



Universitat Autònoma de Barcelona

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Facultad de Psicología

El temperamento y el desarrollo de las habilidades sociales en la prevención de la psicopatología infantil

Tesis Doctoral presentada por
María Luisa Arratíbel Siles

Directores
Dra. María Claustre Jané i Ballabriga
Dr. Albert Bonillo Martin





Universitat Autònoma de Barcelona

Tesis Doctoral

**El temperamento y el desarrollo de las habilidades
sociales en la prevención de la psicopatología
infantil**

MARÍA LUISA ARRATÍBEL SILES

Directores

Dra. María Claustre Jané i Ballabriga

Dr. Albert Bonillo Martin

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Facultad de Psicología

Universitat Autònoma de Barcelona

2012

Reconocimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haber confiado en mí y brindarme siempre los medios para llevar a término mis estudios de doctorado fuera de mi país.

Al Equip d' Assessorament i Orientació Psicopedagògica de Osona, especialmente a Ramón Riera, y a los directivos y maestros de cada escuela participante por su ardua colaboración e implicación en la implementación de un nuevo programa de prevención para sus alumnos.

A los Centros de Salud Mental Infantojuvenil de Cataluña por su colaboración y brindarnos el espacio requerido para llevar a cabo la investigación. Del mismo modo a los padres que amablemente aceptaron participar y dedicar parte de su tiempo para realizar la valoración clínica necesaria.

Al Departamento de Psicopatología Infantil, de la Facultad de Psicología en la Universitat Autònoma de Barcelona, por darme la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo y facilitarme todos los medios necesarios para desarrollar la presente investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme una excelente base de conocimientos y una gran formación profesional que me ha permitido seguir forjando mi carrera y culminar extraordinariamente otra meta más.

Agradecimientos

A Ma Claustre Jané y Albert Bonillo por haberme dado la oportunidad de seguir creciendo no sólo como profesional sino también como persona. Por su tiempo, paciencia y amplio conocimiento compartido, muchas gracias.

A mis compañeros de investigación y de departamento -Natalia, Roseta, Zonia, Raquel, Agnés y Andrés- por su asesoría en la realización de este proyecto, por apoyarme y orientarme en todo momento y, dejarme aprender de su experiencia.

A Ana y María del Parc Sanitari Sant Joan de Deu por haber contribuido a mi formación brindándome siempre nuevos conocimientos y una relación de absoluta confianza.

A mis más queridos amigos de Barcelona –Verónica, Jenni, Juan, Eva, César, Alisa, Lulú, Iz, Rodrigo y Laura- por su invaluable amistad. Por su cariño y alegría constantes. Por sus palabras de aliento y apoyo en cada momento de este proceso. Por todas las experiencias inolvidables que hemos vivido y haber compartido mucho más que la academia. Mil gracias.

A mis más grandes amigos – Meche, Pau, Karla, Gis, Manuel, Claudia, y Gabriel- quienes han compartido conmigo los momentos más felices y los más tristes, por su amistad incondicional, por el apoyo y cariño que siempre me han brindado, por su hermandad y enseñanzas de vida. Los adoro.

A mi familia aquí en España por cuidarme y brindarme su cariño a todo momento. Por acompañarme, darme su guía y sus sabias palabras siempre.

A André porque desde el primer instante estuviste dispuesto a compartir esta gran aventura juntos. Por enseñarme que todo momento en la vida es maravilloso; bueno o malo hay que disfrutarlo y aprender de él. Por tu amor incondicional y ayudarme a ser mejor persona siempre. Te amo!

A mi familia por siempre confiar en mí, por ese amor tan grande que recibo a cada segundo de mi vida y por ser la familia más maravillosa que la vida pudo darme. Porque aun en la distancia han estado siempre presentes. Gracias por enseñarme a amar, respetar, luchar y ver siempre hacia adelante. Los amo.

Al amor de mi vida, André

A mis padres, Luis y Juanita

A mis hermanos, Gustavo y Patricia

y a la memoria de mis abuelas, Ma. Luisa y Julia

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
1. Introducción.	5
1.1. Psicopatología infantil	5
1.1.1. <i>Sintomatología Interiorizada</i>	7
1.1.1.1. Problemas de ansiedad	7
1.1.1.2. Problemas de depresión	8
1.1.1.3. Problemas de evitación	9
1.1.1.4. Problemas de somatización	10
1.1.2 Sintomatología Exteriorizada	11
1.1.2.1. Problemas de conducta agresiva	11
1.1.2.2. Problema de atención	12
1.2. Factores de riesgo y protección en la psicopatología infantil	15
1.2.1. Factores de riesgo	15
1.2.1.1. Factores biológicos o individuales	16
1.2.1.1.1. Temperamento	16
1.2.1.1.2. Sexo	18
1.2.1.1.3. Edad	18
1.2.1.2. Factores Psicosociales/Contextuales	19
1.2.1.2.1. Entorno sociocultural	19
1.2.1.2.1.1. Cultura (origen)	19
1.2.1.2.1.2. Escuela	20
1.2.1.2.1.3. Relación con los iguales	21
1.2.2. Factores de protección	22

1.2.2.1. Habilidades sociales	22
1.3. Prevención de la Psicopatología Infantil	25
1.3.1. <i>The Incredible Years series</i>	28
1.3.1.1. <i>Classroom Dinosaur School curriculum</i>	29
1.3.1.1.1. Aspectos en los que se enfoca	30
1.3.1.1.2. Material	31
1.3.1.1.3. Implementación	32
1.3.1.1.4. Evidencia empírica de su aplicación	34
1.4. Objetivos e hipótesis de la investigación	38
2. ESTUDIOS EMPÍRICOS	41
2.1. Estudio 1: Artículo publicado	41
<i>¿El rasgo temperamental ira/frustración afecta en la sintomatología interiorizada? Estudio en una muestra clínica infantil de 8-10 años.</i>	43
2.2. Estudio 2: Manuscrito en revisión editorial	55
<i>How are social skills and problems with peers associated with internalized and externalized symptomatology in schoolchildren aged 4 to 7 years?</i>	57
2.3. Estudio 3: Manuscrito en revisión editorial	85
<i>Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.</i>	87
3. DISCUSIÓN GENERAL	121
3.1. La relación del temperamento de ira y la sintomatología interiorizada en población clínica infantil.	121
3.2. El efecto de factores biológico-individuales, psicosociales y culturales	

en la sintomatología exteriorizada e interiorizada en población pre-escolar y escolar.	123
3.3. Implicación de los factores de riesgo o protección a la efectividad del programa de prevención psicopatológica <i>Classroom Dinosaur School</i>.	125
3.4. Limitaciones	128
3.5. Aportaciones clínicas	130
4. CONCLUSIONES GENERALES	133
5. REFERENCIAS	135
6. ANEXOS	151
6.1. <i>The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ)</i>	151
6.2. Currícula de impartición del programa <i>Classroom Dinosaur School</i>	155

