además, se calculó la tasa de abandono de las madres participantes (55.2%, $n = 319$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la proporción que respondieron el pretest y postest entre los grupos experimental y control. La tasa de abandono de las madres no estuvo relacionada con el sexo y la edad de sus hijos, ni con las variables de resultado.

Asimismo, la tasa de retención de los participantes en el seguimiento a los 6 meses fue moderada (42.4%, $n = 479$). Aun así, se mantuvo el 91.9 % de los niños de la condición experimental. El descenso en número se debe a que en este seguimiento o momento temporal de evaluación se llevó a cabo exclusivamente con el alumnado que había recibido el programa.

7.1.2 Análisis de equivalencia en la línea base

Los análisis comparativos entre los grupos experimental y control en la línea base indicaron que, en general, ambos grupos fueron equivalentes en las variables sociodemográficas evaluadas. No obstante, se observaron diferencias estadísticamente significativas en algunas variables. En cuanto al estado civil de la madre, una mayor proporción de madres del GC estaban casadas o convivían en pareja (87,6 %) en comparación con el GE (77,4 %; $\chi^2 = 12,14$, $p = .007$, V de Cramer = .14). Asimismo, el nivel de estudios de la madre fue más alto en el GC, con mayor presencia de titulaciones universitarias (grado o máster), en comparación con el GE ($\chi^2 = 14,33$, $p = .010$, V de Cramer = .15). Finalmente, el nivel de ingresos mensuales netos informado por la madre fue significativamente más alto en el GC, mientras que en el GE se concentraron más casos en los tramos de ingresos más bajos ($\chi^2 = 23,86$, $p = .001$, V de Cramer = .27). En la línea base, los grupos experimental y control fueron equivalentes en las variables de resultado.

Por otro lado, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los que recibieron el programa y los que abandonaron, es decir, aquellos que no respondieron el seguimiento, para las variables de sexo y edad, y en las variables de resultado, excepto en afecto positivo ($p < .001$, $OR = 1.10$, $IC\ 95\%: 1.05, 1.15$), centrarse en lo positivo ($p = .002$, $OR = 0.90$, $IC\ 95\%: 0.85, 0.96$) y autoconcepto social ($p = .02$, $OR = 0.96$, $IC\ 95\%: 0.93, 0.99$). Los participantes que abandonaron el estudio y no respondieron a la evaluación de seguimiento presentaban menor puntuación en afecto positivo, mayor puntuación en la estrategia centrarse en lo positivo y autoconcepto social, respecto a quienes se mantuvieron adheridos al proyecto y respondieron la evaluación de seguimiento.

7.2 Eficacia del programa a corto plazo

7.2.1 Sintomatología ansiosa

Se llevaron a cabo análisis mediante modelos GEE, ajustando por covariables relevantes (edad, sexo, centro educativo y puntuación basal) y considerando la estructura de correlación intra-sujeto (Tabla 8). Los resultados mostraron efectos estadísticamente significativos en los niveles de ansiedad en el posttest, con resultados favorables para el grupo que recibió la intervención en comparación con el GC, aunque el tamaño del efecto muy pequeño ($d = 0.04$).

Tabla 8

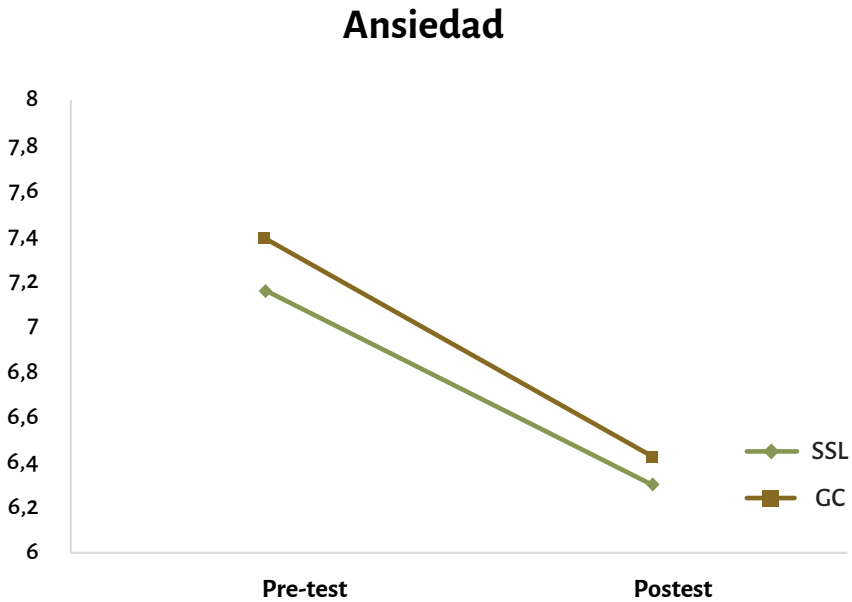
Pruebas GEE para el impacto de la intervención en los síntomas ansiosos autoinformados por los participantes en el posttest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Posttest	
		Pre-test	Posttest	Estimación (IC 95%)	Valor <i>p</i>
Ansiedad	SSL	7.16 (0.07)	6.30 (0.15)	0.42 (0.31, 0.57)	< .001
	GC	7.39 (0.06)	6.42 (0.13)		

La Figura 4 muestra de manera gráfica la evolución de los síntomas de ansiedad en ambos grupos desde la línea base hasta la finalización de la intervención.

Figura 4

Evolución de los síntomas de ansiedad por condición desde la línea base hasta el posttest



En relación con los cambios en el grupo de intervención, el análisis intra-sujeto mostró una disminución de los síntomas de ansiedad entre la línea base y el posttest, con un tamaño del efecto $d = 0.26$, que sugiere una mejoría en los niveles de ansiedad de los participantes del GE una vez finalizada su participación en el programa.

7.2.2 Sintomatología depresiva

Los resultados referentes a los síntomas depresivos, evaluados mediante un modelo de GEE ajustado por covariables (edad, sexo, centro y puntuación inicial), mostraron diferencias significativas entre el grupo SSL y el GC tras la intervención, presentando el grupo que participó en el programa niveles inferiores de síntomas depresivos en comparación con el GC, con un tamaño del efecto muy pequeño ($d = 0.09$) (Tabla 9).

Tabla 9

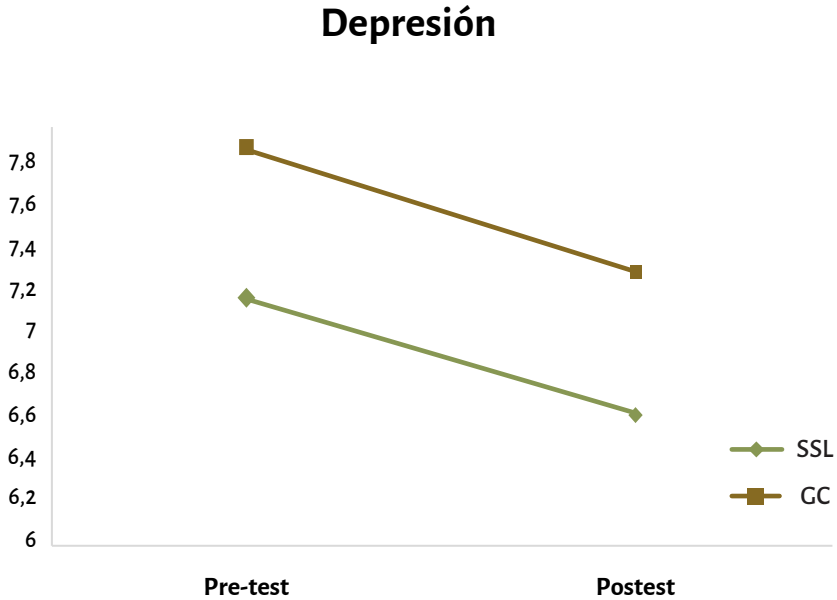
Pruebas GEE para el impacto de la intervención en síntomas depresivos autoinformados por los participantes en el posttest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Posttest	
		Pre-test	Posttest	Estimación (IC 95%)	Valor <i>p</i>
Depresión	SSL	7.18 (0.32)	6.63 (0.32)	0.57 (0.37, 0.90)	.01
	GC	7.89 (0.29)	7.30 (0.29)		

La evolución de los síntomas depresivos en el GE y el GC, desde la línea base hasta el posttest, se muestra en la Figura 5.

Figura 5

Evolución de los síntomas depresivos por condición desde la línea base hasta el postest



El análisis intragrupo informó de una reducción en los síntomas depresivos entre la línea base y el postest en el GE, con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.10$), que apunta a una leve mejoría de los participantes a lo largo del tiempo.

7.2.3 Afecto positivo y negativo

El análisis de los resultados del PANAS mostró patrones diferenciados para las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo (Tabla 10).

Tabla 10

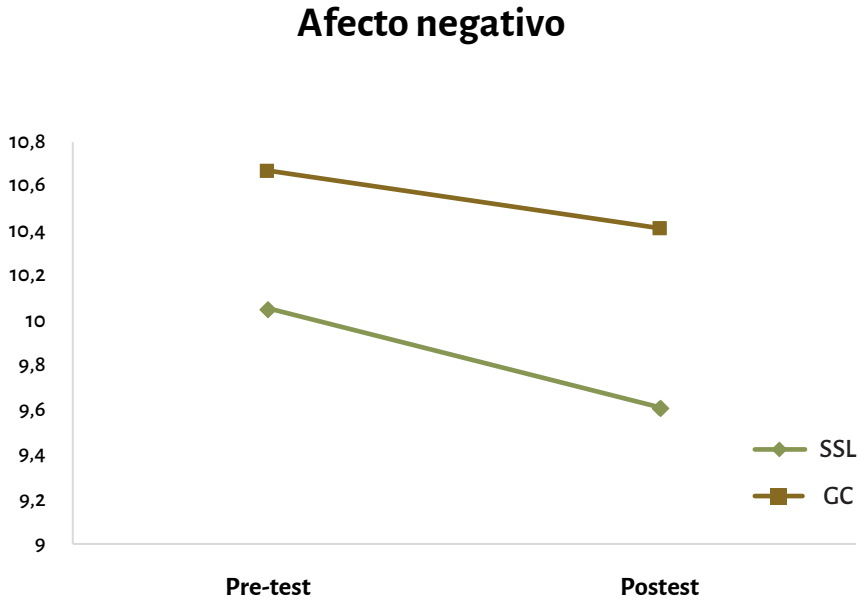
Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el afecto autoinformados por los participantes en el posttest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Posttest	
		Pre-test	Posttest	Estimación (IC 95%)	Valor <i>p</i>
Afecto positivo	SSL	20.49 (0.20)	20.59 (0.21)	1.10 (0.82, 1.47)	.50
	GC	20.43 (0.17)	20.55 (0.18)		
Afecto negativo	SSL	10.05 (0.22)	9.61 (0.21)	0.64 (0.45, 0.91)	.01
	GC	10.67 (0.19)	10.41 (0.19)		

En el caso del afecto positivo, el modelo de GEE no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC en el posttest. En contraste, para el afecto negativo sí se observaron diferencias significativas a favor del GE, aunque el tamaño del efecto fue pequeño ($d = 0.17$). Como se aprecia en la Figura 6, tras la intervención el GE presentó niveles de afecto negativo ligeramente inferiores a los del GC.

Figura 6

Evolución del afecto negativo por condición desde la línea base hasta el posttest



En cuanto a las diferencias intra-grupo, se observó una disminución del afecto negativo entre la línea base y el posttest en el GE, con un tamaño del efecto que, aunque pequeño ($d = 0.11$), apunta a una leve mejora en los niveles de afecto negativo a lo largo del tiempo en los niños que participaron en la intervención.

7.2.4 Estrategias cognitivas de regulación emocional

El análisis de las diferentes estrategias cognitivas de regulación emocional evaluadas mediante el CERQ-Sk mostró patrones variados en función de la estrategia analizada.

7.2.4.1 Estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional

El análisis mediante modelos de GEE no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el postest en las estrategias de autoculparse, culpar a otros y rumiación (Tabla 11), pero sí en la estrategia catastrofización, con un tamaño del efecto de $d = -0.19$, a favor del GE. En esta línea, tras la intervención, los participantes presentaron niveles ligeramente inferiores en el uso de la catastrofización en comparación con el GC.

Tabla 11

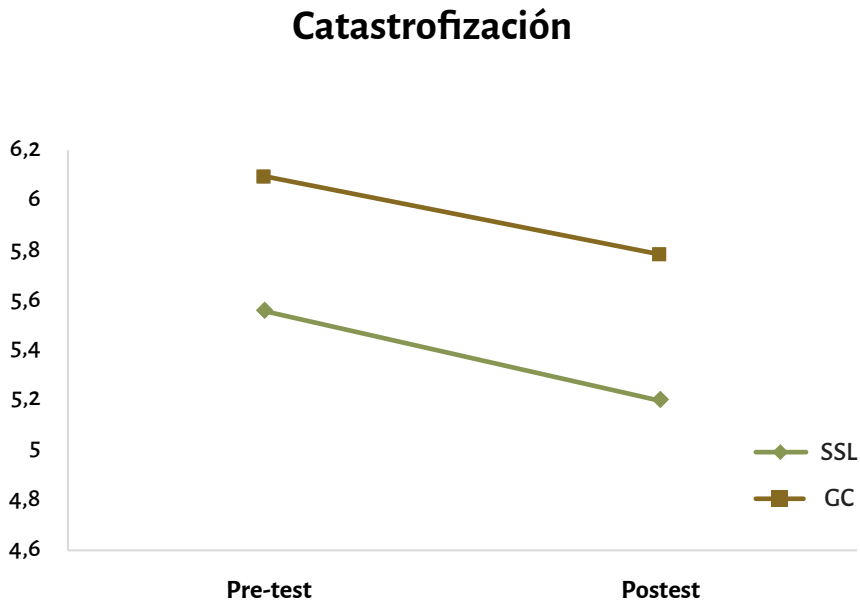
Pruebas GEE para el impacto de la intervención en estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional autoinformados por los participantes en el postest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Autoculpa	SSL	4.62 (0.11)	4.57 (0.11)	0.94 (0.78, 1.15)	.59
	GC	4.95 (0.10)	4.87 (0.11)		
Culpar a otros	SSL	4.16 (0.10)	4.07 (0.10)	0.91 (0.76, 1.10)	.35
	GC	4.22 (0.10)	4.05 (0.10)		
Catastrofización	SSL	5.56 (0.14)	5.20 (0.14)	0.70 (0.55, 0.87)	.002
	GC	6.09 (0.12)	5.78 (0.12)		
Rumiación	SSL	6.56 (0.12)	6.55 (0.12)	0.99 (0.80, 1.22)	.93
	GC	6.81 (0.10)	6.72 (0.11)		

La Figura 7 presenta la frecuencia de uso de la estrategia cognitiva de catastrofización en los dos grupos, comparando los datos del pretest y del postest.

Figura 7

Evolución del uso de la estrategia catastrofización por condición desde la línea base hasta el postest



El análisis intra-grupo informa de una reducción en el uso de la estrategia de catastrofización entre la línea base y el postest en el GE, con un tamaño del efecto de $d = 0.14$. Aunque de magnitud pequeña, este resultado apunta a una leve disminución en el uso de dicha estrategia por parte de los participantes del GE a lo largo del tiempo.

7.2.4.2 Estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional

En las estrategias de planificación, reenfoque positivo y reevaluación positiva no se hallaron diferencias entre los grupos (Tabla 12). Sin embargo, el análisis de GEE mostró diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de aceptación y de poner en perspectiva a favor del GE, con un tamaño del efecto intergrupo de $d = 0.03$ y $d = 0.13$, respectivamente, que indica una tendencia a un mayor uso de estas estrategias en el GE en comparación con el GC.

Tabla 12

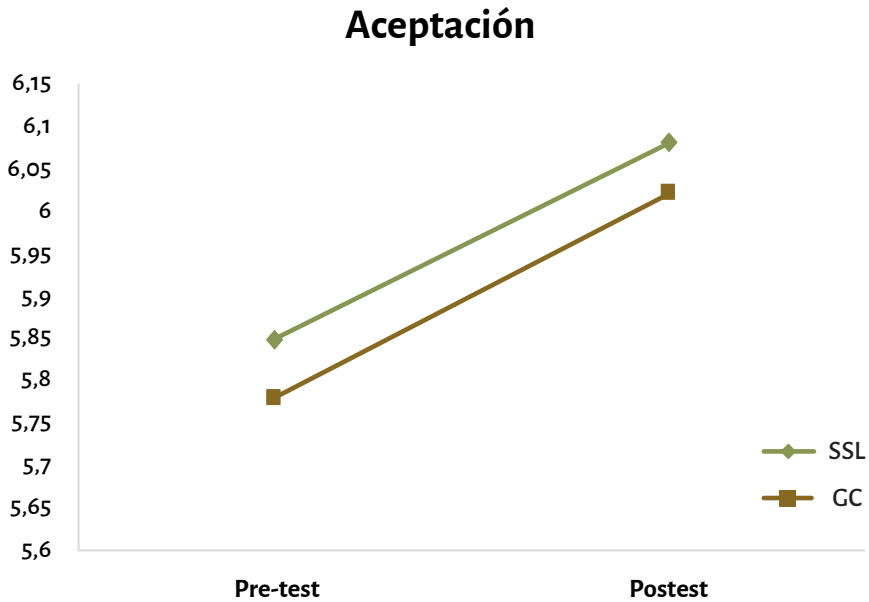
Pruebas GEE para el impacto de la intervención en estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional autoinformados por los participantes en el postest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Planificación	SSL	6.90 (0.05)	6.88 (0.10)	0.98 (0.79, 1.20)	.86
	GC	6.96 (0.04)	6.82 (0.08)		
Aceptación	SSL	5.85 (0.05)	6.08 (0.10)	1.26 (1.03, 1.55)	.02
	GC	5.78 (0.04)	6.02 (0.08)		
Reenfoque positivo	SSL	6.30 (0.05)	6.49 (0.11)	1.21 (0.95, 1.53)	.11
	GC	6.48 (0.05)	6.09 (0.11)		
Reevaluación positiva	SSL	6.40 (0.05)	6.59 (0.10)	1.20 (0.97, 1.47)	.08
	GC	6.50 (0.04)	6.30 (0.10)		
Poner en perspectiva	SSL	6.07 (0.13)	6.42 (0.13)	1.41 (1.13, 1.77)	.003
	GC	6.19 (0.11)	6.04 (0.11)		

Las Figura 8 y 9 muestran el uso de ambas estrategias por condición desde la línea base hasta el postest.

Figura 8

Evolución del uso de la estrategia aceptación por condición desde la línea base hasta el postest

**Figura 9**

Evolución del uso de la estrategia poner en perspectiva por condición desde la línea base hasta el postest



El análisis intra-grupo de SSL informa de un tamaño del efecto de $d = -0.10$ en la estrategia de aceptación y de $d = -0.13$ en la estrategia de poner en perspectiva. Aunque en ambos casos los tamaños son pequeños, indican una tendencia a un aumento en la utilización de dichas estrategias después de la intervención.

7.2.5 Perfeccionismo

Los modelos de GEE mostraron diferencias estadísticamente significativas en el perfeccionismo total en el postest, con resultados favorables para el GE (Tabla 13). Aunque con un tamaño del efecto pequeño ($d = -0.11$), los resultados indican niveles menores de perfeccionismo después de la intervención. La Figura 10 representa la progresión de los síntomas de perfeccionismo en los dos grupos entre la línea base y la finalización de la intervención.