ÍNDICE DE TABLAS

ESTUDIO 1	41
Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas, familiares y de salud de los participantes.	46
Tabla 2. Frecuencias y prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva por sexo, edad y nivel socioeconómico.	48
Tabla 3. Correlaciones entre sintomatología ansiosa y depresiva en niños.	49
Tabla 4. Efecto del temperamento de ira en la sintomatología ansiosa en niños.	50
Tabla 5. Efecto del temperamento de ira en el riesgo de depresión en niños.	50
ESTUDIO 2	55
Table 1. Child demographics.	80
Table 2. Outcome variables, Means and Standard deviations by sex and origin.	81
Table 3. Outcome variables, Means and Standard deviations by scholar grade and origin.	82
Table 4. Effect of the social skills, problem with peers and origin on internalized and externalized symptoms.	83
Figure 1. Box plot of the symptomatic development of each group in the sample.	84
ESTUDIO 3	86
Tabla 1. Características demográficas de la muestra final.	120

PRESENTACIÓN

La presente tesis doctoral se enmarca en la investigación de los factores y/o características de riesgo, que pudiesen interferir en la efectividad de programas de prevención para la psicopatología en niños pre-escolares y escolares, como el temperamento, ser nacional o inmigrante, el sexo y el grado escolar. Esta tesis forma parte de dos amplias investigaciones: 1) Detección de las dimensiones temperamentales relacionadas con trastornos de ansiedad y, 2) La implementación del programa *Classroom Dinosaur School* para la prevención de psicopatología infantil y desarrollo de habilidades sociales, realizadas ambas por *l' Unitat de Recerca en Psicopatologia de l'Infancia i l'Adolescència* de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Esta tesis se desarrolla mediante tres manuscritos científicos que entregan información relevante para mejorar y hacer más efectiva la intervención preventiva de la psicopatología infantil (exteriorizada e interiorizada) en España, de los cuales uno ha sido publicado y los otros dos se encuentran en revisión editorial para su publicación. La idea que conduce la estructura de esta tesis es que los artículos científicos desarrollados permitan una mayor difusión de los resultados obtenidos tanto en el ámbito profesional como científico.

Para ello la presente tesis se desarrolla de la siguiente manera. En la primera parte se presenta el marco teórico con conceptos generales abordados en los tres artículos científicos realizados y que fundamentan los objetivos de esta investigación.

- En principio se describen las bases del desarrollo infantil que permiten comprender la aparición de psicopatología. Además, se realiza una breve

descripción de los dos tipos de psicopatología a los que se ha dedicado este trabajo: problemas interiorizados y exteriorizados.

- A continuación, se presentan los dos tipos de factores de riesgo y/o protección (biológicos-individuales y psicosociales/contextuales) que la literatura científica ha relacionado más significativamente con dicha sintomatología psicopatológica.
- Adicionalmente, se examina la definición y los procesos necesarios para desarrollar una efectiva prevención de la psicopatología, poniendo énfasis en la historia y descripción del programa de intervención implementado: *Classroom Dinosaur School*.

La segunda parte se dedica a las investigaciones empíricas desarrolladas, la cual expone tres manuscritos enfocados a los temas de interés:

1. La relación del temperamento de ira y la sintomatología interiorizada en población clínica infantil.
2. El efecto de factores biológico-individuales, psicosociales y culturales en la sintomatología exteriorizada e interiorizada en población pre-escolar y escolar.
3. Implicación de los factores de riesgo o protección a la efectividad del programa de prevención psicopatológica *Classroom Dinosaur School*.

Y, en la tercera y cuarta parte se presentan la discusión y las conclusiones generales obtenidas a partir de todo el trabajo expuesto.

Es relevante destacar que, según nuestro conocimiento, es la primera vez que se implementa y evalúa el programa de prevención *Classroom Dinosaur School* en población española. A partir de lo anterior, esta tesis desarrolla una valoración

conjunta de los factores biológico-individuales y psicosociales-contextuales, en niños de entre 4 y 8 años de edad, entregando información que podría contribuir a mejorar la efectividad de la intervención preventiva en España.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La psicopatología infantil es una disciplina reciente, constituida en el siglo XX, que ha tomado gran importancia en la evolución científica debido a la alta demanda de las familias por una atención especializada, así como por una mayor sensibilidad social (Rutter y Stevenson, 2008). Esta disciplina ha basado su fundamentación en áreas como la pedagogía, la neurología, la psiquiatría, la psicología evolutiva, el psicoanálisis y la psicología comunitaria. De este modo, se ha construido un modelo integrador orientado a satisfacer las necesidades científicas y exigencias metodológicas (Rodríguez, Lozano y Rodríguez-Sacristán, 2000), denominado 'Psicopatología evolutiva' o 'del desarrollo', a partir del cual se lleva a cabo este trabajo. Al igual que Cicchetti y Cohen (1995a; 1995b) y Cicchetti y Rogosch (2002), comprendemos que la conducta normal y la anormal se explican a partir de las variaciones dadas dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos.

Para definir una conducta anormal (psicopatológica) debe entenderse lo que sería un desarrollo psicológico normal. Éste se constituye a través de los logros y progresos sucesivos que permiten al niño resolver las demandas del medio en el que vive (Rutter y Stevenson, 2008). Aprende, se adapta y conforme su edad avanza se desarrolla la integración conjunta de varias funciones (física-psicomotoras, cognitivas, emocionales y de dimensiones sociales) que unifican la personalidad infantil (Rodríguez, Lozano y Caballero, 2000). Este proceso de evolución se acompaña de factores tanto biológicos (genética, sistema nervioso, desarrollo psicomotor y cognitivo y temperamento) como psicosociales (entorno afectivo y sociocultural), los cuales pueden influir tanto positiva como negativamente en el desarrollo.

De acuerdo a los planteamientos de diversos investigadores (Lewis, 2000; Navarro, Meléndez, Sales y Sanserni, 2012) sabemos que la psicopatología es el resultado de un desarrollo mal logrado, en el que las conductas y procesos fueron mal adaptativos en el tiempo. Al respecto, la psicopatología infantil podría considerarse como cualquier comportamiento que haga sufrir al niño y su entorno y que limite sus posibilidades de realización personal actuales o futuras. Para su investigación, evaluación e intervención es importante considerar la influencia tanto individual como contextual, teniendo en cuenta que la psicopatología en edad infantil se diferencia de la presente en otras etapas por su reversibilidad, cronodependencia, variabilidad individual y comorbilidad (Jané, 1998).

Por otro lado, el concepto de psicopatología infantil puede englobar un gran número de problemas, tanto en el ámbito conductual, emocional, del desarrollo, de aprendizaje, de comunicación, entre otros. Por lo que para su mejor estudio se han construido diferentes medios o sistemas de clasificación y medición, entre estos están el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y también, las taxonomías empíricas que utilizamos en nuestra investigación.

Estas taxonomías organizan los trastornos desde una estructura jerárquica simple (Lemos, 2003), permitiendo así, identificar dos amplias dimensiones psicopatológicas en la infancia y adolescencia (Achenbach, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1978). La primera dimensión se le denomina internalizante y, se constituye por problemas como la ansiedad, la depresión, la evitación y la reactividad emocional. Y, la segunda dimensión llamada externalizante, se compone por los problemas de conducta, agresividad, abuso de sustancias o la hiperactividad/inatención.

1.1. Sintomatología interiorizada

La sintomatología interiorizada se define como la representación global o conjunta de problemas que principalmente están dentro de uno mismo. Es decir, que son aquellos problemas en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia el mismo individuo y se presentan en forma de ansiedad, depresión, evitación y/o problemas somáticos (Achenbach y Rescorla, 2000).

1.1.1 Problemas de Ansiedad

En general, la ansiedad es una respuesta universal que se da en todas las edades, razas y culturas y, está constituida sobre todo por emociones, pero también le acompañan cogniciones, intuiciones, memorias y recuerdos, anticipaciones imaginativas y necesidades sentidas (Rodríguez, 2000). Al definirla en población infantil, ésta se entiende como una vivencia displacentera que generalmente ocurre como respuesta a situaciones de amenaza, reales o imaginarias, que se expresa a través de síntomas físicos o psíquicos con una función defensiva ante esta experiencia amenazante (Macià, 2007; March, 2000). Además, es un problema al que se le otorga una relevancia clínica muy importante debido a su frecuente comorbilidad con otras manifestaciones psicopatológicas infantiles, tales como la depresiva, trastornos de conducta y la deficitaria, entre otras (Pine y Kline, 2008)

Habitualmente la ansiedad se define como patológica a cualquier edad cuando limita el sano desarrollo, emocional y conductual, y causa dificultades funcionales. No obstante, respecto de la ansiedad infantil se sugiere que se considere si existe una aflicción o estrés significativo, aun cuando las actividades del niño no se vean afectadas (Pine y Kline, 2008). Dicha patología es posible evaluarla en el niño(a) a través del cuerpo y de síntomas psicofisiológicos: taquicardia, arritmia, disnea, hiperventilación, vómitos, dolores intestinales o estomacales, mareos, vértigos, cefaleas, parálisis,

palidez, enrojecimiento, entre muchos otros síntomas. Y también por comportamientos que él o ella manifiesten, como miedos, timidez, inquietud, tartamudez, agresividad, vergüenza, culpabilidad o soledad (Rodríguez, 2000). Dichos síntomas suelen interferir con su funcionamiento psicológico, académico y social, haciéndolo más propenso al rechazo escolar, los problemas somáticos, la evitación social y una baja autoestima (Vasa y Pine, 2006). Esta situación añade riesgo clínico, por lo que enfatiza nuestro interés en su estudio y prevención temprana. Junto con lo anterior, presenta una elevada prevalencia (5-10% en población general), un importante deterioro asociado, un incremento en el riesgo de padecer algún otro problema de forma comórbida, y una moderada, pero significativa, continuidad en la edad adulta (Pine y Kline, 2008). Todos estos aspectos ponen de manifiesto la importancia de evaluar e intervenir la presencia de sintomatología ansiosa desde edades pre-escolares y escolares.

1.1.2 Problemas de Depresión

La identificación de este problema en la infancia se caracteriza de manera general por la tristeza, una afectación psicomotriz inhibida, una baja autoestima, problemas para conciliar el sueño y la poca expresión social como el retraimiento (Rodríguez, 2000). Sin embargo, es destacable y también de interés para esta investigación, el que su expresión sintomática puede variar significativamente en relación con el nivel de desarrollo evolutivo. Es decir, los niños más pequeños y deprimidos manifiestan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, rabietas y problemas de conducta. Mientras que los niños de edad escolar pueden ser capaces de mostrar humor disfórico, baja autoestima, culpabilidad e infelicidad (Domènech-Llaberia, Araneda, Xifró y Riba, 2003; Rutter, 2011).

Al investigar y evaluar la depresión infantil se debe tener en cuenta que posee una elevada comorbilidad con la ansiedad, problemas de déficit de atención,

problemas de conducta y abuso de sustancias, ya sea porque comparten etiología o por ser causa o consecuencia de la depresión (Fergusson y Woodward, 2002; Goodwin, Fergusson y Horwood, 2004b; Jaffee, et al., 2002). Al presentarse de forma encubierta y latente a través de síntomas inespecíficos, no típicamente depresivos, se hace más difícil su identificación y por ende el dar tratamiento a tiempo a los primeros síntomas. No otorgar atención temprana a este tipo de síntomas posibilita que se prolonguen a través del tiempo, se intensifiquen e interfieran en el bienestar y adaptación del niño.

Quizá esta misma falta de claridad sintomática, produce que la frecuencia con la que se presenta en niños sea alta (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), y ambas características han acentuado el interés por su estudio y prevención. Por otra parte, esta sintomatología depresiva dificulta la construcción de la persona, distorsionando su afectividad, actividad y motivaciones, repercutiendo en la valoración que pueda tener el niño(a) de sí mismo y en el conocimiento o percepción de su entorno (Rodríguez, 2000).

1.1.3 Problemas de Evitación

La evitación forma parte de uno de los mecanismos más básicos del ser humano, el cual implica eludir la aparición de un estímulo aversivo (Boung et al., 2010). Éste es un rasgo sintomático muy recurrente previo a desarrollar algún tipo de fobia. Los niños manifiestan esta sintomatología de evitación como miedo a separarse de figuras de apego, miedo a lo desconocido, miedo a la humillación, crítica o desaprobación, falta de interés para relacionarse con los demás o, la imposibilidad de establecer vínculos por la falta de habilidades necesarias o simplemente porque su estado de ánimo no es el óptimo, generalmente depresivo (Bados, 2001).