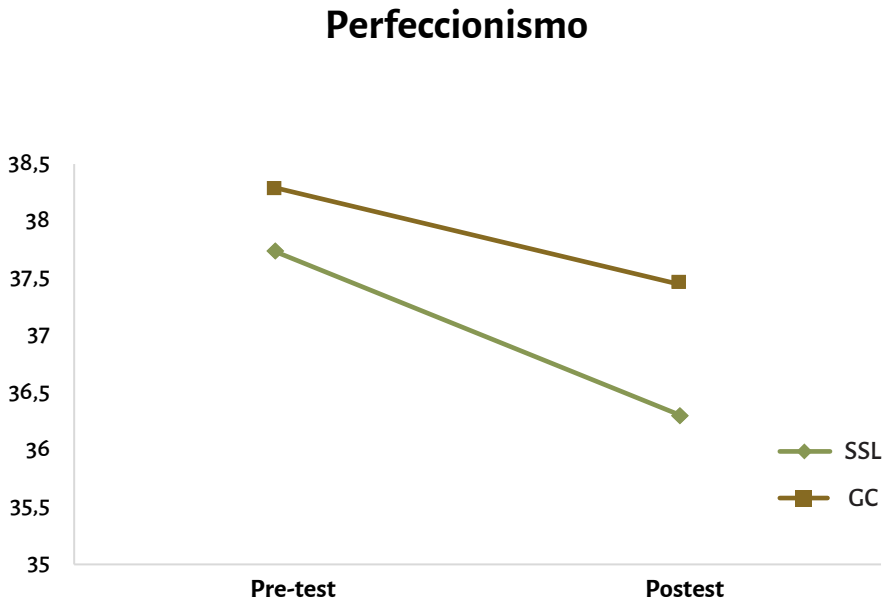
Tabla 13

Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el perfeccionismo autoinformado por los participantes en el postest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Perfeccionismo	SSL	37.73 (0.23)	36.31 (0.45)	0.24 (0.10, 0.56)	.001
	GC	38.28 (0.20)	37.46 (0.42)		
Perfeccionismo socialmente preescrito	SSL	13.68 (0.12)	13.28 (0.24)	0.66 (0.43, 1.03)	.07
	GC	14.01 (0.10)	13.71 (0.22)		
Perfeccionismo autororientado crítico	SSL	9.75 (0.09)	9.18 (0.18)	0.56 (0.40, 0.79)	.001
	GC	10.06 (0.08)	9.72 (0.17)		
Perfeccionismo autororientado esfuerzo	SSL	14.25 (0.15)	13.80 (0.08)	0.64 (0.46, 0.88)	.006
	GC	14.23 (0.14)	14.04 (0.07)		

Figura 10

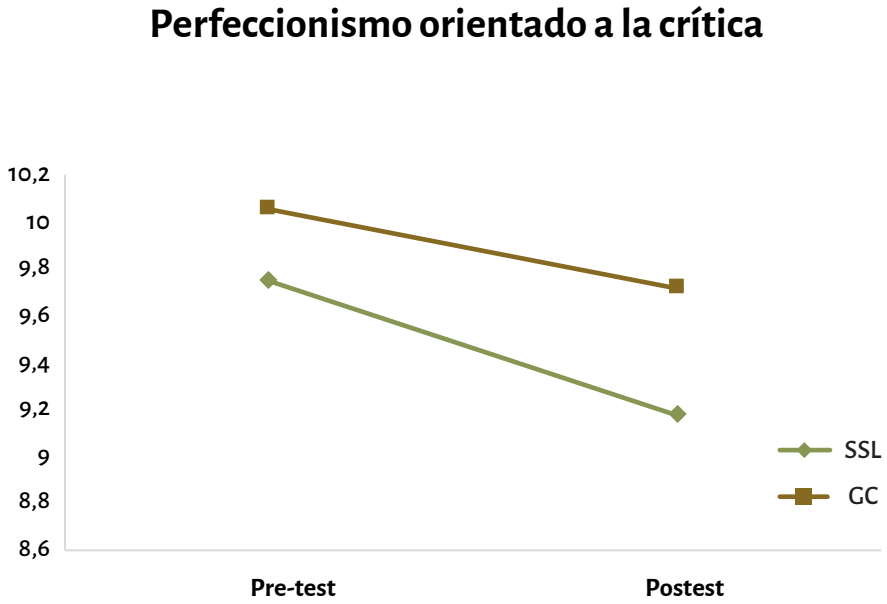
Comportamiento del perfeccionismo por condición desde la línea base hasta el postest



Para el perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), el análisis GEE no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el postest. Las diferencias sí fueron significativas en la dimensión de perfeccionismo autoorientado a la crítica (PAO-C) a favor del GE (Tabla 13), con un tamaño del efecto de $d = 0.13$. La Figura 11 representa las puntuaciones en PAO-C de los dos grupos en la línea base y después de la finalización de la intervención.

Figura 11

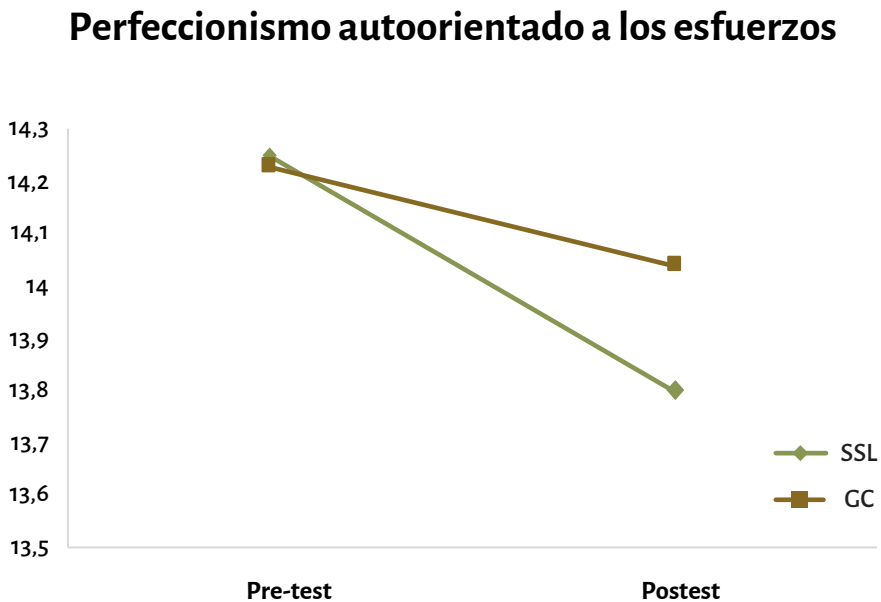
Evolución del perfeccionismo autoorientado a la crítica por condición desde la línea base hasta el posttest



Las diferencias también fueron significativas en el perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos (PAO-E) a favor del GE, con un tamaño del efecto de $d = -0.14$, presentando niveles ligeramente inferiores de perfeccionismo en el posttest en comparación con el GC. La Figura 12 presenta de manera gráfica los cambios en los síntomas de PAO-E en ambos grupos a lo largo de la intervención.

Figura 12

Evolución del perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos por condición desde la línea base hasta el posttest



En las comparaciones intra-grupo, los tamaños del efecto fueron pequeños en perfeccionismo total ($d = 0.15$), perfeccionismo orientado a la crítica ($d = 0.15$) y perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos ($d = 0.13$), aunque indica una tendencia a obtener menores puntuaciones después de la intervención.

7.2.6 Habilidades sociales

El análisis mediante modelos de GEE no evidenció diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales entre el GE y el GC tras la intervención (Tabla 14).

Tabla 14

Pruebas GEE para el impacto de la intervención en habilidades sociales autoinformadas por los participantes en el postest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Habilidades sociales	SSL	47.74 (0.40)	47.71 (0.44)	0.97 (0.56, 1.67)	.91
	GC	47.14 (0.37)	47.16 (0.38)		

7.2.7 Autoconcepto

En relación con el autoconcepto emocional, el análisis mediante modelos de GEE reveló diferencias estadísticamente significativas a favor del GE en el postest (Tabla 15), con puntuaciones más altas en autoconcepto emocional en comparación con el GC, con un tamaño del efecto de $d = 0.27$. En la Figura 13 se ilustra la evolución del autoconcepto emocional en ambos grupos desde el inicio hasta la finalización de la intervención.

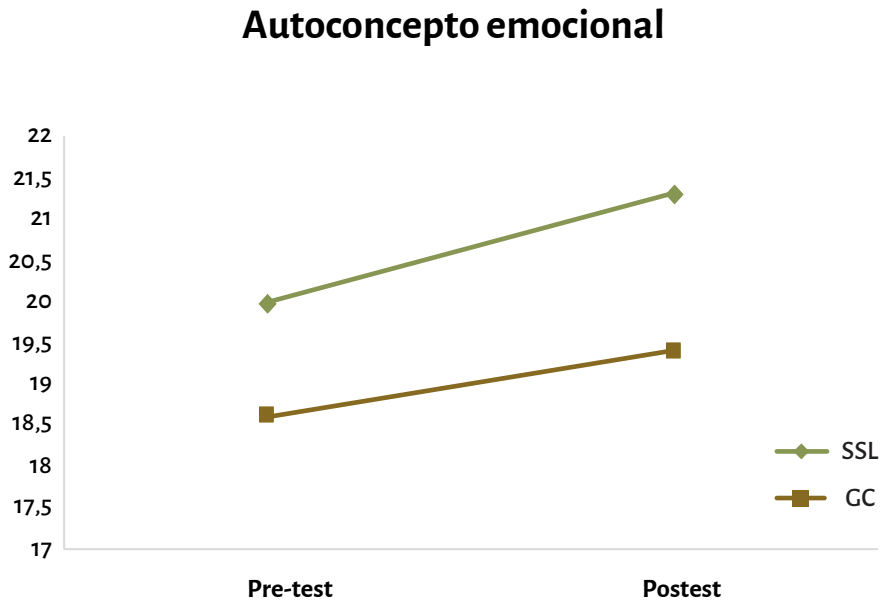
Tabla 15

Pruebas GEE para el impacto de la intervención en el autoconcepto por los participantes en el postest

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Autoconcepto emocional	SSL	19.98 (0.31)	21.31 (0.32)	3.78 (2.38, 6)	<.001
	GC	18.61 (0.28)	19.39 (0.29)		
Autoconcepto social	SSL	23.53 (0.26)	24.05 (0.26)	1.68 (1.19, 2.36)	.003
	GC	23.30 (0.24)	23.54 (0.24)		

Figura 13

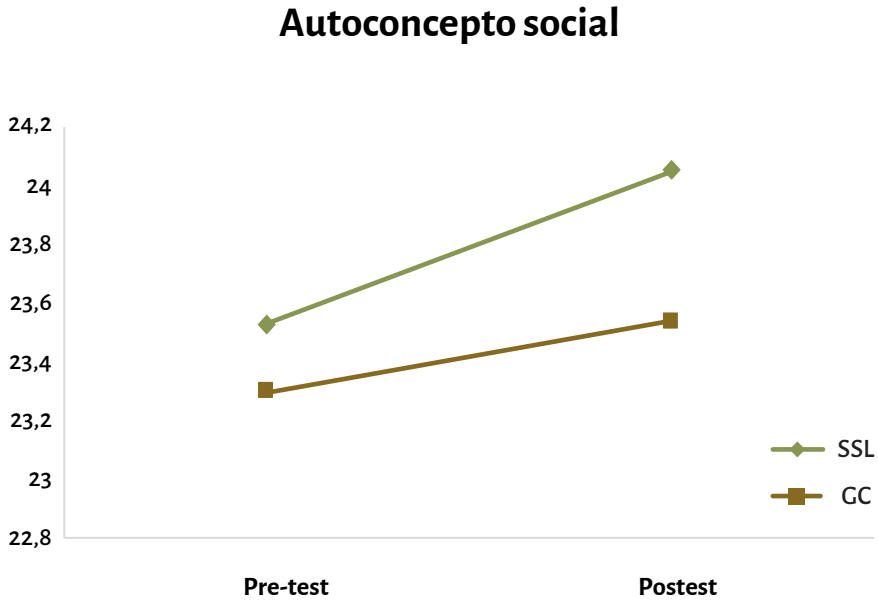
Evolución del autoconcepto emocional por condición desde la línea base hasta el postest



En cuanto al autoconcepto social, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el postest (Tabla 15), con un tamaño del efecto de $d = 0,09$, indicando puntuaciones más altas en autoconcepto social en el GE que en el GC. La Figura 14 expone de forma gráfica la progresión del autoconcepto social en ambos grupos a lo largo del periodo de la evaluación pre-post.

Figura 14

Evolución del autoconcepto social por condición desde la línea base hasta el posttest



En el análisis intra-grupo, el tamaño del efecto en la variable autoconcepto emocional fue de $d = -0.25$ y en la variable autoconcepto social fue de $d = -0.13$, lo que sugiere una tendencia a una mejora en el autoconcepto en el GE después de la intervención.

7.2.8 Calidad de vida

En la Tabla 16 se presentan los resultados de los análisis de los modelos GEE sobre calidad de vida y bienestar.

Tabla 16

Pruebas GEE para el impacto de la intervención en la calidad de vida y bienestar informado por los cuidadores principales

Resultados	Grupo	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Postest	
		Pre-test	Postest	Estimación (IC 95%)	Valor p
Calidad de vida	SSL	98.20 (0.83)	99.84 (0.96)	5.14 (1.18, 22.31)	.02
	GC	96.19 (0.91)	96.45 (0.93)		
Bienestar Físico	SSL	16.88 (0.19)	16.84 (0.23)	0.95 (0.64, 1.42)	.83
	GC	16.47 (0.20)	16.84 (0.23)		
Bienestar emocional	SSL	17.02 (0.17)	17.38 (0.20)	1.43 (1.02, 2.01)	.03
	GC	16.93 (0.19)	17.03 (0.19)		
Autoestima	SSL	15.42 (0.05)	15.84 (0.20)	1.51 (1.02, 2.23)	.04
	GC	15.38 (0.06)	15.70 (0.16)		
Bienestar familiar	SSL	17.10 (0.17)	17.43 (0.20)	1.39 (1.01, 1.93)	.04
	GC	16.72 (0.20)	16.59 (0.21)		
Bienestar social	SSL	16.24 (0.19)	16.62 (0.21)	1.46 (1.03, 2.07)	.03
	GC	16.49 (0.21)	16.40 (0.21)		
Bienestar escolar	SSL	14.98 (0.05)	15.16 (0.19)	1.20 (0.82, 1.20)	.33
	GC	14.88 (0.06)	14.96 (0.17)		

En la dimensión global de calidad de vida relacionada con la salud, el modelo GEE mostró diferencias estadísticamente significativas a favor del GE (Tabla 16). Con un tamaño del efecto de $d = 0.21$, informa de niveles ligeramente superiores de calidad de vida en el GE en comparación con el GC después de la intervención. La Figura 15 presenta la comparación entre los datos del pretest y postest en relación con la calidad de vida en los dos grupos, según reportan las madres.

Figura 15

Evolución de la calidad de vida, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest



Al hallar el tamaño del efecto de las comparaciones intra-grupo, observamos un efecto que, aunque pequeño ($d = -0.21$), sugiere una mejora en la calidad de vida después de la intervención.

7.2.8.1 Bienestar físico

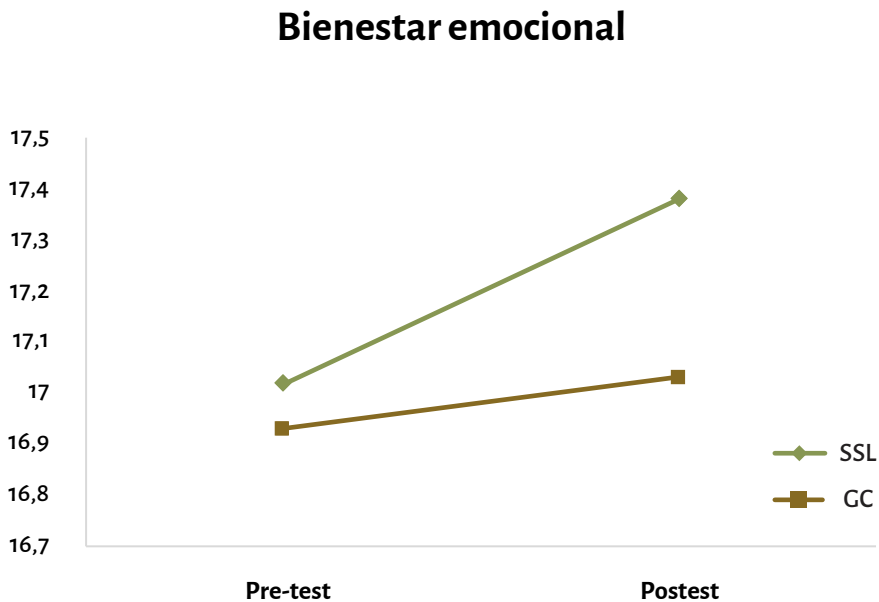
En cuanto al bienestar físico, el análisis GEE no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 16).

7.2.8.2 Bienestar emocional

Para el bienestar emocional, se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor del GE (Tabla 16), con un tamaño del efecto inter-grupo de $d = 0.11$, lo que indica que, tras la intervención, el GE presentó niveles ligeramente superiores de bienestar emocional en comparación con el GC. La Figura 16 muestra la variación del bienestar emocional por condición desde la línea base hasta el postest.

Figura 16

Evolución del bienestar emocional, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest



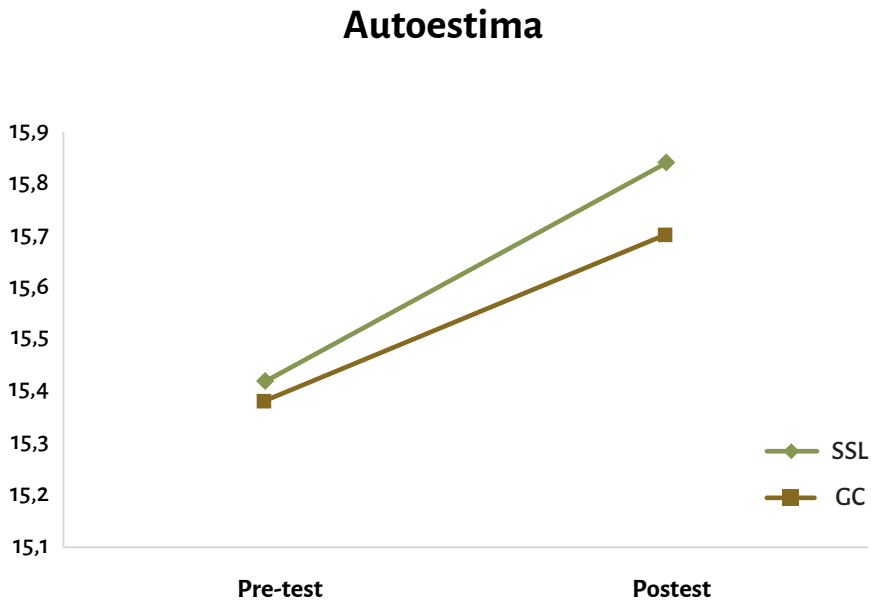
El tamaño del efecto hallado en el GE ($d = -0.18$) sugiere un leve aumento en el bienestar emocional en el GE entre la evaluación inicial y el postest.