Por otro lado, es importante destacar que es un problema difícil de distinguir a edades tempranas debido a la poca conciencia de sí mismos y de los otros como objeto de evaluación. Aunque sí son funciones que aparecen hacia los seis años, por lo que es posible identificar rasgos sintomáticos importantes. Por eso y siguiendo con la recomendación de Bados (2001), en esta investigación no se descartaron conductas observables de este tipo y con una frecuencia constante que pudieran estar indicando el desarrollo de este problema, ya que nuestra finalidad es poder prevenir un trastorno mayor en edad posterior, la adolescencia o edad adulta.

1.1.4 Problemas de somatización

La somatización se refiere a la manifestación de síntomas físicos en ausencia de una clara patología física, y que no tienen explicación orgánica (Campo y Fritz, 2001; Garralda, 2002). Se pueden definir como la expresión psicológica de una dificultad emocional a través de síntomas, quejas o enfermedades repetidas (Lipowski, 1988; Essau, 2006).

De acuerdo a diversos estudios, en población general infantil estos síntomas se centran en quejas recurrentes de dolor, sobretodo de cabeza y abdominales, dolores de espalda, cansancio y síntomas gastrointestinales (Garber, Walker y Zeman, 1991). Específicamente a edad pre-escolar, son comunes los dolores abdominales, cansancio, dolores de piernas, de cabeza y los mareos (Doménech et al., 2004). Y en edad escolar, Cano (2006) hace referencia al dolor de cabeza y barriga, mareos y/o vómitos, dolor de piernas y brazos, molestias estomacales y fatiga.

Considerando que este tipo de problemas es muy común en la infancia y debido al limitado vocabulario para expresar emociones y a la inmadurez en el desarrollo cognitivo (Bakoula, Aikaterini, Veltsista, Kavdias y Kolaitis, 2006), se debe valorar

cuando estos síntomas afectan funcionalmente al niño/a, esto es, que alteren su actividad diaria para poder considerarlos como problemas de somatización (Doménech et al., 2004). Además, es importante estar conscientes que son síntomas o representaciones psicosomáticas que se relacionan significativamente con síntomas emocionales o de conducta, así como con la incapacidad de respuesta a los eventos estresantes de la vida (Campo et al., 1999; Egger et al., 1999).

2.1. Sintomatología exteriorizada

Se define a la sintomatología exteriorizada como el conjunto de problemas que principalmente involucra conflictos con los demás - causándoles daño o molestias- y las expectativas de su entorno. E incluye comportamientos tales como conductas agresivas y/o problemas atencionales (Achenbach y Rescorla, 2000).

2.1.1 Problemas de conducta agresiva

De manera general podemos entender la conducta agresiva como un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos que puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo- físico, emocional, cognitivo y social- y, que comprende tres elementos básicos: la intencionalidad, una consecuencia aversiva o negativa y su variedad expresiva de manifestación verbal y/o física (Carrasco y González, 2006). Suele acompañarse de síntomas como la impulsividad, poca tolerancia a la frustración y la poca empatía hacia los demás (Benjumea y Mojarro, 2000).

Específicamente en el ámbito infantil, los problemas de conducta agresiva se refieren a problemas de desobediencia y rebeldía, caracterizados por contestar a los padres y profesores, hacer burlas o bromas, realizar actos destructivos, golpear, morder, dar patadas y maldecir (Jané, Viñas, Araneda, Valero y Doménech-Llaberia,

2001). Estos problemas disminuyen las oportunidades de socialización y adaptación, asociándose a una alta probabilidad de continuidad psicopatológica, y la posibilidad de un alto porcentaje de comorbilidad con otros problemas como conductas oposicionistas o desafiantes, déficit de atención, conductas disociales y problemas de aprendizaje (Egger y Angold, 2006; Findling, 2003; Moffit et al., 2001).

Además, estos problemas de conducta se diferencian de otros problemas psicopatológicos pues se alojan en el contexto social del sujeto. Los síntomas de estos problemas son comportamientos sociales que se generan a partir de los diferentes entornos en los que se desarrolla el niño. Por ello, en nuestro trabajo empírico se consideran diversos contextos de desarrollo infantil como: casa, escuela, con sus iguales y relaciones estrechas (Moffitt y Scott, 2008). La presencia de estos síntomas en la infancia aumentan el riesgo de fracaso escolar, rechazo por sus semejantes y pobres habilidades sociales (Frick y Muñoz, 2006; Gottfredson y Gottfredson, 2001).

La implicación social, contextual e individual, aunado a la alta prevalencia que se encuentra en población infantil normativa (entre el 6% y el 10%) hacen que estos sean uno de los problemas de mayor interés en el ámbito clínico y de la investigación psicológica infantil (Frick y Silverthorn, 2001).

2.1.2 Problemas de atención

Los problemas de atención se describen especialmente por la dificultad con tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (Sergeant et al., 1999). De tal forma que parece que el niño con estos problemas no escucha cuando se le habla directamente, o sueña despierto, o le cuesta ponerse en marcha y, a menudo olvida o pierde cosas y se distrae con mayor facilidad, aún con ruidos o estímulos insignificantes (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2007).

A consecuencia de estas características, a muchos niños se les percibe como pasivos o dispersos en actividades de juego. Dentro del aula generalmente les es difícil aprender al ritmo de los demás compañeros, además de que suelen olvidar tareas o trabajos y responden de manera desorganizada u ocupan espacios equivocados (Nichols y Wachbusch, 2004). Estos problemas hacen que a los niños se les etiquete de poco inteligentes o desmotivados. De hecho, se considera un problema de incidencia alta en población infantil de edad escolar, que disminuye significativamente el rendimiento académico de estos niños (Barkley, 1997).

Asimismo, existe la posibilidad que estos niños tengan latente una disfunción neurológica para el control de la impulsividad y de la selección de estímulos (Narbona, 2008). No obstante, una intervención especializada y un entorno adecuado pueden facilitar la mejora de las dificultades que surgen, previniendo la aparición del trastorno u otros problemas graves.

En términos generales, es importante señalar que la sintomatología que se presenta a primeras edades ejerce un rol activo en el desarrollo del niño hasta la edad adulta. El estudio de los problemas interiorizados y exteriorizados constituyen un gran desafío para los clínicos e investigadores interesados en la psicopatología infantil, debido a las consecuencias negativas que generan en distintos contextos, tales como casa, escuelas y centros de salud infantil. Para construir intervenciones preventivas eficaces es importante poder establecer parámetros que distingan claramente entre las conductas normativas y las patológicas, permitiendo así implementar a tiempo una intervención que cese el desarrollo de trastornos posteriores. Al respecto, como bien describe la psicopatología del desarrollo, existen diversos factores que se relacionan con el desarrollo de estos síntomas patológicos tempranos. Debido a esto, la presente

tesis enfatiza en la exploración de las diversas causas o factores de riesgo relacionados a estas sintomatologías.