7.2.8.3 Autoestima

En autoestima, el GEE mostró diferencias estadísticamente significativas a favor del GE (Tabla 16), con puntuaciones más altas en comparación con el GC después de la intervención, pero con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.05$). La Figura 17 representa la progresión de la autoestima en los dos grupos entre la línea base y la finalización de la intervención, según informaron las madres.

Figura 17

Evolución de la autoestima, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el postest



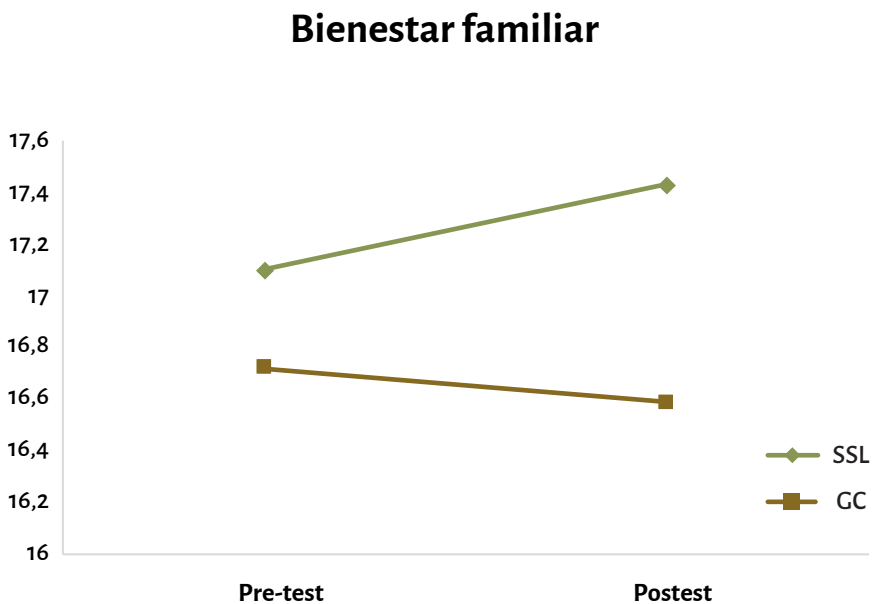
En el GE el tamaño del efecto ($d = -0.11$), aunque pequeño, sugiere un leve aumento en la autoestima desde la evaluación inicial al postest.

7.2.8.4 Bienestar familiar

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en bienestar familiar, a favor del GE (Tabla 16). El tamaño del efecto intergrupo fue de $d = 0.24$, presentando el grupo que había recibido el programa niveles superiores de bienestar familiar en comparación con el GC. La Figura 18 presenta la comparación entre los datos del pretest y posttest en relación con el bienestar familiar en los dos grupos.

Figura 18

Evolución del bienestar familiar, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el posttest



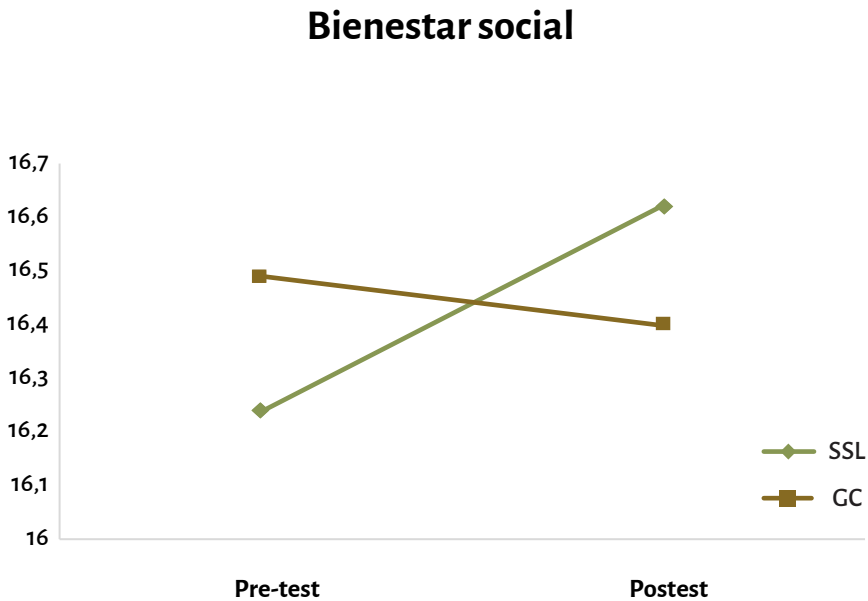
El tamaño del efecto según el análisis intra-grupo ($d = -0.18$), aunque pequeño, sugiere un leve aumento en el bienestar familiar en el GE entre la evaluación inicial y el posttest.

7.2.8.5 Bienestar social

En la variable bienestar social, el GEE informó de diferencias estadísticamente significativas a favor del GE (Tabla 16), con puntuaciones más altas en el posttest en comparación con el GC, y con un tamaño del efecto de $d = 0.06$. La Figura 19 muestra la variación del bienestar social por condición desde la línea base hasta el posttest.

Figura 19

Evolución del bienestar social, según la visión de las madres, por condición desde la línea base hasta el posttest



En el análisis intra-grupo, el valor del tamaño del efecto obtenido fue de $d = -0.18$, en la dirección de un leve aumento en el bienestar social dentro del GE después de la intervención.

7.2.8.6 Bienestar escolar

Con relación al bienestar escolar, el análisis GEE no mostró diferencias estadísticamente significativas (Tabla 16).

7.3 Eficacia del programa a medio plazo

7.3.1 Sintomatología ansiosa

El análisis mediante modelos de GEE mostró una reducción estadísticamente significativa de los niveles de ansiedad del GE entre la evaluación inicial y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 17).

Tabla 17

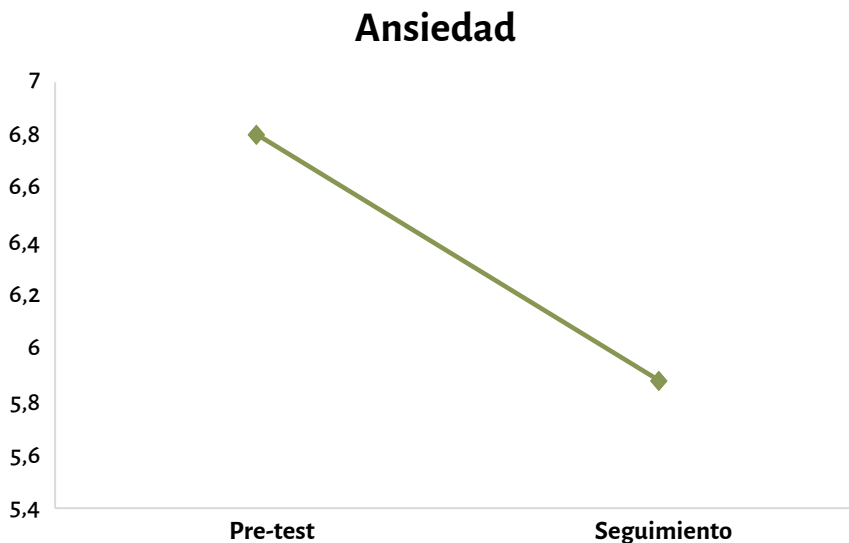
Análisis GEE de significación para la ansiedad autoinformada por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor <i>p</i>
Ansiedad	6.80 (0.03)	5.88 (0.14)	-0.92 (-1.23, -0.62)	< .001

El tamaño del efecto de Cohen fue de $d = 0.29$, indicando una reducción de la ansiedad entre la evaluación inicial y el seguimiento a los 6 meses (Figura 20).

Figura 20

Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes a los síntomas ansiosos en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.2 Sintomatología depresiva

El análisis mediante modelos de GEE mostró una reducción estadísticamente significativa en los niveles de depresión del GE entre la evaluación inicial y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 18).

Tabla 18

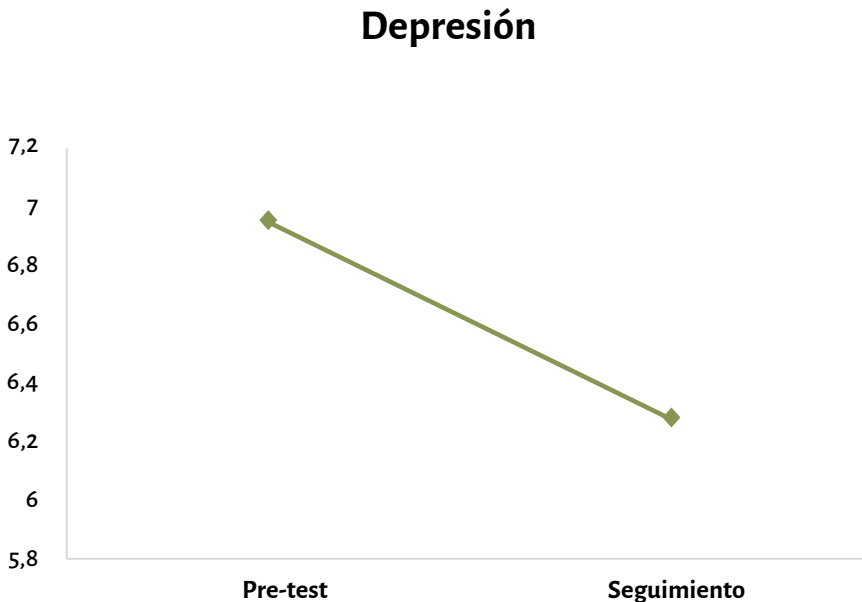
Análisis GEE de significación para la depresión autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses.

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor p
Depresión	6.95 (0.24)	6.28 (0.24)	-0.67 (-1.14, -0.20)	.005

El valor del tamaño del efecto fue de $d = 0.10$, indicando una leve reducción de los síntomas depresivos en el GE entre la evaluación inicial y el seguimiento a los 6 meses. La Figura 21 muestra una tendencia descendente de los síntomas de depresión en los participantes de SSL.

Figura 21

Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes a los síntomas depresivos en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.3 Afecto positivo y negativo

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses en los niveles de afecto positivo del GE (Tabla 19). En cambio, el análisis mediante modelos de GEE mostró una reducción estadísticamente significativa en los niveles de afecto negativo, con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.05$), pero que refleja niveles menores de afecto negativo con el paso del tiempo.

Tabla 19

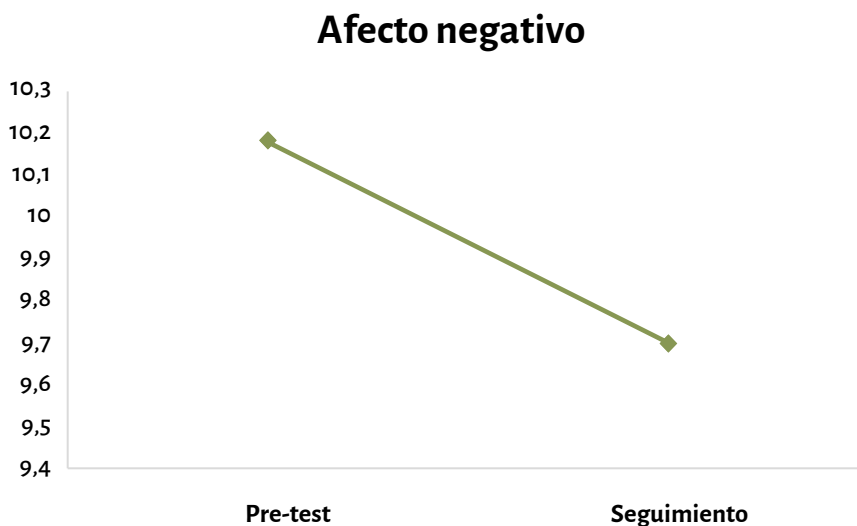
Análisis GEE de significación para el afecto positivo y negativo autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor <i>p</i>
Afecto positivo	20.80 (0.15)	20.83 (0.16)	0.03 (-0.27, 0.15)	.82
Afecto negativo	10.18 (0.17)	9.70 (0.16)	-0.47 (-0.84, -0.10)	.01

La Figura 22 ilustra la reducción del afecto negativo desde el inicio de la intervención hasta los 6 meses de la finalización.

Figura 22

Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al afecto negativo en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.4 Estrategias cognitivas de regulación emocional

7.3.4.1 Estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis mediante modelos de GEE entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 20) en el uso de las estrategias autculpa, culpar a los demás y rumiación en el GE. Sin embargo, sí que se observó una reducción estadísticamente significativa en el uso de la estrategia de catastrofización, con un tamaño del efecto pequeño, $d = 0.15$.

Tabla 20

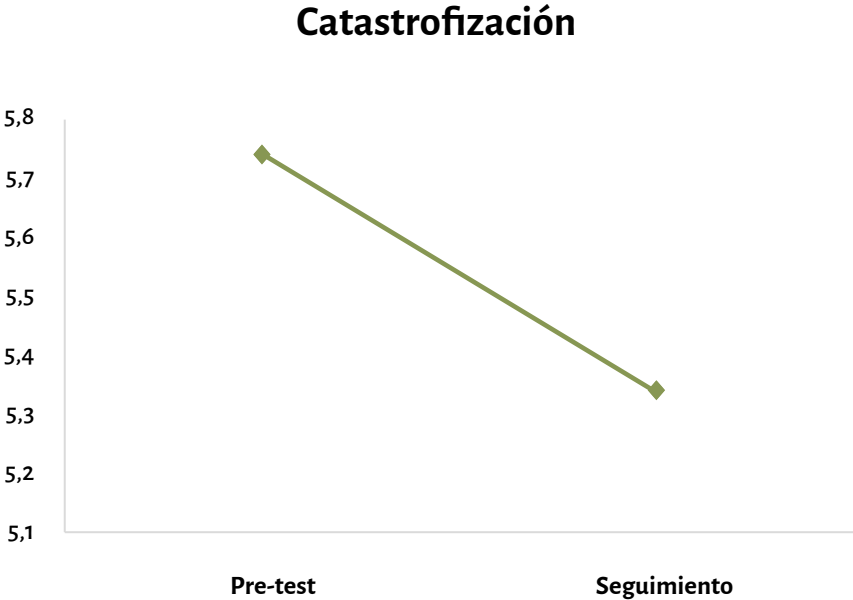
Análisis GEE de significación para las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor p
Autculpa	4.77 (0.09)	4.73 (0.09)	-0.04 (-0.24, 0.15)	.63
Culpar a otros	4.25 (0.08)	4.11 (0.08)	-0.14 (-0.33, 0.04)	.13
Catastrofización	5.74 (0.11)	5.34 (0.11)	-0.40 (-0.64, -0.17)	.001
Rumiación	6.56 (0.09)	6.60 (0.09)	0.03 (-0.18, 0.25)	.73

La Figura 23 representa la disminución mantenida en esta estrategia en el grupo SSL.

Figura 23

Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable catastrofización en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.4.2 Estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional

Los resultados de los análisis no muestran diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses en el uso de estrategias de planificación, reenfoque positivo y reevaluación positiva del GE (Tabla 21). Sin embargo, las diferencias fueron significativas en las estrategias de aceptación y de poner en perspectiva, con tamaños del efecto pequeños en ambos casos ($d = -0.04$, $d = -0.05$).

Tabla 21

Análisis GEE de significación para las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor <i>p</i>
Planificación	6.90 (0.10)	6.92 (0.09)	0.02 (-0.19, 0.23)	.85
Aceptación	5.85 (0.08)	6.05 (0.08)	0.20 (0.001, 0.41)	.05
Reenfoque positivo	6.14 (0.10)	6.33 (0.10)	0.19 (-0.05, 0.43)	.13
Reevaluación positiva	6.33 (0.10)	6.53 (0.10)	0.19 (-0.02, 0.41)	.07
Poner en perspectiva	6.01 (0.09)	6.30 (0.10)	0.29 (0.06, 0.53)	.01

Las Figuras 24 y 25 presentan la evolución desde el inicio de la intervención hasta los 6 meses de la finalización.

Figura 24

Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable aceptación en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



Figura 25

Medias marginales estimadas mediante GEE de la variable poner en perspectiva en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.5 Perfeccionismo

En la Tabla 22 se presenta el resultado del análisis de la eficacia a medio plazo del programa SSL en las variables de perfeccionismo.

Tabla 22

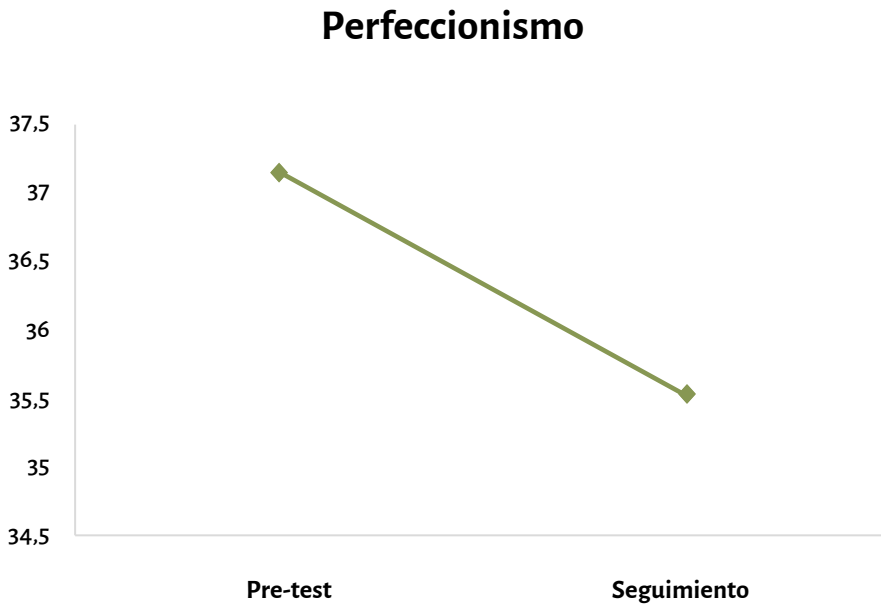
Análisis GEE de significación para el perfeccionismo autoinformado por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor <i>p</i>
Perfeccionismo	37.15 (0.49)	35.53 (0.50)	-1.61 (-2.47, -0.74)	<.001
Perfeccionismo socialmente preescrito	13.28 (0.27)	12.78 (0.27)	-0.50 (-0.96, -0.04)	.03
Perfeccionismo autoorientado crítico	9.77 (0.19)	9.17 (0.19)	-0.59 (-0.95, -0.24)	.001
Perfeccionismo autoorientado esfuerzos	14.09 (0.16)	13.58 (0.17)	-0.51 (-0.83, 0.18)	.002

Los resultados muestran una reducción estadísticamente significativa en el perfeccionismo total del GE desde el pretest al seguimiento a los 6 meses (Tabla 22), con un tamaño del efecto de $d = 0.20$. La Figura 26 representa la trayectoria de los síntomas de perfeccionismo en el GE entre la línea base y 6 meses tras la finalización de la intervención.