1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

1.2.1. Factores de riesgo

Conceptualizar y entender los factores de riesgo es muy importante dentro del ámbito de la psicopatología y su prevención, pues al ser circunstancias, características, procesos o acontecimientos que incrementan la probabilidad de aparición de una disfunción o trastorno (Ezpeleta, 2005) serán importantes de identificar para realizar una intervención adecuada y efectiva, ya sea para eliminar o impedir sus efectos. Por eso, siguiendo las recomendaciones de Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer (2001), se debe precisar la distinción conceptual entre: un factor de *riesgo asociado* que es aquel que refleja cualquier tipo de asociación entre dos variables, sin especificar dirección, y un factor de *riesgo causal* que es aquel que puede ser manipulado con la finalidad de modificar el riesgo de la respuesta.

Los factores de riesgo generalmente se encuentran interrelacionados, lo que provoca que su efecto sea mayor. Por esta razón, examinarlos conjuntamente, partiendo de los factores de riesgo próximos hacia los más distantes, proporcionará mayor certeza en el análisis de su efecto (Coie et al., 1993). Debido a esto, diversos autores exhortan a seleccionar cuidadosamente estos factores, teniendo siempre en cuenta que precedan al problema y aumenten indiscutiblemente la posibilidad de que éste aparezca, frente a los que no (Offord y Bennet, 2002b). Para esto, la psicopatología del desarrollo infantil da pautas y hace hincapié en dos grupos de factores, biológicos/individuales y psicosociales, que interactúan dando como resultado diferentes problemas psicopatológicos (Ezpeleta, 2005; Rodríguez, Lozano y Caballero, 2000).

Por su parte, el grupo de los factores biológicos o individuales incluyen una serie de características tales como la genética, el sistema nervioso, el lenguaje, el temperamento, el sexo y la edad. Y en el caso de los factores psicosociales se encuentran el entorno afectivo (primeras relaciones con sus padres) y el entorno sociocultural que se compone por la cultura, la familia, la escuela, la relación con sus iguales, el nivel socioeconómico y los acontecimientos vitales estresantes. Considerando la amplia diversidad de factores de riesgo existentes, a continuación se detallarán solo aquellos que sean más pertinentes a los objetivos de la presente tesis.

1.2.1.1. Factores biológicos o individuales

1.2.1.1.1. Temperamento: Se describe como un rasgo de aparición temprana con base biológica, moldeado por la herencia, que describe diferencias individuales en la manifestación del afecto, la actividad, la atención y la auto-regulación, y al que la experiencia y maduración del sujeto también influyen (Rothbart y Bates, 2006; del Barrio, 2005). Por ende, direcciona importantes aspectos del desarrollo infantil, lo que hace que los niños no sean igualmente propensos a desarrollar cierta psicopatología (Lahey, 2004), ya que es un factor que influye en el modo de seleccionar actividades y ambientes, configura las respuestas de uno y de los otros, y modifica el impacto del ambiente (Keogh, 2006).

Además, es un factor que conjuga diferentes formas de expresión, por lo que se encuentran diversidad de postulaciones que clasifican estos tipos de temperamento (Caspi y Silva, 1995; Goldsmith, 1987; Thomas y Chess, 1977). Sin embargo, Rothbart y Bates (2006) distinguen tres rasgos temperamentales en los niños pre-escolares y escolares:

1) Extraversión: se refiere a una tendencia infantil hacia un nivel de actividad alta, expresión positiva de emociones y placer, y excitación en las interacciones sociales.

2) Afectividad negativa: hace referencia a la tendencia de los niños a expresar la tristeza, el miedo, la irritabilidad y frustración, así como la dificultad de estar tranquilos y callados después de una alta excitación.

3) Regulación/orientación: incluye la habilidad para mantenerse calmado, ser mimado, así como de sostener la atención y el placer en situaciones de baja intensidad.

De acuerdo a estos rasgos los niños responden de forma diferencial a su entorno: amigable, sociable, bruscos, lentos, impulsivos o calmados. Sin embargo, la importancia recae en que el tipo de temperamento del niño le permita relacionarse, adaptarse, y desarrollarse sanamente para evitar problemas psicopatológicos. Por ejemplo, se ha demostrado que el tipo de temperamento de afectividad negativa (ira, miedo, tristeza) mantiene asociación con problemas exteriorizados, mientras que un temperamento inhibido se asocia con problemas interiorizados (Lahey, 2004; Nigg, 2006). Las dimensiones de nivel de actividad, distraibilidad y persistencia también han sido relacionadas a una mala adaptación (Ezpeleta, 2005). Y el temperamento de afectividad positiva o extraversión se ha relacionado con una buena sociabilidad y motivación activa.

Son muchas las maneras en las que este factor puede relacionarse y afectar la salud mental y social del niño. Por tanto, explorar el temperamento de los niños ayudará a prever y responder adecuadamente ante sus necesidades, pudiendo evitar situaciones de riesgo en su desarrollo que desemboquen en problemas psicopatológicos.

2.1.5 Sexo: Se define como el conjunto de características biológicas que identifican una condición orgánica masculina o femenina (RAE, 2010), frecuentemente explorado en la psicopatología infantil.

Los hombres y las mujeres son el resultado de la adaptación a los distintos retos biológicos y ambientales que han tenido que afrontar desde épocas primitivas (Eagly y Wood, 1999). De hecho hay expertos que concluyen que hay más similitudes que diferencias entre ambos (siendo ínfimas las pocas que existen), lo que hace que sea muy difícil predecir características psicológicas teniendo en cuenta únicamente al sexo (Eagly y Wood, 1999; Shaffer, 2000). No obstante, las diferencias sexuales suelen derivar en diferencias de rol y expectativas sociales sobre el comportamiento que cada uno conlleva. Al respecto, se ha documentado que las niñas tienden más a presentar problemas interiorizados, mientras que los niños destacan por problemas exteriorizados. Sin embargo, tener en cuenta únicamente éste factor provocaría imprecisión en la predicción de la psicopatología y así, en su prevención.

2.1.6 Edad: Por definición se comprende como el tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto y se define en términos de etapas vitales o estadios del desarrollo (RAE, 2010). Dentro del ámbito de la psicopatología infantil, se postula que una resolución satisfactoria de un estadio temprano, aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa posterior (Lemos, 2003). Por esto la investigación actual ha enfatizado el interés por explorar las experiencias tempranas y cómo se estructura la organización de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales, para comprender las diferencias interpersonales ante el riesgo y el estrés, en un momento determinado y a lo largo del desarrollo (Rutter, 1992). La edad preescolar y escolar son etapas estratégicas para intervenir directamente con los niños, ya que paulatinamente se

incrementa la estabilidad de las manifestaciones emocionales, sociales y conductuales (Rutter et al., 2008).