Figura 26

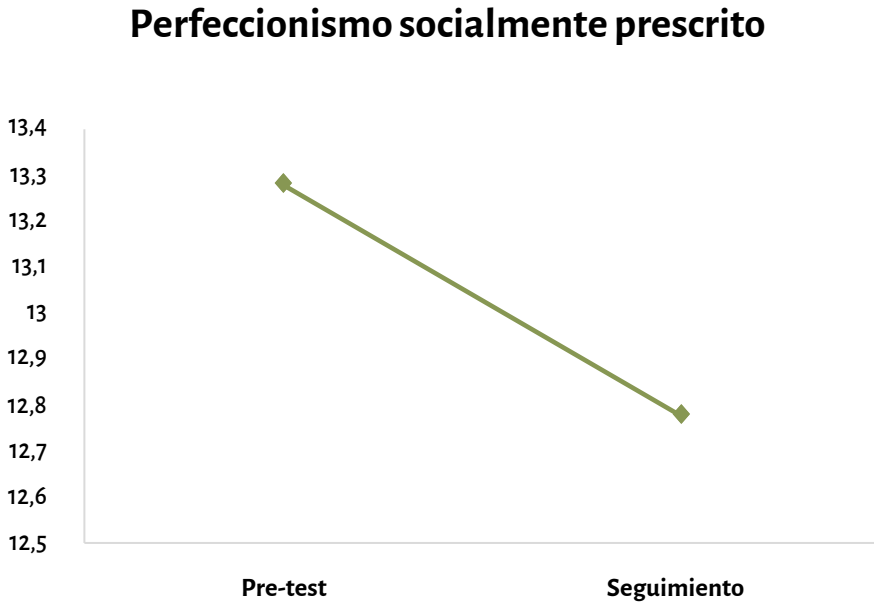
Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al perfeccionismo en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



El perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) se redujo de forma estadísticamente significativa desde el pretest al seguimiento a los 6 meses (Tabla 22). Se obtuvo un tamaño del efecto de $d = 0.19$, que sugiere una leve disminución del PSP dentro del GE con el paso del tiempo. La Figura 27 ilustra la reducción del PSPS desde el inicio de la intervención hasta los 6 meses de la finalización.

Figura 27

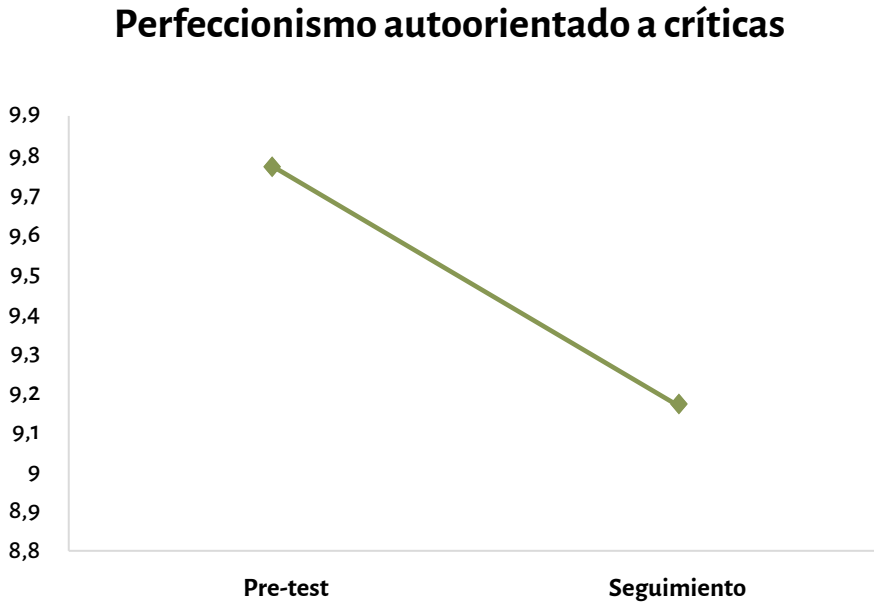
Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



En lo que respecta al perfeccionismo autoorientado a la crítica (PAO-C), los resultados indican una reducción estadísticamente significativa entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 22), con un tamaño del efecto de $d = 0.20$. La Figura 28 representa el descenso de los síntomas de PAO-C en el GE entre la línea base y 6 meses tras la finalización de la intervención.

Figura 28

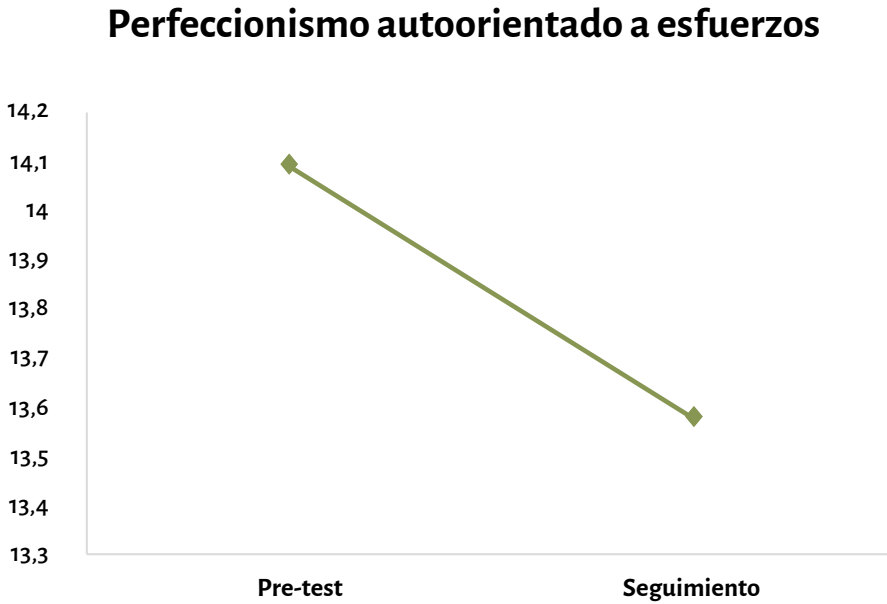
Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo autoorientado a la crítica (PAO-C) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



Por último, también se halló una reducción estadísticamente significativa en el perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos (PAO-E) desde el pre-test al seguimiento a los 6 meses (Tabla 22), con un tamaño del efecto muy pequeño ($d = 0.06$). La Figura 29 presenta los síntomas de PAO-E en el GE en la línea base y 6 meses tras la finalización de la intervención.

Figura 29

Medias marginales estimadas mediante GEE para la variable perfeccionismo autoorientado a los esfuerzos (PAO-E) en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



7.3.6 Habilidades sociales

El análisis mediante modelos de GEE no mostró diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 23).

Tabla 23

Análisis GEE de significación para las habilidades sociales autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor p
Habilidades sociales	47.85 (0.29)	47.85 (0.33)	-0.003 (-0.57, 0.56)	.99

7.3.7 Autoconcepto socioemocional

Los resultados del análisis mostraron una mejora estadísticamente significativa en el autoconcepto emocional desde el pretest al seguimiento a los 6 meses (Tabla 24), con un tamaño del efecto de Cohen pequeño, $d = -0.18$. La Figura 30 presenta de manera gráfica los cambios en el autoconcepto emocional en el grupo SSL a lo largo del tiempo.

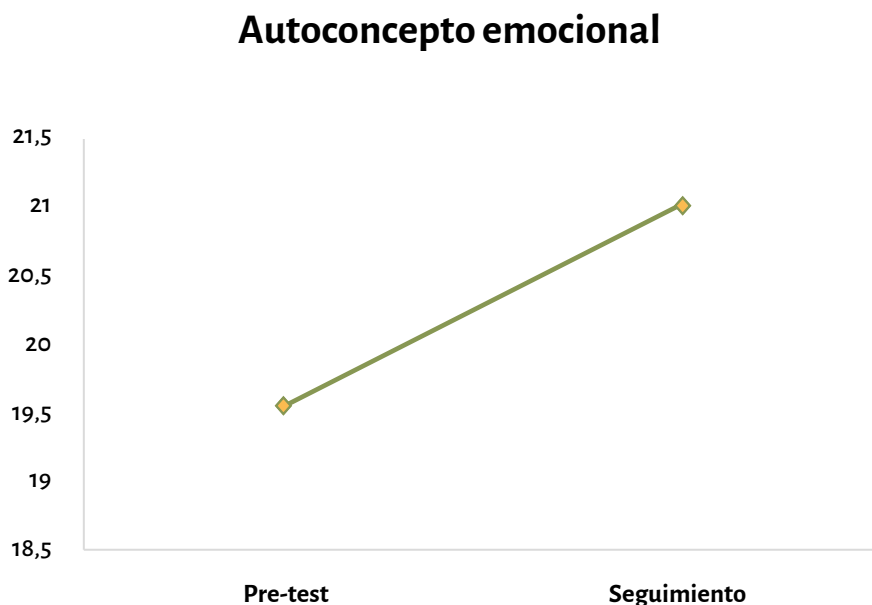
Tabla 24

Análisis GEE de significación para el autoconcepto socioemocional autoinformadas por niños en el seguimiento a 6 meses

Resultados	Medias marginales (EE)		Efectos Pre-Seguimiento	
	Pre-test	Seguimiento	Estimación (CI 95%)	Valor p
Autoconcepto emocional	19.55 (0.23)	21.01 (0.24)	1.45 (0.98, 1.93)	<.001
Autoconcepto social	23.27 (0.19)	23.75 (0.19)	0.48 (0.13, 0.83)	.007

Figura 30

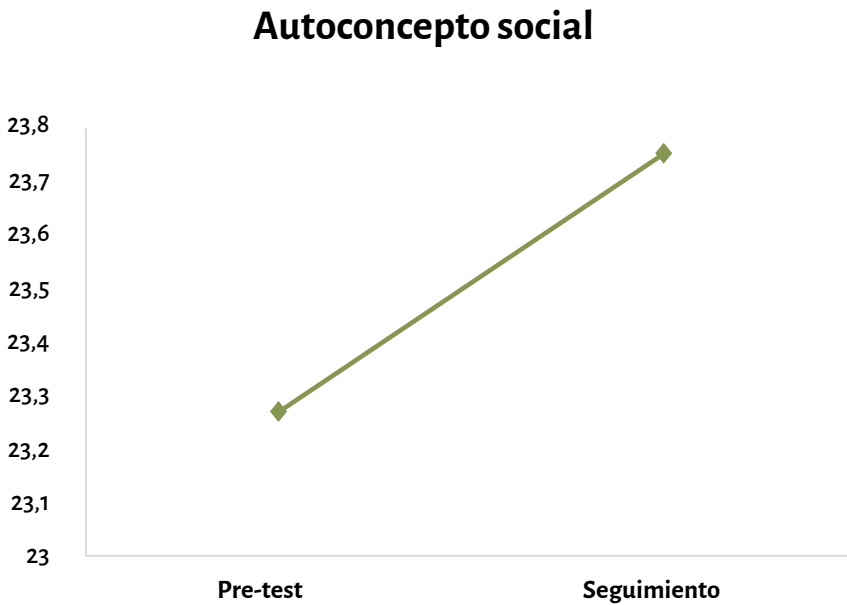
Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al autoconcepto emocional en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses



Respecto al autoconcepto social, el análisis mediante GEE mostró diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el seguimiento a los 6 meses (Tabla 24), con un tamaño del efecto pequeño ($d = -0.16$). En la Figura 31 se ilustra la evolución del autoconcepto social en el grupo SSL desde el inicio hasta los 6 meses tras concluir la intervención.

Figura 31

Medias marginales estimadas mediante GEE correspondientes al autoconcepto social en el GE (SSL) en pretest y seguimiento a los 6 meses







8. DISCUSIÓN

8 DISCUSIÓN

Este capítulo expone la discusión general, ofreciendo una interpretación integrada de los hallazgos y profundizando en su relevancia a la luz del marco teórico y los antecedentes previos. A continuación, se analizan los resultados obtenidos en relación a cada objetivo específico planteado en esta tesis doctoral.

El **objetivo principal** fue analizar, por primera vez, la eficacia del programa SSL, en su versión española, como estrategia de prevención universal integrada en el currículo escolar en niños de 8 a 12 años. Los resultados evidenciaron mejoras significativas en los participantes que recibieron la intervención en comparación con el GC a corto plazo, y dichas mejoras se mantuvieron en el tiempo en el GE.

En esta línea, el **primer objetivo específico** del estudio fue evaluar el efecto del protocolo en la reducción de síntomas internalizantes a corto plazo. Para ello, se analizó el impacto del programa en los síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados mostraron mejoras significativas desde la primera sesión hasta la duodécima en los niños que participaron en SSL, en comparación con el GC. Estos datos evidencian la eficacia del programa, en su formato de prevención universal escolar, para reducir síntomas ansioso-depresivos a corto plazo. Además, refuerzan su valor frente a otros programas transdiagnósticos implementados a nivel internacional de los que no se dispone de evidencia en población infantil española (Chen et al., 2024; Ehrenreich-May & Bilek, 2011; Johnstone et al., 2020; Pophillat et al., 2016). En consecuencia, puede afirmarse que la primera hipótesis del estudio se confirma. Los cambios observados parecen estar relacionados con el entrenamiento que ofrece SSL para reconocer y regular las emociones, facilitando que los niños afronten con mayor seguridad situaciones que les resultaban ansiógenas. Por otro lado, las actividades del programa, diseñadas para ser dinámicas y participativas, promueven una implicación activa y placentera, y parecen tener un efecto positivo frente a síntomas como la anhedonia o la apatía (Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Asimismo, el programa

incluye técnicas con respaldo científico para afrontar situaciones emocionales intensas, lo que contribuye a reducir conductas como la inquietud física o episodios de malestar como el llanto. Los resultados obtenidos en este estudio coinciden parcialmente con los hallazgos de Chen et al., (2024) y en algunos aspectos los superan. Estas diferencias podrían deberse al modo en que se implementó el programa en Malasia, ya que dicho estudio presentó un diseño distinto y no se trató de un ensayo controlado, encontrando cambios significativos en un número menor de variables.

En cuanto a la magnitud de los cambios observados, los tamaños del efecto obtenidos fueron pequeños, tanto para la ansiedad como para la depresión. Estos valores son coherentes con la literatura previa en programas universales escolares, que habitualmente reportan efectos en un rango de 0.10 a 0.30 (Ahlen et al., 2015; Werner-Seidler et al., 2021). En este sentido, es importante subrayar que, en el ámbito de la prevención universal, incluso efectos pequeños pueden ser clínicamente significativos, dado que se aplican a una gran población y contribuyen a reducir la probabilidad de desarrollar futuros trastornos internalizantes (Stockings et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2021).

Estos hallazgos refuerzan la eficacia de SSL no solo en términos de significación estadística, sino también como herramienta preventiva con un impacto potencial a nivel poblacional. La reducción, aunque de magnitud baja, en los síntomas ansiosos-depresivos, puede tener implicaciones relevantes en la disminución de la carga asistencial futura y en la promoción del bienestar emocional en etapas escolares. A corto plazo, las mejoras alcanzadas en la presente investigación con el protocolo SSL sugieren que un programa universal de prevención de la ansiedad, cuando se aplica en el entorno escolar, tiene un impacto positivo en la reducción de los síntomas de depresión que los estudiantes experimentan y reportan (Garaigordobil et al., 2019; Scaini et al., 2022).

En relación con el **segundo objetivo específico** del estudio, se examinó la eficacia del programa en la mejora de la regulación emocional a través de estrategias cognitivas, el nivel de perfeccionismo y las dimensiones del afecto positivo y negativo. Los resultados evidencian cambios significativos en los procesos psicológicos evaluados, los cuales se consideran fundamentales en la aparición y mantenimiento de los trastornos internalizantes en la infancia (Antuña-Cambor et al., 2024; Bullis et al., 2019; Gadassi Polack et al., 2021; Wade et al., 2025; Yapan et al., 2020). Estos hallazgos respaldan la premisa de que los programas preventivos basados en enfoques transdiagnósticos, como SSL, pueden actuar de manera efectiva sobre los mecanismos subyacentes comunes a múltiples problemáticas emocionales (Wang et al., 2024).

Uno de los cambios más destacados fue la reducción del afecto negativo entre los niños que participaron en la intervención frente a los participantes del GC. Este resultado cobra especial relevancia si se considera que el afecto negativo ha sido ampliamente vinculado con la sintomatología ansiosa y depresiva en etapas tempranas del desarrollo (Uhl et al., 2019), constituyéndose además como un importante factor de riesgo transdiagnóstico (Eryilmaz et al., 2023; García-Vera et al., 2025). Es probable que los componentes del programa, como las técnicas de relajación, la práctica de actividades lúdicas, la exposición a situaciones temidas, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, hayan favorecido una disminución de emociones como la tristeza, el miedo o la irritabilidad, facilitando una mayor regulación emocional. En términos de magnitud, el efecto observado fue pequeño, aunque consistente con la dirección esperada, puesto que incluso reducciones modestas en un factor de riesgo transdiagnóstico pueden tener un impacto acumulativo en la disminución de la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales a medio y largo plazo (Wang et al., 2024; Werner-Seidler et al., 2021). No obstante, no se observó un aumento significativo en los niveles de afecto positivo. Una posible explicación es que, al tratarse de una muestra comunitaria, los participantes ya partían de niveles elevados de bienestar. Esta situación deja poco margen de mejora, lo que podría haber limitado la posibilidad de detectar cambios significativos en esta variable.

En lo que respecta a las estrategias cognitivas de regulación emocional, se halló una disminución significativa en la estrategia desadaptativa de catastrofización en el grupo SSL frente al GC. El tamaño del efecto fue pequeño, lo que refleja una reducción modesta pero clínicamente relevante en la tendencia a interpretar los acontecimientos de manera desproporcionadamente negativa. Esta estrategia, caracterizada por interpretaciones exageradamente negativas de los eventos, ha sido señalada como un factor mantenedor de síntomas depresivos y ansiosos (Compas et al., 2017; Garnefski et al., 2001). Los contenidos del programa sobre la identificación y reformulación de pensamientos disfuncionales, así como la exposición a situaciones intra e interpersonal ansiógenas parecen haber contribuido a un procesamiento más realista y flexible de las situaciones difíciles. De forma paralela, se produjo un incremento en el uso de estrategias adaptativas como la aceptación y la puesta en perspectiva, recursos que favorecen una interpretación más constructiva de las experiencias negativas y que han demostrado actuar como factores protectores frente a la psicopatología (Aldao et al., 2010; Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019). La combinación de actividades de reflexión guiada, análisis de experiencias cotidianas y modelado de respuestas cognitivas habría facilitado que los participantes interiorizaran estas herramientas de regulación emocional.

Por otro lado, no se observaron cambios significativos en otras estrategias cognitivas, tanto desadaptativas (rumiación, autoinculpación, culpabilización externa) como adaptativas (planificación, reevaluación positiva, centrarse en lo positivo), un resultado que coincide con el estudio cuasiexperimental del programa SSL reportado por Chen et al., (2024). Una posible explicación es que estas estrategias requieren no solo una enseñanza explícita, sino también una práctica reiterada en contextos reales para consolidarse como recursos eficaces ante situaciones de malestar emocional. En este sentido, los niños podrían necesitar un mayor tiempo de exposición y oportunidades para aplicar estos recursos en su vida diaria. Asimismo, al igual que ha ocurrido con el afecto positivo, es posible que, al tratarse de una muestra comunitaria, sin indicadores claros de alteración emocional, los niveles de uso de estas estrategias ya fueran adecuados desde el inicio, lo que habría limitado el margen de mejora observable. La hipótesis de un efecto techo sugiere que investigaciones futuras deberían indagar si la sensibilidad al cambio es distinta según el grado de sintomatología inicial, y si las estrategias aplicadas resultan especialmente eficaces en niños con perfiles clínicos o con mayor vulnerabilidad emocional.