La infancia, al ser un periodo de gran plasticidad y muchos cambios evolutivos, es fundamental para la detección temprana de síntomas psicopatológicos, lo cual podría prevenir el mantenimiento de las dificultades y mejorar el pronóstico del niño en la adolescencia o edad adulta.

1.2.1.2 Factores psicosociales-contextuales

1.2.1.2.1. Entorno sociocultural: Debemos tener siempre presente que el niño vive y se desarrolla en una sociedad concreta y debe adaptarse a las características y valores de ésta (Rodríguez et al., 2000).

1.2.1.2.1.1. La cultura (origen) ha sido definida como un sistema de esquemas cognoscitivos y afectivos que ayudan a dar significado a las actividades humanas, el cual es común entre las personas pertenecientes a un mismo grupo o población (Betancourt y López, 1993). En el desarrollo humano existen ciertos procesos que dependen de la cultura en la que se cría el niño, por lo que el desarrollo de una identidad cultural saludable y hacer frente a procesos conflictivos como racismo, discriminación y prejuicio (García-Coll, 2005) son relevantes. Al regular estas interacciones sociales se da paso a otros recursos críticos (educación, sanidad y oportunidad de trabajo) que al dar una estabilidad, ayudan a prevenir problemas psicopatológicos tempranos. Por ejemplo, desarrollar una identidad dará sentido de pertenencia a un grupo y a una identificación personal (Ruble et al., 2004).

Sin embargo, cuando existe contacto entre dos o más culturas, los individuos se enfrentan a un proceso de aculturación, es decir, la adaptación a nuevos patrones

culturales. Lo que implica desafíos importantes para los niños, como la adaptación psicológica, que se refiere al bienestar personal y la buena salud mental, y la adaptación sociocultural, en la cual se refleja la competencia social en la gestión de la vida cotidiana en el contexto intercultural (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006). En esta línea, se ha demostrado que el tiempo podría jugar a favor de la cultura minoritaria, pues los niños inmigrantes al incrementar su tiempo de residencia en el país de acogida experimentan mayor aceptación de éste y menores problemas conductuales y emocionales (Berry et al., 2006). Sin embargo, un cambio de cultura rápido o de contacto conflictivo entre ambas culturas, suele complicar la adaptación y por ende se constituye en un riesgo para la manifestación de problemas psicológicos o desviaciones del desarrollo (García-Coll, 2005).

1.2.1.2.1.2. La escuela es el segundo contexto más importante en el que se desarrolla el niño, tanto por la cantidad de tiempo que pasa ahí como por todas las experiencias sociales, emocionales y cognitivas que le ofrece. Una de las principales finalidades como institución es la socialización del niño y su preparación para la vida adulta (Miranda, Jarque y Tárraga, 2005). Sin embargo, al ser un nuevo contexto y con diversas características que integrar en la vida diaria de niños y niñas puede constituirse en un factor desencadenante de problemas psicopatológicos tempranos.

Los niños en el entorno escolar adquieren obligaciones y derechos como ciudadanos, se someten a figuras de autoridad distintas a sus padres y ejercen un rol subordinado a ellos, además de enfrentarse a nuevas relaciones sociales con sus iguales. Asimismo, la escuela es un contexto con elementos nuevos como las aulas, en las que deben estar diariamente y seguir ritmos de aprendizaje pre-establecidos y donde se exige un rendimiento académico acorde a las capacidades de cada sujeto (Miranda, Jarque y Tárraga, 2005). Todo esto implica una adaptación más, en la cual

también se involucran las propias características del niño y las percepciones que éste tenga respecto la escuela, su imagen y competencias académicas, su rendimiento académico y, el estilo de aprendizaje y características del profesorado. Si la adaptación a este contexto es inadecuada el niño será propenso a responder de manera inapropiada, desarrollando problemas de conducta o emocionales (Rodríguez-Sacristán, 2000).

La escuela representa un contexto de desarrollo con gran cantidad de factores de riesgo, sin embargo gracias a su carácter educativo y socializador también permite tener las condiciones idóneas y favorables para la implementación de programas preventivos y ampliar contextos de intervención con padres, profesores e iguales.

1.2.1.2.1.3. Las relaciones con los pares son determinantes para el adecuado desarrollo personal del niño. A través de éstas es posible la socialización, en la que los niños adquieren conductas y valores como resultado de la matriz de relaciones sociales en las que se involucran. Tanto el grupo de iguales como las actividades, valores y actitudes que se establezcan dentro de éste serán factores fundamentales para el desarrollo de conductas adaptativas o no en la etapa escolar. De hecho, el poder mantener relaciones íntimo-afectivas con los amigos es un factor importante en la predicción del inicio de comportamientos desadaptativos (Muñoz-Rivas y Graña, 2005), pues permite adquirir habilidades y repertorios conductuales que le ayudarán a posicionarse ante cualquier contexto y ante los demás.

Situaciones como la baja aceptación, el rechazo por parte de los iguales-amigos y el mantener continuos problemas con ellos incrementan la probabilidad de desencadenar una psicopatología interiorizada y exteriorizada, y esto a su vez incrementa la probabilidad de tener problemas importantes en la escuela (agresión,

bajo rendimiento, ausentismo), además de su cronificación en ausencia de intervención (Brendengen, Vitaro, Turgeon y Poulin, 2002; Coie, 1990; Panak y Garber, 1992; Woodward y Fergusson, 1999).

1.2.2. Factores de protección

Tras haber entendido y explorado algunos factores de riesgo relevantes para la psicopatología infantil, también resulta importante examinar factores de protección, entendidos como aquellos que disminuyen la probabilidad de que aparezca un trastorno o de que se dé un resultado negativo ante una determinada adversidad (Rutter, 1985). Estos factores son habitualmente características del sujeto o del ambiente, como una alta autoestima, la buena comunicación o una adecuada relación con los iguales (Lambert, 2006).

1.2.2.1. Habilidades sociales

En esta línea, las habilidades sociales que poseen los niños y niñas para adaptarse a diferentes contextos resultan un factor de protección, ya que suponen una forma de aprender a vivir armoniosamente en interacción con los demás, implicando un proceso que se inicia en los primeros meses de vida y que progresivamente se irá ampliando a nuevas personas, grupos sociales e instituciones.