En cuanto al perfeccionismo, se registró una disminución significativa en el perfeccionismo autoorientado crítico, una forma de perfeccionismo asociada a elevada autoexigencia, baja tolerancia al error y sentimientos de fracaso personal, factores todos ellos vinculados a ansiedad y depresión en población infantil (Affrunti & Woodruff-Borden, 2017; Vicent et al., 2019). El tamaño del efecto obtenido corresponde a una magnitud pequeña, lo que sugiere un impacto modesto pero consistente del programa sobre esta dimensión. De manera similar, también se observó una disminución en el perfeccionismo autoorientado por esfuerzo, es decir, aquel que se basa en la necesidad de lograr un rendimiento perfecto. En este caso, el tamaño del efecto fue pequeño, lo que indica una reducción ligera pero favorable al GE. Esta mejora podría estar relacionada con los contenidos del programa centrados en la reestructuración cognitiva, que incluyen la identificación y el cuestionamiento de pensamientos poco útiles, así como el fortalecimiento de la autoestima. Todo ello habría favorecido una forma más equilibrada de entender las metas personales y el rendimiento académico. Asimismo, los análisis reflejaron una disminución general en los niveles globales de perfeccionismo, que, aunque con un efecto pequeño, sugiere un impacto positivo del programa en la tendencia perfeccionista en su conjunto. Esta reducción, aunque de baja magnitud, es relevante si se considera que el perfeccionismo elevado constituye un factor transdiagnóstico de riesgo para distintos problemas internalizantes (Limburg et al., 2017).

En contraste, el perfeccionismo socialmente prescrito no presentó variaciones significativas. Una posible explicación es que esta forma de

perfeccionismo está vinculada a expectativas percibidas desde el entorno, como las que provienen de padres o docentes. Dado que el programa no interviene directamente sobre estas figuras de referencia, es comprensible que ciertas creencias y cogniciones de los participantes no se modifiquen si esas expectativas externas continúan transmitiéndose de forma desajustada. A pesar de esto, la implementación de SSL como estrategia de prevención universal en el contexto escolar logró reducir los niveles de perfeccionismo ya a corto plazo, mejorando los efectos observados en el programa FRIENDS, cuyos beneficios en esta variable únicamente se constataron a los 12 meses de seguimiento (Essau et al., 2012).

El **tercer objetivo específico** de la presente investigación fue comprobar la eficacia del programa SSL en las habilidades sociales y mejora del autoconcepto social y emocional a corto plazo. En este sentido, los hallazgos mostraron un patrón diferenciado según las variables analizadas.

En primer lugar, no se observaron cambios significativos en las variables relacionadas con las habilidades sociales. Esta ausencia de efectos puede deberse, como se apuntaba previamente, a que, al tratarse de una muestra comunitaria, los participantes ya presentaban niveles adecuados de competencia social en la línea base, lo que limita el margen de mejora observable y, en consecuencia, reduce la sensibilidad estadística para detectar diferencias. En recientes estudios del programa SSL con población indicada en formato individual, la competencia social ha resultado significativa (Galán-Luque et al., 2024). Aun así, los resultados de esta investigación coinciden con los encontrados en otros estudios sobre programas de prevención universal (Chen et al., 2024; Essau et al., 2012). Además, aunque el programa SSL incluye sesiones específicas destinadas al entrenamiento de conductas sociales necesarias para relacionarse de forma competente con otras personas, como presentarse, iniciar conversaciones y unirse a un grupo, es posible que estas conductas ya formaran parte del repertorio cotidiano de una proporción importante del alumnado. Se considera entonces que la intervención habría actuado más como un reforzador o validador de comportamientos previamente adquiridos aumentando el propio autoconcepto, que sobre el aumento de nuevos comportamientos prosociales. Otra explicación plausible es la falta de tiempo para poner en práctica estas conductas que se abordan al final del programa, sesiones previas a la evaluación de la finalización del programa.

En contraste, los resultados en el autoconcepto socioemocional, es decir, en la percepción que el niño tiene de sí mismo en relación con sus emociones y sus interacciones sociales, que influye en cómo comprende, regula y expresa sus sentimientos y en la manera en que se vincula con los demás (García & Musitu, 2001), sí evidencian avances significativos. Justo

al finalizar la intervención, se observaron diferencias a favor del GE frente al GC, confirmando parcialmente la hipótesis planteada, que anticipaba mejoras a corto plazo en las habilidades sociales y en el autoconcepto socioemocional. El tamaño del efecto obtenido en la dimensión emocional refleja un efecto pequeño pero que indica una relación baja, aunque positiva, entre la participación en el programa y una percepción emocional más fortalecida. Este hallazgo resulta especialmente relevante, ya que sugiere que el programa SSL no solo contribuye a la reducción de síntomas ansiosos o depresivos, sino que también incide de forma directa en el fortalecimiento de la autoimagen emocional de los participantes como se ha destacado en estudios anteriores en otros formatos (Galán-Luque et al., 2024; Orgilés, Melero, et al., 2020). Considerando el papel mediador del autoconcepto en los problemas emocionales como la ansiedad y la depresión (Morales et al., 2023), las mejoras observadas en la percepción del control emocional y de las habilidades personales y sociales parecen estar relacionadas con una disminución de la sintomatología internalizante.

La mejora en el autoconcepto emocional puede explicarse, en primer lugar, por el entrenamiento que ofrece el programa en identificación y regulación emocional, lo que facilita que los niños reconozcan sus estados afectivos y respondan ante ellos de forma más adaptativa. Este proceso contribuye a reducir el nerviosismo, el miedo o la ansiedad en situaciones cotidianas, generando una sensación subjetiva de mayor control emocional. Además, la exposición progresiva a contextos generadores de ansiedad, como hablar en público o afrontar dinámicas grupales, ayuda a desensibilizar respuestas de activación fisiológica, fortaleciendo la percepción de autoeficacia en el manejo de emociones intensas. Igualmente, a través de la reestructuración cognitiva que se aborda en SSL, los niños aprenden a desmentir pensamientos negativos sobre sí mismos, promoviendo interpretaciones más realistas y compasivas, lo que favorecería a una imagen interna menos vulnerable y más segura. Del mismo modo, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, como la aceptación, contribuye a construir una narrativa interna más saludable ante el malestar emocional. En conjunto, todos estos aprendizajes no sólo modifican la experiencia emocional inmediata, sino que también influyen en cómo el niño se define emocionalmente, consolidando así una mejora en su autoconcepto emocional.

En cuanto al autoconcepto social, también se obtuvieron avances significativos a corto plazo en los niños que participaron en el programa. Sin embargo, el tamaño del efecto fue prácticamente nulo, lo que indica que, aunque se produjeron cambios detectables en el análisis estadístico, la magnitud de dichos cambios fue muy reducida. Ahora bien, este hallazgo no necesariamente resta relevancia al resultado. Una interpretación posible es que los niños, al participar en las dinámicas grupales del programa,

así como en las sesiones centradas en este aspecto, comenzaron a percibirse a sí mismos como más competentes socialmente. En dichas sesiones se promueve la identificación del comportamiento social adecuado frente al inadecuado, lo que podría haber contribuido al incremento de su autoconcepto en este ámbito, aunque estas percepciones no se reflejen todavía en modificaciones amplias y observables de la conducta social. El impacto positivo del programa en el autoconcepto social puede explicarse por distintos factores: la realización de actividades que fomentan la interacción con compañeros con los que se tiene una vinculación baja; el visionado, mediante videofeedback con preparación cognitiva, de la propia ejecución y la de los demás durante las situaciones de interacción; la exposición progresiva a contextos sociales que suelen generar inhibición (por ejemplo, hablar o actuar en público); la participación activa en dinámicas cooperativas (como la resolución conjunta de problemas sociales); o los refuerzos positivos proporcionados por los aplicadores, que validan y consolidan la percepción de avance personal. Además, el trabajo específico sobre la identificación del comportamiento social adecuado y el entrenamiento en habilidades básicas de interacción favorecen una visión más realista y positiva de las propias competencias sociales.

En este sentido, el programa ha generado primero un cambio en la forma en que los niños se perciben a sí mismos en el ámbito social, antes que en los comportamientos que dicen llevar a cabo. Éstos podrán necesitar más tiempo y práctica para consolidarse. En conjunto, los resultados sugieren que, a corto plazo, SSL ha mostrado eficacia limitada en la mejora de habilidades sociales objetivas, pero sí ha generado cambios positivos en la percepción que los niños tienen de sí mismos, tanto a nivel emocional como social. La relevancia de estos hallazgos se basa en que un autoconcepto más sólido constituye un factor protector frente a la aparición futura de problemas internalizantes, incluso aunque las conductas sociales concretas no cambien de forma inmediata.

Con el propósito de dar respuesta al **cuarto objetivo del estudio**, centrado en valorar el bienestar y la calidad de vida de los participantes tras la finalización de SSL, se contó con la colaboración de sus cuidadores principales, que en todos los casos fueron las madres.

La participación de éstas permitió ampliar la información recogida a través de los autoinformes infantiles, añadiendo así una perspectiva externa y complementaria que aporta una valoración más contrastada sobre el estado emocional y conductual de los menores (Caqueo-Urizar et al., 2022). Los resultados confirmaron la hipótesis planteada para este objetivo específico, ya que las madres del GE reportaron puntuaciones significativamente superiores en calidad de vida global y en varias de sus dimensiones

específicas (bienestar emocional, social, familiar y autoestima) en sus hijos en comparación con el GC. Estas mejoras pueden explicarse por la mejora del estado de ánimo, la imagen que los niños tienen de sí mismos y la incorporación de habilidades de autorregulación emocional. Así, no solo se avala la eficacia del programa, sino que también se observan cambios positivos en aspectos clave del desarrollo socioemocional.

En cuanto a la magnitud de los efectos, el tamaño del efecto en la calidad de vida general fue pequeño, al igual que en bienestar emocional, autoestima, bienestar social, y bienestar familiar y todos consistentes con la dirección esperada. Cabe destacar que para el bienestar familiar también se halló un efecto pequeño, lo que parece indicar que existiría un impacto en la dinámica del hogar y las relaciones intrafamiliares. Esto muestra que el programa SSL no solo influye en el bienestar individual del niño, sino también en la mejora del ambiente familiar, posiblemente al facilitar relaciones más positivas y reducir los conflictos. Una vez más el programa SSL, indistintamente del tipo de versión, promueve el bienestar parental (Galán-Luque & Orgilés, 2025).

Todos los cambios anteriormente mencionados parecen estar relacionados con el entrenamiento en habilidades de identificación y gestión emocional, que ofrece el programa SSL, a través del cual los niños aprenden a expresar mejor cómo se sienten. De esta forma facilita que las madres puedan percibir los cambios emocionales (Caqueo-Urizar et al., 2022). Además, las técnicas de afrontamiento activo adaptativo aprendidas, como el control de la activación fisiológica o el reconocimiento de logros y cualidades personales, favorecen que los niños puedan estar más tranquilos, seguros, alegres y menos aislados, y siendo percibido por quienes los cuidan. Las madres perciben que sus hijos juegan más, reciben invitaciones a cumpleaños o tienen más interacciones espontáneas con otros niños. También notan una mejor convivencia familiar, con menos discusiones y un ambiente más agradable. Este efecto puede ser explicado entre otros motivos, por la generalización del aprendizaje a través de la realización de las “Supertareas” que se ofrecen al terminar las sesiones del programa SSL. En ellas los participantes tienen que aplicar el contenido aprendido en las sesiones a su vida cotidiana, facilitando que las mejoras en la regulación de la ansiedad se reflejen en distintos entornos, incluyendo el hogar y las interacciones sociales (Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Sin embargo, estas mejoras no se detectaron en el bienestar físico. La ausencia de cambios es comprensible, ya que SSL no aborda directamente aspectos como el dolor, el cansancio o las sensaciones corporales (ítems como “dolor de cabeza”, “sentirse enfermo” o “estar muy cansado”), los cuales dependen en mayor medida de factores biológicos, hábitos de vida o condiciones médicas no contempladas en el programa. Como

SSL está centrado en la promoción de habilidades socioemocionales y prevención de síntomas emocionales, es esperable que esta dimensión no haya variado significativamente, y más siendo una muestra de niños sin patologías médicas relevantes.

Respecto al bienestar escolar, aunque investigaciones previas han detectado mejoras en esta área y relacionan la mejora de habilidades socioemocionales con mayor bienestar escolar (Nieto-Carracedo et al., 2024; Scaini et al., 2022), en este estudio no se observaron cambios significativos. Es posible que, aunque los niños hayan aprendido a gestionar mejor su ansiedad, mejorado su autoconcepto o desarrollado habilidades socioemocionales, estos cambios no se traduzcan directamente en un mayor disfrute en el aula, mejor rendimiento o menos preocupaciones escolares. Este desfase puede deberse a que esos cambios se manifiestan más claramente en el entorno escolar y las madres no presencian esto. Por ello, sería importante complementar la visión de las madres con las valoraciones del profesorado, ya que son quienes acompañan diariamente a los niños en ese contexto.

No hay duda de que la participación de los cuidadores en la evaluación aportó una fuente externa adicional de información que refuerza los efectos observados en los niños, ayudando a tener datos más completos de la eficacia del programa (Scaini et al., 2022). En conjunto, los resultados obtenidos reflejan una evolución positiva en los síntomas evaluados, informada por los propios participantes y por sus figuras principales de cuidado. La coincidencia entre ambos puntos de vista refuerza la consideración del programa SSL como una intervención eficaz en formato de prevención universal con base empírica. Además, se reafirma la necesidad de apostar por la prevención desde el ámbito escolar como vía para llegar tempranamente a los problemas antes de que se estabilicen o se agraven.

La efectividad de este enfoque preventivo universal no siempre se manifiesta de forma inmediata, sino tras un cierto tiempo, cuando se han incorporado las habilidades aprendidas a su repertorio conductual y existe la oportunidad de hacer frente a situaciones difíciles, algo que normalmente ocurre con el paso del tiempo, es decir, meses después de finalizar la intervención (Essau et al., 2012; Orglés, Fernández-Martínez, et al., 2019; Waldron et al., 2018; Wang et al., 2024). A medida que la persona se enfrenta a nuevas experiencias, cuenta con más oportunidades para aplicar las habilidades adquiridas, afianzar su confianza en ellas y observar sus efectos positivos, lo que a su vez refuerza su uso y utilidad. Para comprobar el mantenimiento de los efectos en el tiempo del programa, debido a la controversia sobre este asunto en intervenciones preventivas universales (Wang et al., 2024; Werner-Seidler et al., 2021), también se establecieron una serie de objetivos.

El quinto objetivo específico de esta investigación establece evaluar la eficacia del programa en la reducción de síntomas internalizantes (ansiedad y depresión) a medio plazo, con la hipótesis de que a los 6 meses los participantes que hayan completado el programa SSL presentarán una mejoría sostenida de síntomas internalizantes (ansiedad y depresión). A corto plazo, las mejorías alcanzadas en la presente investigación con el protocolo SSL sugieren que un programa universal de prevención de la ansiedad, cuando se aplica en el entorno escolar, tiene un impacto positivo en la reducción de los síntomas de depresión que los estudiantes experimentan y reportan (Garaigordobil et al., 2019; Scaini et al., 2022). Los resultados muestran que, a los seis meses de haber completado el programa SSL, los participantes continuaban presentando mejoras relevantes en los síntomas de ansiedad y depresión en comparación con la evaluación inicial, lo que confirma la estabilidad de los cambios logrados a corto plazo. El estudio cuasiexperimental llevado a cabo por Chen et al., (2024), centrado en la aplicación del programa SSL como prevención universal en un contexto transcultural diferente, no incluyó medidas de seguimiento, lo que impide una comparación directa con los resultados de la presente investigación. Algo similar ocurre con los datos disponibles del EP-UD (Ehrenreich-May & Bilek, 2011), que tampoco incorporan una evaluación de seguimiento, limitando así las posibilidades de establecer comparaciones a medio plazo con una intervención con enfoque similar. Sin embargo, hallazgos similares se han obtenido en la versión grupal de prevención indicada del programa, tanto en su formato original como en su adaptación española (Fernández-Martínez, Orgilés, et al., 2020; Ramdhonee-Dowlot et al., 2021). Si bien los resultados positivos observados a medio plazo son prometedores, deben interpretarse con cautela, ya que en el seguimiento a los seis meses no se contó con un GC que permitiera establecer comparaciones directas. El efecto de la intervención fue pequeño para la ansiedad y muy pequeño para la depresión. En términos de prevención universal, un efecto pequeño pero sostenido a nivel grupal es consistente con lo esperado y relevante por su potencial impacto poblacional (Hayes et al., 2025; Stockings et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2021). En conjunto, los datos de seguimiento apuntan a un mantenimiento de la mejora en ansiedad y a cambios discretos en depresión. Aun así, los modelos mostraron estabilidad seis meses después de haber recibido la intervención con el protocolo SSL. Esto da lugar a que los aprendizajes adquiridos no solo fueron interiorizados, sino también utilizados en situaciones que los niños afrontaron una vez finalizado el programa.

Esta durabilidad de los efectos podría explicarse, en primer lugar, por el enfoque práctico del programa, que no se limita a la transmisión de contenidos teóricos, sino que promueve su aplicación activa y su incorporación a la vida cotidiana. Así, los contenidos no quedan como una intervención puntual,

sino que se integran progresivamente en el repertorio de afrontamiento de los menores. El hecho de que esta versión de SSL se aplique dentro del contexto natural del aula, en un entorno familiar, rutinario y socializado, facilita la transferencia de lo aprendido gracias a las oportunidades que ofrece el propio entorno escolar, en contraste con otras intervenciones clínicas que tienen lugar en espacios menos representativos de la vida diaria del niño. La escuela actúa como un escenario de ensayo y aplicación constante, lo que podría explicar en parte la sostenibilidad de los efectos. Desde un punto de vista práctico, la continuidad de los efectos refuerza la idea de que SSL actúa como una especie de “vacuna psicológica”, fortaleciendo los recursos internos del niño antes de que aparezca el malestar clínico, y dotándole de herramientas para enfrentarse a las dificultades del desarrollo, lo que a medio y largo plazo podría traducirse en una reducción de la demanda asistencial y del sufrimiento emocional evitable.

En relación con el **sexto objetivo específico** del estudio, examinar la eficacia del programa en la mejora de variables como la regulación emocional cognitiva, el perfeccionismo y el afecto positivo y negativo a medio plazo, los resultados obtenidos seis meses después de la intervención muestran un mantenimiento de los efectos ya logrados, lo que permite confirmar parcialmente la hipótesis de trabajo. Aunque no se observaron mejoras en el afecto positivo ni en las estrategias cognitivas de regulación emocional, tanto desadaptativas (como la autculpa, la rumiación o culpar a otros) como adaptativas (planificación, centrarse en lo positivo o reevaluación positiva), sí se constataron avances relevantes, confirmando los efectos conseguidos justo tras la finalización del programa y aumentando las mejoras en dimensiones del perfeccionismo.