Las habilidades sociales se han tratado de definir por diversos investigadores y estudiosos del tema, sin embargo, a la fecha no se ha conseguido una definición universalmente consensuada que satisfaga (Pérez y Garanto, 2001). No obstante, es posible identificar las características más relevantes y mayoritariamente aceptadas (Gil, León y Jarana, 1995; Pérez y Garanto, 2001):

- Implican capacidades de actuación que se manifiestan en situaciones de interacción social, que pueden enseñarse o mejorarse a través de experiencias de aprendizaje.
- Se trata de comportamientos orientados a la obtención de distintos objetivos o refuerzos (del entorno o personales), que han de estar bajo el control del sujeto y deben realizarse teniendo en cuenta a los demás y al contexto social en el cual acontecen.
- Estas habilidades deben adecuarse en función de los objetivos y exigencias del contexto, por lo que se requiere de un repertorio conductual variado y evitar comportamientos rígidos o uniformes.
- Comprenden tanto componentes conductuales como cognitivos y fisiológicos, que deben combinarse adecuadamente.

Por tanto, al ser conductas aprendidas se implica a la familia, la escuela y la comunidad como responsables de este proceso de socialización ‘natural’ del niño (Pérez y Garanto, 2001). Se conciben como habilidades de carácter educativo, es decir, que se aprenden nuevas habilidades en el caso de no existir un repertorio conductual, o que se re-aprenden si anteriormente se han aprendido habilidades inadecuadas (Gil, 1993). De hecho, actualmente se cuenta con una serie de procedimientos de intervención que integran un conjunto de técnicas, orientadas a la adquisición de conductas socialmente eficaces. Además, existen diversos estudios que comprueban su eficacia en la prevención psicopatológica infantil y la generalización de éstas a diversos contextos (Gil y García, 1995; Rutter, 2008).

El ser humano debe comprenderse y estudiarse como un conjunto de sistemas y valores para lograr la mejor aproximación a los factores implicados en su buen o mal

desarrollo físico, mental y social. En este caso remarcamos la importancia de examinar con amplitud los factores mencionados, tanto las características individuales (que hacen únicas las respuestas del sujeto) como los factores socio-ambientales (que desde temprana edad moldean en gran parte la forma de manifestación de estas respuestas únicas). Entender qué diferencias individuales protegen al niño, o cuáles y cómo le perjudican, y en qué medida las características del entorno interaccionan generando consecuencias positivas o negativas para el desarrollo de niño, nos permitirá establecer una línea de prevención más eficaz.

1.3. PREVENCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La primera conceptualización de prevención fue propuesta por Caplan (1964, pp. 16 y 17), definida como “el cuerpo de conocimientos profesional, teórico y práctico que se puede utilizar para planificar y llevar a cabo programas para reducir la incidencia de los trastornos mentales en la comunidad, la duración de un significativo número de trastornos que ya ocurren y la incapacidad que puede resultar de estos trastornos”. Se consideran tres tipos de intervenciones, la *primaria* (cuando las estrategias se utilizan antes de que el trastorno aparezca teniendo como objetivo reducir la incidencia de los problemas en población normal), la *secundaria* (cuando el trastorno ya existe pero se interviene inmediatamente evitando consecuencias mayores) y la *terciaria* (minimiza los efectos del trastorno ya desarrollado intentando su desaparición o evitando la remisión).

El trabajo de Coie y cols. (1993) ha sido fundamental para definir y trabajar la prevención en la actualidad, permitiéndonos entenderla como una disciplina fundamentada en la investigación y definida como la ciencia que elimina o mitiga las causas del trastorno a partir del estudio sistemático de los precursores potenciales de la disfunción y de la salud (factores de riesgo y de protección). Basados en esta conceptualización hemos explorado los factores de riesgo e intentado promover la competencia o intensificar las circunstancias protectoras, en los estudios realizados.

Para desarrollar e implementar una intervención preventiva en la actualidad y mundialmente, se trabaja con la clasificación propuesta por el Instituto de Medicina (1994), mediante un sistema de dos niveles, en el que la iniciativa de prevención está clasificada hacia el *quién* recibe esta intervención. En el primer nivel se encuentra la prevención *universal*, dirigida a toda la población de un área geográfica, en la que se ofrecen nuevas actividades o servicios con el objetivo de ayudarles a superar los retos

actuales o futuros, sin etiquetar a nadie en particular. En el segundo se sitúa la intervención preventiva *dirigida*, en la que solo ciertas personas reciben la ayuda, aunque no la hayan buscado. A partir de lo anterior, si el grupo diana lo forman individuos o subgrupos de la población en alto riesgo de padecer un trastorno se le denomina *prevención dirigida selectiva*. Por otro lado, si se identifica al grupo de riesgo por marcadores biológicos o conductuales que estén aumentando el riesgo de desarrollar algún trastorno, será una *prevención dirigida indicada*. Además, puede estar centrado en el *individuo*, como serían hijos de padres violentos; o centrado en el *ambiente*, cuando se intenta promover indirectamente el cambio en los individuos modificando el contexto.

Sin embargo, para que una intervención sea efectiva, al implementar algún programa de prevención no sólo debe tenerse en cuenta el quién, también es importante definir *qué* y *cuándo* debe ser objetivo y, el *cómo* se debe llevar a cabo. Aun cuando la gran mayoría de los programas aplicados a niños y adolescentes han sido dirigidos con antelación a grupos de alto riesgo, la dificultad de un estudio preventivo radica en la selección de factores de riesgo (Delgado, Doménech y Llorca, 2004), ya que no todos los factores de riesgo ni de protección son importantes o relevantes. En esta tesis, siguiendo las pautas de Vitaro y Tremblay (2008), hemos definido los factores a estudiar a partir de su relevancia teórica o empírica, o por su alto poder predictivo y plausibilidad causal, o por ser cronológica, cultural y geográficamente relevantes y, de ser posible, modificables de una forma costo-efectiva.

En este mismo sentido, Felner, Yates y Silverman, (2000) y Rutter (2003) recomiendan que solo aquellas variables y procesos que tengan un rol activo como efectos principales o moderadores en la mal adaptación en el desarrollo formen parte en la intervención preventiva. Y es la psicopatología del desarrollo, como se mencionó

al inicio de este marco teórico, la disciplina que facilita los mayores avances en la comprensión de dichas variables y procesos, con el propósito de tratar y prevenir los trastornos mentales (Sameroff, 2000), por lo que constituye un modelo fundamental para esta investigación.