A los seis meses, los participantes que recibieron SSL seguían mostrando niveles significativamente más bajos de afecto negativo. Igualmente, se observó una disminución en el uso de la estrategia catastrofización, considerada una habilidad de afrontamiento desadaptativa, así como un incremento significativo en el uso de estrategias más funcionales tales como aceptación y puesta en perspectiva. Aunque estos efectos son de pequeña magnitud, su persistencia en el tiempo indica que el programa puede influir en la consolidación de recursos personales útiles para manejar el malestar emocional (Hayes et al., 2025; Wang et al., 2024; Werner-Seidler et al., 2021).

En cuanto al perfeccionismo, se identificaron mejoras en ambas dimensiones evaluadas. En el perfeccionismo socialmente prescrito, se observó una disminución significativa, lo que sugiere que los niños, tras el paso del tiempo, supieron manejar la posible presión por cumplir expectativas externas. Asimismo, se redujo el perfeccionismo autoorientado vinculado a la autocrítica, mientras que la forma centrada en el esfuerzo mostró

un cambio muy leve. En conjunto, la variable global de perfeccionismo también reflejó una disminución, con un tamaño del efecto pequeño.

Estos resultados responden al sexto objetivo planteado en este estudio. En conjunto, los resultados reflejan un impacto sostenido del programa sobre varios de los procesos psicológicos evaluados, con cambios significativos en 8 de las 15 variables analizadas. Por tanto, puede afirmarse que la sexta hipótesis del estudio se confirma parcialmente, evidenciando que SSL incide positivamente sobre aspectos clave del funcionamiento emocional en la infancia, favoreciendo una mejor autorregulación y una relación más saludable con las propias metas y experiencias emocionales. Aunque los tamaños del efecto fueron pequeños, la dirección constante de los cambios y su mantenimiento a medio plazo refuerzan la relevancia práctica de estos resultados, especialmente en el contexto escolar, donde la intervención temprana puede contribuir de forma significativa a un desarrollo psicológico más equilibrado.

Respecto al **séptimo y último objetivo específico** del estudio, comprobar la eficacia del programa SSL en la mejora de las habilidades sociales y del autoconcepto social y emocional seis meses después de finalizar la intervención, los resultados a medio plazo indican que los avances alcanzados en el autoconcepto socioemocional se mantuvieron e incluso se reforzaron con el tiempo. Nuevamente, la magnitud discreta de los cambios en estas variables se traduce en efectos con relevancia práctica. Aunque los niños que participaron en el grupo de intervención continuaron mejorando su percepción emocional y social de sí mismos, no se observaron cambios significativos en sus habilidades sociales.

Si bien no existen estudios previos bajo el mismo enfoque del programa SSL ni del EP-UD que evalúen estas variables, los hallazgos pueden ser comparables con los del programa FRIENDS, donde se evaluó las habilidades sociales en población comunitaria desarrollando este programa en formato de prevención universal, y tampoco se evidenciaron efectos significativos en habilidades sociales en el seguimiento a medio plazo (Essau et al., 2012).

Por tanto, la hipótesis planteada para este objetivo se confirma de forma parcial: el programa SSL es susceptible de favorecer el mantenimiento de una percepción más positiva de las propias capacidades emocionales y sociales, aunque sin generar cambios detectables en el plano conductual de las habilidades sociales.





9. CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

Este estudio constituye el primer ECA, a nivel internacional, que evalúa la implementación del protocolo transdiagnóstico SSL como intervención preventiva universal integrada en el currículo escolar de centros educativos españoles, dirigida a niños y niñas de Educación Primaria.

De los resultados del estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La implementación de SSL en el contexto escolar español demuestra ser una estrategia preventiva universal eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión, así como los factores de riesgo transdiagnósticos asociados, como el afecto negativo, el perfeccionismo y las estrategias cognitivas disfuncionales, tanto a corto como a medio plazo, favoreciendo el desarrollo de bienestar emocional desde edades tempranas.
2. La mejora en las variables de aceptación emocional, toma de perspectiva y la reducción de la catastrofización, así como la autocrítica, sugiere que SSL promueve recursos cognitivos clave para el afrontamiento saludable del malestar emocional, fortaleciendo competencias socioemocionales esenciales para la infancia.
3. La mejora en los niveles de autoexigencia, la reducción de creencias acerca de las demandas perfeccionistas, así como de la autocrítica sugiere que SSL podría tener un efecto protector en ambientes y etapas de alta presión académica, reduciendo el riesgo de ansiedad escolar.
4. SSL ayuda a desarrollar y mejorar la propia percepción socioemocional de los participantes en relación con su capacidad para establecer vínculos, manejar situaciones sociales y regular sus emociones.
5. Los beneficios observados tras la intervención se mantienen al menos durante seis meses, lo que evidencia la sostenibilidad del impacto del programa a medio plazo y respalda su utilidad como herramienta de

intervención temprana en el entorno escolar para prevenir la aparición de los problemas emocionales, como la ansiedad y la depresión, y para fomentar el desarrollo de estrategias de regulación emocional.

6. El hecho de que la intervención beneficie a la población infantil comunitaria posiciona a SSL como una vacuna psicológica, dotando a los niños de habilidades socioemocionales que favorecen la regulación emocional y estrategias de afrontamiento adaptativas ante los obstáculos cotidianos. De esta manera, se contribuye a la prevención del desarrollo de problemas internalizantes desde la infancia, reduciendo así la probabilidad de futuras demandas clínicas.
7. El formato grupal y escolarizado del programa facilita su aplicación, a gran escala, garantizando la equidad en el acceso a estrategias de promoción del bienestar psicológico sin necesidad de derivación clínica ni estigmatización.
8. La versión preventiva universal de SSL aplicada en aulas escolares del contexto español constituye una intervención validada que combina una sólida base científica con una adecuada adaptación cultural y educativa, lo que refuerza su valor como actuación eficaz, contextualizada y aplicable a gran escala en centros escolares.
9. SSL demuestra que los programas estructurados y basados en la evidencia pueden integrarse eficazmente en el entorno escolar. Los resultados respaldan la incorporación de intervenciones transdiagnósticas como parte del currículo escolar, integrando la salud mental como eje transversal del desarrollo académico y personal del alumnado.
10. El presente estudio demuestra que intervenir desde un enfoque transdiagnóstico en la infancia es factible, eficaz y alineado con los principios actuales de prevención en salud pública, abriendo la puerta a futuras políticas que prioricen el bienestar emocional del alumnado desde una perspectiva integral.

En definitiva, la adaptación española del programa transdiagnóstico cognitivo-conductual SSL constituye un protocolo innovador de actuación preventiva universal con eficacia demostrada empíricamente en la prevención de los trastornos emocionales, así como en el desarrollo de competencias socioemocionales dentro del contexto escolar a niños de 8 a 12 años. Su diseño universal y enfoque en la intervención temprana lo posicionan como una herramienta de salud prometedora para promover la resiliencia y el bienestar emocional en la infancia.





10. CONCLUSIONS

10. CONCLUSIONS

This study represents the first randomized controlled trial (RCT), at the international level, to evaluate the implementation of the transdiagnostic Super Skills for Life (SSL) protocol as a universal preventive intervention integrated into the school curriculum of Spanish educational institutions, targeting primary school children.

The findings of the study lead to the following conclusions:

1. The implementation of SSL in the Spanish school context proves to be an effective universal preventive strategy for reducing symptoms of anxiety and depression, as well as associated transdiagnostic risk factors such as negative affect, perfectionism, and dysfunctional cognitive strategies—both in the short and medium term—thus promoting healthy mental health development from early ages.
2. The improvements observed in emotional acceptance, perspective-taking, and the reduction of catastrophizing and self-criticism suggest that SSL promotes key cognitive resources for healthy coping with emotional distress, thereby strengthening essential socio-emotional competencies during childhood.
3. The improvement in self-oriented striving, and the reduction in perfectionistic beliefs and self-criticism, suggest that SSL may have a protective effect in high academic pressure environments and developmental stages, reducing the risk of school-related anxiety.
4. SSL helps develop and enhance children's socio-emotional self-perception in terms of their ability to build relationships, handle social situations, and regulate their emotions.
5. The benefits observed after the intervention are maintained for at least six months, demonstrating the medium-term sustainability of the program's impact and supporting its use as an early intervention

tool in school settings to prevent the onset of emotional problems such as anxiety and depression, and to promote the development of emotional regulation strategies.

6. The fact that the intervention benefits children from the general population positions SSL as a psychological vaccine, equipping children with socio-emotional skills that promote emotional regulation and adaptive coping strategies when facing everyday challenges. In doing so, it contributes to the prevention of internalizing problems from childhood, reducing the likelihood of future clinical demands.
7. The group-based and school-integrated format of the program facilitates large-scale implementation, ensuring equitable access to psychological well-being promotion strategies without requiring clinical referral or generating stigma.
8. The universal preventive version of SSL applied in school classrooms in the Spanish context is a validated intervention that combines a strong scientific foundation with appropriate cultural and educational adaptation, reinforcing its value as an effective, context-sensitive, and scalable school-based strategy.
9. SSL demonstrates that structured, evidence-based programs can be successfully integrated into the school environment. The results support the inclusion of transdiagnostic interventions as part of the school curriculum, positioning mental health as a cross-cutting axis for students' academic and personal development.
10. This study shows that transdiagnostic intervention during childhood is feasible, effective, and aligned with current public health prevention principles, paving the way for future policies that prioritize students' emotional well-being from a holistic perspective.

In conclusion, the Spanish adaptation of the transdiagnostic cognitive-behavioral SSL program constitutes an innovative universal preventive protocol with empirically demonstrated effectiveness in preventing emotional disorders and fostering socio-emotional competencies in school-aged children (8 to 12 years old). Its universal design and focus on early intervention position it as a promising mental health tool to promote resilience and emotional well-being in childhood.





11. LIMITACIONES

11. LIMITACIONES

Es importante considerar una serie de limitaciones en el momento de interpretar los resultados obtenidos.

En primer lugar, una limitación del presente estudio radica en que, a pesar del amplio tamaño muestral, mejorando incluso las estimaciones estadísticas previamente definidas, y consiguiendo reunir a niños de 11 escuelas de diferentes puntos del sureste de España, el ámbito geográfico se circunscribe a una zona concreta de la península española. Esta característica de la muestra podría limitar la generalización de los hallazgos a otros contextos educativos que no compartan características similares (Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019). Sería conveniente, por tanto, que futuras investigaciones contaran con participantes de diferentes contextos geográficos, permitiendo así valorar su eficacia en distintos entornos escolares y reforzar su validez externa.

En segundo lugar, con el afán de reunir información multiinformante para contar con una comprensión más completa del estado emocional y conductual de los menores como en estudios semejantes (Scaini et al., 2022), se fomentó la participación de los cuidadores principales. Sin embargo, esta quedó centrada exclusivamente en las madres, lo que introduce un posible sesgo en la información recogida y limita la diversidad de perspectivas familiares. No obstante, si bien el uso de múltiples informantes (niños y madres) es una fortaleza en los dos primeros momentos temporales, pretest y postest, contar con la perspectiva adicional de los profesores habría sido positivo con el fin de proporcionar una visión más completa y contextualizada de la eficacia del programa (sobre el comportamiento social y bienestar emocional) en el propio entorno donde se realiza la intervención. Al hilo de esto, habría sido pertinente registrar indicadores académicos e incorporar información sobre el clima social.

En tercer lugar, la existencia de datos solo hasta los seis meses tras la finalización del programa impide determinar la estabilidad y durabilidad

de los beneficios de la intervención a lo largo del tiempo. No obstante, se prevén registros al año y a los dos años de la finalización de la intervención. Es por ello que están previstos análisis longitudinales adicionales que permitirán examinar la estabilidad de los cambios en variables clave, así como identificar perfiles de niños que se beneficien especialmente de esta modalidad del programa SSL, atendiendo a variables como la edad, el género o la intensidad de los síntomas iniciales. De esta manera, aportaríamos información a la ausencia de datos a largo plazo en este tipo de estudios según la literatura existente (Hugh-Jones et al., 2021; Muñoz-Oliver et al., 2022).

En cuarto lugar, la ausencia de medición de variables en el GC a los 6 meses tras la intervención es una limitación metodológica a tener en cuenta, puesto que no puede descartarse que otros factores temporales o evolutivos hayan contribuido a la reducción de los síntomas internalizantes y a la mejora de competencias de regulación emocional, como se ha señalado en estudios previos (Ehrenreich-May & Bilek, 2011; Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2019). No obstante, esta decisión respondió a consideraciones éticas, ya que no se consideró apropiado mantener durante un periodo prolongado a los participantes del GC sin ofrecerles la oportunidad de acceder al programa preventivo, lo que habría supuesto privar a los centros y a los niños de un recurso potencialmente beneficioso.

En quinto lugar, debe señalarse la pérdida de tamaño muestral a lo largo del estudio. Entre la evaluación pretest y el postest la reducción fue mínima, con una pérdida total del 1 % de los participantes, lo que refleja una elevada retención en ambos grupos. Sin embargo, en el seguimiento a los seis meses la muestra desde el momento inicial se redujo un 9 % en el GE. Aun así, resulta destacable que la tasa de retención del GE se mantuvo muy favorable en comparación con otros estudios realizados en contextos escolares universales, en los que se han reportado porcentajes de abandono superiores (Johnstone et al., 2020). Este hecho otorga solidez a los resultados obtenidos en la muestra que permaneció en el estudio.

En sexto lugar, se produjo una disminución progresiva en la tasa de participación de las madres a lo largo del estudio. Esta limitación redujo la disponibilidad de datos sociodemográficos completos y de información sobre el estado de calidad de vida y bienestar de los niños, ya que no se alcanzó un tamaño mínimo para el análisis a los 6 meses tras la intervención. Dado que el estudio pone el foco en la intervención escolar, es posible que las cuidadoras percibieran como secundaria su participación en los cuestionarios, lo que podría explicar su baja tasa de respuesta. Debido a la falta de respuesta, la evaluación del impacto del programa a los 6 meses se basó únicamente en medidas autoinformadas por parte de los niños,

lo cual introduce la posibilidad de sesgo asociado a la subjetividad de la percepción individual común en este tipo de estudios (Werner-Seidler et al., 2021).

En séptimo lugar, cabe señalar que el presente estudio se realizó con una muestra de población general no clínica, sin que se llegase a registrar información sobre diagnóstico formal acerca del estado de salud mental de los participantes al inicio de la intervención. Esta ausencia de datos clínicos podría haber condicionado los resultados observables del programa. De hecho, es posible que parte de la muestra presentara ya niveles elevados de bienestar psicológico antes de la intervención, lo que podría haber generado un efecto techo que limitase la capacidad de detección de cambios significativos. Para futuros estudios, resultaría pertinente considerar la incorporación de criterios diagnósticos o medidas de estratificación clínica cuando ello sea ético y logísticamente posible. Esta aproximación permitiría analizar con mayor precisión si la eficacia del programa varía en función del perfil inicial de los participantes, aportando así una comprensión más afinada y contextualizada de su impacto.

En octavo lugar, una cuestión metodológica a tener en cuenta es el posible aumento del riesgo de error tipo I derivado del elevado número de contrastes efectuados. En consonancia con estudios previos que presentan características similares (Essau et al., 2012; Martinsen et al., 2019), se estableció un valor de significancia estadística convencional de $\alpha = .05$.





12. FUTURAS INVESTIGACIONES

12. FUTURAS INVESTIGACIONES

Además de las propuestas orientadas a superar las limitaciones ya discutidas, se presentan a continuación algunas direcciones adicionales que podrían guiar futuras investigaciones vinculadas al programa SSL en su versión preventiva universal en la escuela.

Se considera necesario extender la aplicación del programa a niños de las primeras etapas de la educación primaria, concretamente entre los 6 y 8 años (es decir, primero y segundo de primaria), con previa adaptación a las necesidades lingüísticas y cognitivas propias de esta franja de edad. Esta ampliación permitiría cubrir toda la etapa educativa primaria facilitando desde los primeros años el desarrollo de habilidades para afrontar los desafíos cotidianos.

Otro aspecto a considerar en estudios futuros del programa SSL como estrategia preventiva universal es la incorporación de sesiones de refuerzo, tanto presenciales como informatizadas, que puedan contribuir a mantener e incluso amplificar los efectos de la intervención a lo largo del tiempo (Werner-Seidler et al., 2021).

Se consideraría pertinente incorporar otras pruebas de evaluación sobre variables transdiagnósticas como la sensibilidad a la ansiedad, la resolución de problemas y la intolerancia a la incertidumbre. Del mismo modo, sería útil incluir medidas que permitan identificar síntomas emocionales específicos, como la propensión a la rumiación o las preocupaciones excesivas, ya sean de carácter general o vinculadas a situaciones concretas (Amorós-Reche et al., 2024; Marqueses et al., 2024; Sandín et al., 2012). Además, se plantea como una línea de interés investigar si los cambios emocionales y cognitivos promovidos por SSL tienen un efecto positivo indirecto sobre el rendimiento académico, la motivación escolar o la adaptación al entorno escolar a través del registro y la medida de estas variables (Cipriano et al., 2023; González Moreno & Molero Jurado, 2021; Nieto-Carracedo et al., 2024; Skryabina et al., 2016).

Asimismo, identificar qué variables (por ejemplo, nivel basal de sintomatología, edad o género) explican o modulan la eficacia del programa en distintas dimensiones sería fundamental para comprender cómo y para quién funciona mejor. Los factores transdiagnósticos pueden actuar como mecanismos mediadores del cambio, mientras que variables como el nivel basal de sintomatología, el sexo o la edad podrían moderar la eficacia del programa (Wang et al., 2024).

También se aprecia una línea de investigación prometedora en relación con el rol del profesorado en la implementación de intervenciones escolares preventivas. Considerando que los docentes constituyen figuras de referencia tanto afectiva como normativa para el alumnado, su implicación activa podría facilitar la transferencia y consolidación de las competencias socioemocionales trabajadas. En este sentido, su formación específica en los contenidos, técnicas y dinámicas del programa SSL, así como su participación directa durante el desarrollo del protocolo, no solo enriquecería el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que también contribuiría a integrar dichas habilidades en la dinámica cotidiana del aula, favoreciendo su generalización y mantenimiento a largo plazo. Por ello, resulta pertinente explorar en futuras investigaciones el impacto de intervenciones dirigidas al profesorado, no solo como observadores, sino como agentes clave en la promoción y sostenibilidad de los efectos del programa en el contexto escolar.

Para que SSL sea adoptado por sistemas públicos de educación, sería conveniente tomar información además de la eficacia del protocolo, de su eficiencia económica. La prevención universal tiene un coste inicial, pero puede generar ahorros importantes al reducir la incidencia de problemas mentales y la demanda de servicios clínicos a medio/largo plazo. Realizar un análisis de coste-beneficio o coste-efectividad del programa SSL en centros educativos españoles, estimando los costes asociados a su implementación frente a los beneficios en salud mental y reducción del malestar emocional, ayudaría a evidenciar su viabilidad como inversión pública estratégica (Ormel & VonKorff, 2024; Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Este tipo de evaluación permitiría argumentar su incorporación como parte de las políticas educativas y sanitarias, reforzando la idea de que invertir en salud mental infantil desde una perspectiva preventiva no solo es eficaz clínicamente, sino también rentable social y económicamente (Aguilera-Martín et al., 2022; Chatterton et al., 2024; Wang et al., 2024).





13. REFERENCIAS

13. REFERENCIAS

- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2017). The roles of anxious rearing, negative affect, and effortful control in a model of risk for child perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2547–2555. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0767-8>
- Aguilar, P., Lopez-Cobo, I., Cuadrado, F., & Benítez, I. (2019). Social and emotional competences in Spain: A comparative evaluation between Spanish needs and an international framework based on the experiences of researchers, teachers, and policymakers. *Frontiers in Psychology*, 10, 2127. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02127>
- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Venceslá, J. F., Corpas, J., Jurado-González, F. J., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Barrio-Martínez, S., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): A multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03726-4>
- Agulló Morera, M., Filella, G., Soldevila, A., & Ribes, R. (2011). Evaluación de la educación emocional en el ciclo medio de educación primaria. *Revista de Educación*, 354, 765–783. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-354-020>
- Ahlen, J., Lenhard, F., & Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*, 36(6), 387–403. <https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alzahrani, M., Alharbi, M., & Alodwani, A. (2019). The effect of social-emotional competence on children academic achievement and behavioral development. *International Education Studies*, 12(12), 141–149. <https://doi.org/10.5539/ies.v12n12p141>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amorós-Reche, V., Pineda, D., Orgilés, M., & Espada, J. P. (2024). Spanish adaptation of the Social Worries Questionnaire (SWQ): A tool to assess social anxiety in preadolescent children. *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 42(4), 796–811. <https://doi.org/10.1007/s10942-024-00546-1>

- Andrews, J. L., & Foulkes, L. (2025). Debate: Where to next for universal school-based mental health interventions? Time to move towards more effective alternatives. *Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 102–104. <https://doi.org/10.1111/camh.12753>
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237–249.
- Antuña-Camblor, C., Gómez-Salas, F. J., Burgos-Julián, F. A., González-Vázquez, A., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional regulation as a transdiagnostic process of emotional disorders in therapy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3), e2997. <https://doi.org/10.1002/cpp.2997>
- Arrondo, G., Solmi, M., Dragioti, E., Eudave, L., Ruiz-Goikoetxea, M., Ciaurriz-Larraz, A. M., Magallon, S., Carvalho, A. F., Cipriani, A., Fusar-Poli, P., Larsson, H., Correll, C., & Cortese, S. (2022). Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: An umbrella review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 137, 104662. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104662>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838–853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18 suppl., 13–25.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000a). *Friends for children group leader manual* (2nd ed.). Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000b). *Friends for children participant workbook* (2nd ed.). Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Moore, A. F., & Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, 17(3), 124–133. <https://doi.org/10.1375/bech.17.3.124>
- Barrett, P. M., Shortt, A. L., Fox, T. L., & Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18(2), 63–77. <https://doi.org/10.1375/bech.18.2.63>
- Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: Theoretical frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 25–34.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10(MAR), 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>

- Birrell, L., Grummitt, L., Smout, S., Maulik, P., Teesson, M., & Newton, N. (2025). Debate: Where to next for universal school-based mental health interventions? *Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 92–95. <https://doi.org/10.1111/camh.12749>
- Bisquerra Alzina, R., Pérez González, J. C., & García Navarro, E. (2015). *Inteligencia emocional en educación*. Síntesis.
- Bisquerra, R., & García, E. (2018). La educación emocional requiere formación del profesorado. *Participación Educativa*, 5(8), 15–27.
- Brenning, K., Soenens, B., Vansteenkiste, M., De Clercq, B., & Antrop, I. (2022). Emotion regulation as a transdiagnostic risk factor for (non)clinical adolescents' internalizing and externalizing psychopathology: Investigating the intervening role of psychological need experiences. *Child Psychiatry and Human Development*, 53(1), 124–136. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01107-0>
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9669-9>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarró, M. C., & Moreira, H. (2022). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C) in Portugal: Feasibility study results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>
- Caiado, B., Guiomar, R., Gomes-Pereira, B., Góis, A. C., de Sousa, B., Canavarró, M. C., Ehrenreich-May, J., & Moreira, H. (2025). Is the Unified Protocol for Children effective for the transdiagnostic treatment of children's emotional disorders? A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 56(4), 689–707. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.09.002>
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R., & Welton, N. J. (2019). School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1011–1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2004). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social* (2nd ed.). Amorrortu Editores.
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., & Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>

- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Mae Wood, C., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F., & Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP study): Protocol for a randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Villalonga-Olives, E., Atencio-Quevedo, D., Irarrázaval, M., Flores, J., & Ramírez, C. (2022). Children's mental health: Discrepancy between child self-reporting and parental reporting. *Behavioral Sciences*, 12(10), 401. <https://doi.org/10.3390/bs12100401>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Casañas, R., Mas-Expósito, L., Teixidó, M., & Lalucat-Jo, L. (2020). Literacy programs for the promotion of mental health in the school setting. *Gaceta Sanitaria*, 34, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>
- Casares, M. Á., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Ansiedad y depresión en contextos educativos: Prevalencia, evaluación e impacto en el ajuste psicológico. *Revista de Psicodidáctica*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/J.PSICOD.2023.11.002>
- CASEL. (2025). *SEL: What are the core competence areas and where are they promoted?* <https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework/>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Cefai, C., Caravita, S. C., & Simões, C. (2021). A systemic, whole-school approach to mental health and wellbeing in schools in the EU. NESET report, Executive summary. *Publications Office of the European Union*. <https://doi.org/10.2766/50546>
- Chatterton, M., Lou, J. K., Lee, Y. Y., Le, L. K. D., Birrell, L., Slade, T., Mewton, L., Hides, L., McBride, N., Allsop, S., Furneaux-Bate, A., Bryant, Z., Ellem, R., Baker, M. J., Quinn, C., Chapman, C., Newton, N. C., Teesson, M., & Mihalopoulos, C. (2024). Cost-utility analysis of a school-based universal program for the prevention of anxiety, depression, and substance use: The climate schools combined trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01423-9>
- Chen, Y. Y., Ting, C. H., Ghazali, S. R., & Ling, A. A. (2024). Enhancing children's well-being using Malaysian-adapted version Super Skills for Life (M-SSL) among primary school children in Malaysia. *Psychology in the Schools*, 61(10), 3891–3906. <https://doi.org/10.1002/pits.23258>
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.3>
- 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>

- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 408–419. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.003>
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J. C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development, 94*(5), 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.100.3.316>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul000110>
- Consejo Económico y Social de España. (2024). *El sistema sanitario: Situación actual y perspectiva para el futuro*. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
- Corpus-Espinosa, C., MacFadden, I., del Carmen Torrejón-Guirado, M., & Lima-Serrano, M. (2025). Exploring cultural adaptations: A scoping review on adolescent mental health and substance use prevention programs. *Prevention Science, 26*(2), 204–221. <https://doi.org/10.1007/s11121-025-01779-x>
- Crowell, J. A. (2021). Development of emotion regulation in typically developing children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 30*(3), 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.001>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin, 140*(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2020). Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry, 77*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>

- Davies, M. R., Glen, K., Mundy, J., ter Kuile, A. R., Adey, B. N., Armour, C., Assary, E., Coleman, J. R. I., Goldsmith, K. A., Hirsch, C. R., Hotopf, M., Hübel, C., Jones, I. R., Kalsi, G., Krebs, G., McIntosh, A. M., Morneau-Vaillancourt, G., Peel, A. J., Purves, K. L., ... Eley, T. C. (2023). Factors associated with anxiety disorder comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 323, 280–291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.051>
- De Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2016). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2021). Social Skills. In *Social Competence and Social Skills* (pp. 3–15). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70127-7_1
- Diego, S. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en la infancia: Una revisión sistemática. *Revista Doctorado UMH*, 4(2).
- Diego, S., Morales, A., & Orgilés, M. (2024a). Benefits of Super Skills for Life in a randomized controlled trial in clinical settings for Spanish children with comorbid conditions. *Development and Psychopathology*, 36(4), 1821–1830. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001189>
- Diego, S., Morales, A., & Orgilés, M. (2024b). Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting. *Behavior Therapy*, 55(2), 292–305. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.003>
- Durlak, J. A., Mahoney, J. L., & Boyle, A. E. (2022). What we know, and what we need to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: A review of meta-analyses and directions for future research. *Psychological Bulletin*, 148(11–12), 765–782. <https://doi.org/10.1037/bul0000383>
- Ebesutani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C., & Chorpita, B. F. (2012). The 10-item Positive and Negative Affect Schedule for Children, Child and parent shortened versions: Application of item response theory for more efficient assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 191–203. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9273-2>
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. (2009). *Emotion Detectives treatment protocol*. University of Miami.
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2011). Universal prevention of anxiety and depression in a recreational camp setting: An initial open trial. *Child and Youth Care Forum*, 40(6), 435–455. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9148-4>
- Ehrenreich-May, J., & Kennedy, S. M. (2021). *Applications of the Unified Protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents* (J. Ehrenreich-May & S. M. Kennedy, Eds.). Oxford University Press.
- Eryilmaz, A., Yildirim-Kurtuluş, H., & Doenyas, C. (2023). Positive affect, negative affect, and psychological resilience mediate the effect of self-compassion on mental toughness: A serial mediation analysis. *Psychology in the Schools*, 60(8), 2991–3007. <https://doi.org/10.1002/pits.22902>
- Espada, J. P., González, M. T., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., & Morales, A. (2022). Spanish validation of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in children aged 8–12. *Psicothema*, 34(4), 610–620. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.54>

- Espada, J. P., Sánchez-López, A., & Morales, A. (2023). Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence: A review of reviews. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 10(1), 68–83. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.6>
- Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2013). *Handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety*. Wiley-Blackwell.
- Essau, C., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450–464. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003>
- Essau, C., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M. R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, 228, 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Essau, C., & Ollendick, T. (2013). *The Super Skills for Life Programme*. University of Roehampton.
- Essau, C., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B., & Ollendick, T. H. (2019). Evaluating the real-world effectiveness of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program 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>
- European Commission. (2024). *Wellbeing and mental health at school – Guidelines for education policymakers, school leaders, teachers and educators*. <https://doi.org/10.2766/590>
- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K., & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 255–268. <https://doi.org/10.1037/ccp0000456>
- Fazel, M., & Kohrt, B. A. (2019). Prevention versus intervention in school mental health. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 969–971. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30440-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30440-7)
- Fernández García, L., Merchán, A., Phillips-Silver, J., & Daza González, M. T. (2021). Neuropsychological development of cool and hot executive functions between 6 and 12 years of age: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 687337. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687337>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., Cieza, A., & Ravens-Sieberer, U. (2004). Medición de la calidad de vida en niños y adolescentes: Comprobación preliminar de la validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario KINDL. *Atención Primaria*, 33(8), 434–442.
- Fernández-Martín, F. D., Romero-Rodríguez, J. M., Marín-Marín, J. A., & Gómez-García, G. (2021). Social and emotional learning in the ibero-american context: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 738501. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738501>
- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & 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., & Orgilés, M. (2020). Effects of Super Skills for Life on the social skills of anxious children through video analysis. *Psicothema*, 32(2), 229–236. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.240>
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program Super Skills for Life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema*, 31(3), 298–304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020). 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>
- Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., & González, C. (2021). Identifying profiles of anxiety in late childhood and exploring their relationship with school-based distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 948. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030948>
- Filella-Guiu, G., Pérez-Escoda, N., Agulló, M. J., & Oriol, X. (2014). Results of an emotional education program in primary school. *Estudios Sobre Educación*, 26, 125–147. <https://doi.org/10.15581/004.26.125-147>
- Filges, T., Smedslund, G., Eriksen, T., Birkefoss, K., & Kildemoes, M. W. (2024). The FRIENDS preventive programme for reducing anxiety symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. In *Campbell Systematic Reviews* (Vol. 20, Issue 4, p. e1443). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/cl2.1443>
- Finning, K., Ukoumunne, O. C., Ford, T., Danielson-Waters, E., Shaw, L., Romero De Jager, I., Stentiford, L., & Moore, D. A. (2019). Review: The association between anxiety and poor attendance at school – A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 205–216. <https://doi.org/10.1111/camh.12322>
- Fisak, B., Griffin, K., Nelson, C., Gallegos-Guajardo, J., & Davila, S. (2023). The effectiveness of the FRIENDS programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Mental Health and Prevention*, 30, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200271>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., Munro, Y., Davidson, L. A., & Gale, O. (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634–652. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>
- Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Al-Halabí, S. (2023). La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE. Consejo General de la Psicología de España.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., García, A. G., Solana, R. A., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., López, A. C., & Debbané, M. (2023). PSICE Project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clinica y Salud*, 34(1), 15–22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>

- Foulkes, L., & Stringaris, A. (2023). Do no harm: Can school mental health interventions cause iatrogenic harm? *BJPsych Bulletin*, 47(5), 267–269. <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.9>
- Francisco, R., Branquinho, C., Noronh, C., Moraes, B., Rodrigues, N. N., & Gaspar de Matos, M. (2025). Life satisfaction and risk of depression: The role of adolescents' social-emotional skills. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 12(2), 80–89. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2025.12.2.1>
- Fujisato, H., Kato, N., Namatame, H., Ito, M., Usami, M., Nomura, T., Ninomiya, S., & Horikoshi, M. (2021). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among Japanese children: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 731819. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.731819>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10(335). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Esposito, C. M., Rosfort, R., Mancini, M., Norman, P., Damiani, S., Vasconcelos, C., Bonoldi, I., Politi, P., Vieta, E., Radden, J., Fuchs, T., Ratcliffe, M., & Maj, M. (2023). The lived experience of depression: A bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 22(3), 352–365. <https://doi.org/10.1002/wps.21111>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gadassi Polack, R., Everaert, J., Uddenberg, C., Kober, H., & Joormann, J. (2021). Emotion regulation and self-criticism in children and adolescence: Longitudinal networks of transdiagnostic risk factors. *Emotion*, 21(7), 1438–1451. <https://doi.org/10.1037/EMO0001041>
- Galán-Luque, T., Cabello, E., & Orgilés, M. (2024). Evaluating Super Skills for Life program's impact on transdiagnostic variables in children with emotional disorders: A comparative randomized trial. *Translational Issues in Psychological Science*, 10(4), 388–407. <https://doi.org/10.1037/tps0000429>
- Galán-Luque, T., & Orgilés, M. (2025). The interplay between child and parental emotional symptoms: Insights from Super Skills for Life programme. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/CFS.70012>
- Galán-Luque, T., Serrano-Ortiz, M., & Orgilés, M. (2023). Effectiveness of psychological interventions for child and adolescent specific anxiety disorders: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 10(1), 31–41. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.3>
- Garaigordobil, M. (2023). Educational psychology: The key to prevention and child-adolescent mental health. *Psicothema*, 35(4), 327–339. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.1>
- Garaigordobil, M., Bernaras, E., & Jaureguizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación - Journal of Psychology and Education*, 14(2), 87–98. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.01.174>

- García, F., & Musitu, G. (2001). *AF-5: Autoconcepto Forma 5* (2ª ed). TEA Ediciones.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- García-Vera, M. P., Sanz-García, A., & Sanz, J. (2025). Problemas de regulación emocional en contextos educativos. In E. Fonseca-Pedrero & S. Al-Halabí (Eds.), *Salud mental en contextos educativos* (1st ed., Vol. 1, pp. 603–637). Pirámide.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *Journal of Pediatrics*, 206, 256–267.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Ghizzoni, G., Mirandi, M., Garofalo, C., Mazzeschi, C., & Delvecchio, E. (2025). A systematic review comparing four transdiagnostic programmes for school-age children. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(3), e70072. <https://doi.org/10.1002/cpp.70072>
- Gibbons, R. D., Hedeker, D. R., & Davis, J. M. (1993). Estimation of effect size from a series of experiments involving paired comparisons. *Journal of Educational Statistics*, 18(3), 271–279. <https://doi.org/10.3102/10769986018003271>
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., & Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.9>
- Gniewosz, G., & Gniewosz, B. (2020). Psychological adjustment during multiple transitions between childhood and adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 40(4), 566–598. <https://doi.org/10.1177/0272431619858422>
- González Moreno, A., & Molero Jurado, M. del M. (2021). Social skills and their relationship with other variables in adolescence: A systematic review. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 113–123. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15111>

- González-Robles, A., Díaz-García, A., Miguel, C., García-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, *13*(11), e0207396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207396>
- Gronholm, P. C., Nye, E., & Michelson, D. (2018). Stigma related to targeted school-based mental health interventions: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Affective Disorders*, *240*, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.023>
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (1994). Can we prevent mental illness? *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *71*(2), 306. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2359265/>
- Harvey, L. J., White, F. A., Hunt, C., & Abbott, M. (2023). Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *169*, 104408. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104408>
- Hayes, D., Deniz, E., Nisbet, K., Thompson, A., March, A., Mason, C., Santos, J., Mansfield, R., Ashworth, E., Moltrect, B., Liverpool, S., Merrick, H., Boehnke, J., Humphrey, N., Stallard, P., Patalay, P., & Deighton, J. (2025). Universal, school-based, interventions to improve emotional outcomes in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, *4*, 1526840. <https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1526840>
- Hervás, D., Amorós-Reche, V., & Orgilés, M. (2025). *Adaptation and Validation of the Spence Social Skills Questionnaire for Spanish-Speaking Children Aged 8 to 12 Years (SSQ-PU)*. Manuscrito no publicado, Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Hosman, C. M. H., Jané-Llopis, Eva., & Saxena, Shekhar. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options - Summary report*. World Health Organization.
- Huber, L., Plötner, M., & Schmitz, J. (2019). Social competence and psychopathology in early childhood: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(4), 443–459. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1152-x>
- Hugh-Jones, S., Beckett, S., Tumelty, E., & Mallikarjun, P. (2021). Indicated prevention interventions for anxiety in children and adolescents: A review and meta-analysis of school-based programs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *30*(6), 849–860. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01564-x>
- Idrobo, M. A., & Orgilés, M. (2024). Eficacia de un programa multimedia basado en Super Skills for Life en niños ecuatorianos. In M. M. Purificação, E. M. Catarino, & D. C. Lôbo (Eds.), *Explorando las humanidades: Perspectivas y reflexiones sobre la condición humana* (pp. 196–203). Atenea. <https://doi.org/10.22533/at.ed.46524270513>
- Inglés, C. J., Gómez-Núñez, M. I., & García-Fernández, J. M. (2025). Profiles of school anxiety response and differences in stress factors in Spanish primary education students. *Current Psychology*, *44*(7), 6239–6250. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07590-9>
- Ishikawa, S. I., Kishida, K., Oka, T., Saito, A., Shimotsu, S., Watanabe, N., Sasamori, H., & Kamio, Y. (2019). Developing the universal unified prevention program for diverse disorders for school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0303-2>

- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *143*(11), 1155–1200. <https://doi.org/10.1037/BUL0000111>
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Garaigordobil, M. (2017). Child Depression: Prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *The Spanish Journal of Psychology*, *20*, e17. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.14>
- Jeppesen, P., Wolf, R. T., Nielsen, S. M., Christensen, R., Plessen, K. J., Bilenberg, N., Thomsen, P. H., Thastum, M., Neumer, S. P., Puggaard, L. B., Agner Pedersen, M. M., Pagsberg, A. K., Silverman, W. K., & Correll, C. U. (2021). Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *78*(3), 250–260. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4045>
- Johnstone, K. M., Middleton, T., Kempes, E., & Chen, J. (2020). A pilot investigation of universal school-based prevention programs for anxiety and depression symptomology in children: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(7), 1193–1216. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22926>
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Rodriguez, K. A. O. N., Villabo, M. A., Martinsen, K. D., Stark, K. D., & Banneyer, K. (2014). Cognitive-behavioral therapy with children and adolescents. In J. Ehrenreich-May & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice* (pp. 161–182). Guilford Press.
- Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, *57*, 66–75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.004>
- Khanal, P., Ståhlberg, T., Luntamo, T., Gyllenberg, D., Kronström, K., Suominen, A., & Sourander, A. (2022). Time trends in treated incidence, sociodemographic risk factors and comorbidities: A Finnish nationwide study on anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, *22*(144). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03743-3>
- Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D. B., Georgiades, K., Merikangas, K. R., Henderson, J. L., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., & Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: Evidence from the global burden of disease study. *JAMA Psychiatry*, *81*(4), 347–356. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
- Kishida, K., Hida, N., & Ishikawa, S. I. (2022). Evaluating the effectiveness of a transdiagnostic universal prevention program for both internalizing and externalizing problems in children: Two feasibility studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00445-2>
- Konac, D., Young, K. S., Lau, J., & Barker, E. D. (2021). Comorbidity between depression and anxiety in adolescents: Bridge symptoms and relevance of risk and protective factors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *43*, 583–596. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09880-5>

- Kurdi, V., & Archambault, I. (2018). Student–teacher relationships and student anxiety: Moderating effects of sex and academic achievement. *Canadian Journal of School Psychology, 33*(3), 212–226. <https://doi.org/10.1177/0829573517707906>
- Kuyken, W., Ball, S., Crane, C., Ganguli, P., Jones, B., Montero-Marin, J., Nuthall, E., Raja, A., Taylor, L., Tudor, K., Viner, R. M., Allwood, M., Aukland, L., Dunning, D., Casey, T., Dalrymple, N., De Wilde, K., Farley, E. R., Harper, J., ... Williams, J. M. G. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision in reducing risk of mental health problems and promoting well-being in adolescence: The MYRIAD cluster randomised controlled trial. *Evidence-Based Mental Health, 25*(3), 99–109. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300396>
- Lee, Y. Y., Skeen, S., Melendez-Torres, G. J., Laurenzi, C. A., Van Ommeren, M., Fleischmann, A., Servili, C., Mihalopoulos, C., & Chisholm, D. (2023). School-based socio-emotional learning programs to prevent depression, anxiety and suicide among adolescents: A global cost-effectiveness analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 32*, e46, 1. <https://doi.org/10.1017/s204579602300029x>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S. P., Martinsen, K., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., & Reinjfell, T. (2019). Does the transdiagnostic EMOTION intervention improve emotion regulation skills in children? *Journal of Child and Family Studies, 28*(3), 805–813. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01324-1>
- Magson, N. R., van Zalk, N., Mörtberg, E., Chard, I., Tillfors, M., & Rapee, R. M. (2022). Latent stability and change in subgroups of social anxiety and depressive symptoms in adolescence: A latent profile and transitional analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 87*, 102537. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102537>
- Marqueses, J. M. S., Fausor, R., Sanz-García, A., García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2024). Validity evidence for the Self-Absorption Scale (SAS) in Spanish population. *Psicothema, 36*(1), 64–71. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.524>
- Martinez-Yarza, N., Santibáñez, R., & Solabarrieta, J. (2023). A systematic review of instruments measuring social and emotional skills in school-aged children and adolescents. *Child Indicators Research, 16*(4), 1475–1502. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10031-3>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S.-P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The transition from childhood to adolescence: Between health and vulnerability. *Children, 11*(8), 989. <https://doi.org/10.3390/children11080989>
- Mehrdadfar, M., Ghasemzadeh, S., Ghobari-Bonab, B., Hasanzadeh, S., & Vakili, S. (2023). Effectiveness of unified protocols for online transdiagnostic treatment on social-emotional skills and parent-child interaction in school-aged children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 167*, 111490. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111490>

- Melero, S., Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2022). Improving social performance through video-feedback with cognitive preparation in children with emotional problems. *Behavior Modification*, 46(4), 755–781. <https://doi.org/10.1177/0145445521991098>
- Melero, S., Morales, A., Espada, J. P., Méndez, X., & Orgilés, M. (2021). Effectiveness of Group vs. Individual Therapy to Decrease Peer Problems and Increase Prosociality in Children. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 3950. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083950>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2021a). How does depression facilitate psychological difficulties in children? The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 384–393. <https://doi.org/10.1002/CP.2516>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2021b). 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>
- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., & McClintock, S. M. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 84–98. <https://doi.org/10.1097/prs.000000000000132>
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2013). *Programa Fortius: Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Pirámide.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022.pdf
- Morales, A., Melero, S., Tomczyk, S., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2021). Subtyping of strengths and difficulties in a Spanish children sample: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 280, 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.047>
- Morales, A., Rodríguez-Menchón, M., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2023). Examining academic self-concept as a mediator of the relationship between anxiety and depression: A longitudinal study. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(3), 354–362. <https://doi.org/10.1111/camh.12577>
- Morales-Muñoz, I., Mallikarjun, P. K., Chandan, J. S., Thayakaran, R., Upthegrove, R., & Marwaha, S. (2023). Impact of anxiety and depression across childhood and adolescence on adverse outcomes in young adulthood: A UK birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 212–220. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.23>
- Moreno, E. M., Montero, A., & Armada-Crespo, J. M. (2024). Effectiveness of social-emotional development programs applied in primary education: An umbrella systematic review. *Anales de Psicología*, 40(1), 54–68. <https://doi.org/10.6018/analesps.488251>
- Mulraney, M., Coghill, D., Bishop, C., Mehmed, Y., Sciberras, E., Sawyer, M., Efron, D., & Hiscock, H. (2021). A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 129, 182–205. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.030>
- Muñoz-Oliver, B., Gil-Madrona, P., & Gómez-Ramos, J. L. (2022). The development of emotional programmes in education settings during the last decade. *Children*, 9(4), 456. <https://doi.org/10.3390/children9040456>

- Murcia, A. (2023). *Eficacia de PsicAP para el abordaje de trastornos mentales leves y moderados dentro del sistema español de atención primaria. Una revisión sistemática*. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad Europea.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Nieto-Carracedo, A., Gómez-Iñiguez, C., Tamayo, L. A., & Igartua, J. J. (2024). Emotional intelligence and academic achievement relationship: Emotional well-being, motivation, and learning strategies as mediating factors. *Psicología Educativa, 30*(2), 67–74. <https://doi.org/10.5093/psed2024a7>
- O'Connor, C. A., Dyson, J., Cowdell, F., & Watson, R. (2018). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(3–4), e412–e426. <https://doi.org/10.1111/jocn.14078>
- O'Reilly, M., Sviryzdenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Orenes, A. M. (2015). *Evaluación de la ansiedad por separación y prevención escolar de las dificultades emocionales* [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://iris.who.int/handle/10665/341726>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud: Guía de aplicación*. <https://www.paho.org/es/documentos/hacer-que-todas-escuelas-sean-promotoras-salud-guia-aplicacion>
- Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How Super Skills for Life may help children to cope with the COVID-19: Psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes, 7*(3), 88–93. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2048>
- Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2024). Prevention of emotional problems in Spanish schoolchildren: Effectiveness of the Super Skills multimedia program to promote social-emotional skills. *The Spanish Journal of Psychology, 27*, e21. <https://doi.org/10.1017/sjp.2024.27>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & 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>

- Orgilés, M., Garrigós, E., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How does a CBT-based transdiagnostic program for separation anxiety symptoms work in children? Effects of Super Skills for Life. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(2), 9–15. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.1>
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). Effectiveness of video-feedback with cognitive preparation in improving social performance and anxiety through Super Skills for Life programme implemented in a school setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082805>
- Orgilés, M., Morales, A., Fernández-Martínez, I., Melero, S., & Espada, J. P. (2019). Validation of the short version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Spanish children. *Journal of Child Health Care*, 23(1), 87–101. <https://doi.org/10.1177/1367493518777306>
- Orgilés, M., Morales, A., Fernández-Martínez, I., Méndez, X., & Espada, J. P. (2023). Effectiveness of a transdiagnostic computerized self-applied program targeting children with emotional problems: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 338, 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.004>
- Orgilés, M., Morales, A., Piqueras, J. A., Marzo, J. C., & Espada, J. P. (2024). Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández. <https://observainfancia.es/informes/>
- Ormel, J., & VonKorff, M. (2024). What should a nation do to prevent common mental disorders? Meet seven conditions for effective prevention. *Mental Health & Prevention*, 33, 200320. <https://doi.org/10.1016/J.MHP.2024.200320>
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A. L., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(6), 566–575. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0232>
- Pastor-Porras, E., & Marín Suelves, D. (2021). Educación emocional en la escuela. Una revisión de la literatura. *ReiDoCrea: Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 10(29), 1–19. <https://doi.org/10.30827/Digibug.70982>
- Patalay, P., Gondek, D., Moltrecht, B., Giese, L., Curtin, C., Stanković, M., & Savka, N. (2017). Mental health provision in schools: Approaches and interventions in 10 European countries. *Global Mental Health*, 4, e10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.6>
- Petersen, K. J., Humphrey, N., & Qualter, P. (2022). Dual-factor mental health from childhood to early adolescence and associated factors: A latent transition analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(6), 1118–1133. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01550-9>
- 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(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pophillat, E., Rooney, R. M., Nesa, M., Davis, M. C., Baughman, N., Hassan, S., & Kane, R. T. (2016). Preventing internalizing problems in 6-8 year old children: A universal school-based program. *Frontiers in Psychology*, 7, 1928. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2016.01928>

- Priede, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruiz, P., & Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. In E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Infancia y adolescencia* (1st ed., Vol. 2, pp. 117–141). Pirámide.
- Puertas-Molero, P., Zurita-Ortega, F., Chacón-Cuberos, R., Castro-Sánchez, M., Ramírez-Granizo, I., & González-Valero, G. (2020). La inteligencia emocional en el ámbito educativo: Un meta-análisis. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 84–91. <https://doi.org/10.6018/analesps.345901>
- Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a 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>
- Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A. M., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S., & Salado, V. (2024). La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024. UNICEF España
- Rapee, R. M. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. In J. M. Rey (Ed.), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Rapee, R. M. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In J. M. Rey (Ed.), *e-Textbook of child and adolescent mental health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000). *Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents. Revised version. Manual*. Unpublished manual.
- Reardon, T., Spence, S. H., Hesse, J., Shakir, A., & Creswell, C. (2018). Identifying children with anxiety disorders using brief versions of the Spence Children's Anxiety Scale for children, parents, and teachers. *Psychological Assessment*, 30(10), 1342–1355. <https://doi.org/10.1037/pas0000570>
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171–184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Rodríguez-Menchón (2022). *Eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills for Life en niños con problemas externalizados*. [Tesis doctoral]. Universidad de Miguel Hernández de Elche.
- Rodríguez-Menchón, M., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2022). Validation of the brief version of the Spence Children's Anxiety Scale for Spanish children (SCAS-C-8). *Journal of Clinical Psychology*, 78(6), 1093–1102. <https://doi.org/10.1002/jclp.23263>
- Rooney, R., Roberts, C., Kane, R., Pike, L., Winsor, A., White, J., & Brown, A. (2006). The prevention of depression in 8- to 9-year-old children: A pilot study. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(1), 76–90. <https://doi.org/10.1375/ajgc.16.1.76>

- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Bach, B., Cicero, D. C., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J. L., Chmielewski, M., Conway, C. C., De Clercq, B. De, Dornbach-Bender, A., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(12), 1069–1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B., Cabré, G. J., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés, 23*(2–3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., Van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology, 41*, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.007>
- Sánchez Hernández, M. O., Carrasco, M. A., & Holgado-Tello, F. P. (2023). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry & Human Development, 54*(3), 736–749. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 185–203.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud, 31*(1), 55–65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Sanz, J., Sanz-García, A., & García-Vera, M. P. (2025). *Tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático en niños y adolescentes: De la investigación a la consulta*. Pirámide.
- Scaini, S., Rossi, F., Rapee, R. M., Bonomi, F., Ruggiero, G. M., & Incerti, A. (2022). The cool kids as a school-based universal prevention and early intervention program for anxiety: Results of a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(2), 941. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020941>
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy, 14*(1), 86–113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Schmidt, A., Dirk, J., & Schmiedek, F. (2021). The power of everyday peer relatedness in predicting subjective well-being after school transition. *Zeitschrift Für Entwicklungspsychologie Und Pädagogische Psychologie, 52*(3–4), 64–74. <https://doi.org/10.1026/0049-8637/a000220>
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 30*(4), 525–535. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3004_09
- Skryabina, E., Taylor, G., & Stallard, P. (2016). Effect of a universal anxiety prevention programme (FRIENDS) on children's academic performance: Results from a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(11), 1297–1307. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12593>

- Society of Clinical Child & Adolescent Psychology. (2025). *Fear, worry, & anxiety disorders. Effective child therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents.* <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/disorders/fear-worry-and-anxiety/#effective-treatments>
- Society of Clinical Child & Adolescent Psychology. (2025). *Sadness, hopelessness, & depression. Effective child therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescent.* <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/disorders/sadness-hopelessness-and-depression/>
- Solmi, M., Dragioti, E., Arango, C., Radua, J., Ostinelli, E., Kilic, O., Yilmaz, U. E., Yalcinay-Inan, M., Soares, F. C., Mariano, L., Mosillo, P., Cortese, S., Correll, C. U., Carvalho, A. F., Shin, J. Il, & Fusar-Poli, P. (2021). Risk and protective factors for mental disorders with onset in childhood/adolescence: An umbrella review of published meta-analyses of observational longitudinal studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 120, 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.002>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Sørli, M. A., Hagen, K. A., & Nordahl, K. B. (2021). Development of social skills during middle childhood: Growth trajectories and school-related predictors. *International Journal of School and Educational Psychology*, 9(sup1), S69–S87. <https://doi.org/10.1080/21683603.2020.1744492>
- Spence, S. H. (1995). *Social Skills Questionnaire – Pupil*. NFER-Nelson.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001725>
- Syros, I., Karantzali, A., & Anastassiou-Hadjicharalambous, X. (2021). Innovative strategies and challenges for the prevention of pathological anxiety in children and Adolescents. *OBM Neurobiology*, 5(3). <https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2103106>
- ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert—A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K., & Ryan, J. L. (2019). Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 2988–2999. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- United Nations Children's Fund. (2023). *Global cost-benefit analysis on mental health and psychosocial support (MHPSS) interventions in education settings across the humanitarian-development nexus.* <https://www.unicef.org/education/global-cost-benefit-analysis-MHPSS>
- Uzun, B., Orman, A., & Essau, C. A. (2024). Integrating “Super Skills for Exams” programme in the school curriculum to support adolescents preparing for their national examinations in Turkey. *Children*, 11(2), 180. <https://doi.org/10.3390/children11020180>

- Vicent, M., Inglés, C. J., Sanmartín, R., González, C., Delgado, B., & García-Fernández, J. M. (2019). Spanish validation of the child and adolescent perfectionism scale: Factorial invariance and latent means differences across sex and age. *Brain Sciences*, 9(11), 310. <https://doi.org/10.3390/brainsci9110310>
- Viguer, P., Cantero, M. J., & Bañuls, R. (2017). Enhancing emotional intelligence at school: Evaluation of the effectiveness of a two-year intervention program in Spanish preadolescents. *Personality and Individual Differences*, 113, 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.036>
- Vivas-Fernandez, M., Garcia-Lopez, L. J., & Jimenez-Vazquez, D. (2024). Interventions for selective prevention of emotional problems in adolescents: A systematic review. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 11(2), 1–12. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2024.11.2.1>
- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V., & Canals, J. (2017). The natural course of anxiety symptoms in early adolescence: Factors related to persistence. *Anxiety, Stress & Coping*, 30(6), 671–686. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1347642>
- Wade, T. D., Pennesi, J. L., & Pellizzer, M. (2025). Identifying transdiagnostic psychological processes that can improve early intervention in youth mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 59(4), 307–314. <https://doi.org/10.1177/00048674241312803>
- Waldron, S. M., Stallard, P., Grist, R., & Hamilton-Giachritsis, C. (2018). The ‘long-term’ effects of universal school-based anxiety prevention trials: A systematic review. *Mental Health and Prevention*, 11, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.04.003>
- Wang, P., Wang, Z., & Qiu, S. (2024). Universal, school-based transdiagnostic interventions to promote mental health and emotional well-being: A systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00735-x>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Cleave, A. L., Perry, Y., Torok, M., O’Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- Yapan, S., Türkçapar, M. H., & Boşyan, M. (2020). Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in depression and anxiety. *Current Psychology*, 41, 5896–5912. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01086-4>



“Es un perfecto desenlace.
No, es un perfecto comienzo.”
Anastasia, 1997

1 de cada 5 escolares en Europa experimenta problemas de salud mental durante la etapa escolar (Comisión Europea, 2024). Entre el 9 y el 11 % de los niños y niñas españoles presentan síntomas ansioso depresivo de alerta (Orgilés et al., 2024). El 75% de los problemas de ansiedad que sufrimos de adultos empiezan en la infancia (Solmi, 2022). La salud mental de nuestros niños y niñas es crucial para el futuro de nuestra sociedad. Esta tesis busca cambiar y mejorar la realidad actual. Es necesario actuar a tiempo, de forma integral y preventiva. Ignorar las señales tempranas en la infancia puede tener graves consecuencias en su desarrollo. La Organización Mundial de la Salud nos lo deja claro: enseñar habilidades de regulación emocional en la infancia es clave para que los niños y niñas crezcan fuertes y preparados para afrontar los retos del día a día. ¿Y qué mejor lugar que hacerlo en la escuela? Aquí pasan gran parte de su infancia junto a otros. Por eso, es el lugar ideal para que todos y todas, sin excepción, desarrollen las herramientas emocionales necesarias que construyan su bienestar. Para ello, esta tesis lleva a las escuelas un programa divertido y formativo “Super Skills for Life”. Está diseñado para gestionar las emociones y prevenir de forma integral la aparición de problemas de ansiedad y de depresión en cada niño y niña, preparándolos así para afrontar las dificultades de la vida. En definitiva, habilidades para ser más felices y afrontar mejor los obstáculos a los que tengan que enfrentarse. Este ensayo controlado aleatorizado ha llevado Super Skills for Life a un conjunto de colegios del sureste de España. Más de 1.000 niños y niñas han participado, y ¡los resultados que se obtienen son prometedores! Esta tesis demuestra el gran valor de Super Skills for Life. Es un protocolo transdiagnóstico accesible y eficaz, el primero en aplicarse de forma universal en las escuelas españolas, que impulsa el bienestar y fortalece la salud mental de niños y niñas directamente desde el colegio. Programas con base científica como Super Skills for Life no solo cuidan la infancia, ¡también ahorran sufrimiento y recursos a largo plazo!

aitana

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



UNIVERSITAT

Miguel Hernández