Hay que destacar también que una intervención preventiva debe contribuir no solo a la disminución de trastornos, sino también a esclarecer la etiología, es decir los mecanismos implicados en la aparición de éstos (Cicchetti y Hinshaw, 2002). La finalidad última en la implementación de programas preventivos es determinar si éste es eficaz, si tiene el diseño adecuado para el abordaje planteado y si genera el impacto requerido en los problemas del desarrollo en un determinado contexto. Con la finalidad de determinar la efectividad de los programas preventivos, Nation y cols. (2003) tras una amplia investigación identificaron nueve principios fundamentales: 1) Estar sustentado por un marco teórico sólido, 2) Adecuado al tiempo y sensible al desarrollo o evolución del problema a prevenir, 3) Exhaustivo (el riesgo es multifactorial), 4) Orientado hacia las oportunidades para las relaciones positivas, 5) Abierto a variados métodos de enseñanza, 6) Suficientemente potente respecto a la dosificación y duración, 7) Bien integrados en los servicios de entrega, 8) Socialmente relevante y, 9) Efectivo en el desencadenamiento de mediadores efectivos (mantenimiento del cambio).

Siguiendo estos términos para la definición y desarrollo de una intervención preventiva, existen programas que cumplen ya con estos principios, además de estar evaluados y avalados por investigadores o centros especializados en el tema. Entre los mejores programas de prevención, y más reconocidos, se encuentran las series *The Incredible Years* de la Dra. Webster-Stratton (Rutter, 2008; Vitaro y Tremblay, 2008). Debido a esto y a los pocos programas preventivos que hay en España, en la parte

empírica de esta tesis se evaluó uno de los programas dirigido a niños, el *Classroom Dinosaur School*, el que se detalla a continuación.

1.3.1. *The Incredible Years series*

La misión de las series de entrenamiento *The Incredible Years* es promover prácticas y estrategias basadas en la investigación, que fortalezcan desde edades tempranas en los niños las competencias sociales, la resolución de problemas y la reducción de agresividad en casa y escuela. Para esto se crearon tres tipos de entrenamientos, todos entrelazados y orientados a padres, maestros y niños de entre 2 y 8 años de edad y, dirigidos a múltiples factores de riesgo contextuales relacionados al desarrollo de trastornos de conducta en niños.

Inicialmente en 1980, se desarrolló y evaluó el programa básico para padres, mostrando tener éxito en el fomento de cambios positivos y duraderos en las interacciones padre-hijo y en la reducción de problemas de conducta de los niños en casa (Webster-Stratton, et al., 2001). Sin embargo, posteriormente en una evaluación de seguimiento se indicó que aproximadamente un tercio de estos niños aún mantenían dificultades considerables en la escuela y con sus pares (Webster-Stratton et al., 2001). Por este motivo, se desarrollaron dos componentes más: 1) el programa avanzado para padres, enfocado a la comunicación, manejo de ira y solución de problemas y, 2) el programa *Dina Dinosaur Curriculum* diseñado para enseñar habilidades sociales, estrategias de resolución de problemas y lenguaje emocional. La evaluación de estos componentes indicó que el efecto aumenta en términos de las relaciones con sus pares, resolución de problemas sociales y la colaboración marital.

Aún así seguía existiendo evidencia de que una proporción de niños y sus familias tenían dificultades para manejar las experiencias escolares y el trabajo

conjunto con los maestros. De hecho, un 40% de los niños mostró comorbilidad con otros problemas como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, así como retrasos en el aprendizaje y problemas de lenguaje. Debido a que estos problemas crean dificultades particulares en las aulas, con los profesores y con los compañeros, se realizó y evaluó el currículum de enseñanza para docentes en el uso de habilidades positivas en el manejo del aula y en la estimulación de competencias sociales, emocionales y académicas de los niños en la escuela. Han sido recientes evaluaciones de este programa las que han demostrado efectos significativos en la disminución de agresividad y aumento de competencias académicas en aula y escuela (Webster-Stratton et al., 2001).

Finalmente, con la ayuda de las diferentes adecuaciones al programa se logró un exitoso resultado, el cual se ha reflejado en diversas investigaciones (Hutchings, 2011; Miller et al., 2005; Webster-Stratton et al., 2004, 2008, 2010). Es por ello que se recomienda su temprana aplicación en las escuelas y, adicionalmente, en centros de salud para el tratamiento de niños diagnosticados con trastornos de conducta u oposicionista desafiante. Siguiendo ésta recomendación se ha implementado el programa *Classroom Dinosaur School* en el ámbito escolar español.

1.3.1.1. Classroom Dinosaur School curriculum

Este programa se basa en la teoría de aprendizaje social cognitivo de Bandura (1989), también conocida como teoría del aprendizaje vicario y, en la investigación sobre los tipos de déficits sociales, emocionales y cognitivos en niños con problemas de conducta (Dodge y Price, 1994; Ladd, Kochenderfer, y Coleman, 1997), así como en el cambio conductual por aprendizaje social.

Fue diseñado inicialmente para el tratamiento de niños (3 a 8 años de edad) diagnosticados con Trastornos Oposicionista Desafiante o con Trastorno de Conducta temprano. Sin embargo, después de llevar a cabo dos ensayos clínicos aleatorizados con población infantil diagnosticada, en los que se mostraron importantes mejoras en los problemas de conducta tanto en casa como en la escuela (Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton y Reid, 2003), fue revisado y adaptado para utilizarse por los profesores como un modelo preventivo desde niños pre-escolares hasta los primeros años escolares. Este programa tiene como propósito el mejorar el comportamiento escolar, enseñando y/o promoviendo habilidades sociales positivas y una buena interacción con pares, desarrollando estrategias apropiadas para el manejo de conflictos y control de la ira, reduciendo problemas de conducta. Se orienta a ayudar en la alfabetización emocional, la lectura, escritura y habilidades de comunicación, para así poder promover la autoestima, las competencias sociales, emocionales y académicas en los niños.

El programa se compone por una gran cantidad de técnicas, como videos y actividades específicas, que pueden ser utilizadas por los profesores, consejeros escolares, enfermeras y otros adultos que trabajen con los niños en centros pre-escolares y en centros de educación infantil y de primaria (hasta 3° de primaria), para mejorar las habilidades sociales y ayudar a la resolución de problemas.

1.3.1.1.1. Aspectos en los que se enfoca

De acuerdo a la autora Webster-Stratton (2004), este programa se centra en los siguientes elementos:

- Utilizar una filosofía de la enseñanza orientada al niño.

- Integrar principios de aprendizaje basados en evidencia empírica (investigación).
- Valorar las etapas de desarrollo y habilidades de los niños, aceptando las diferencias individuales en temperamento y estilos de aprendizaje.
- Considerar las oportunidades para la diversidad cultural.
- Promover una relación continua con los padres en todos los aspectos del programa y en el proceso de aprendizaje.
- Utilizar enfoques de aprendizaje que estén fundamentados en experiencia activa con compañeros y materiales.
- Integrar competencias académicas (por ejemplo, lectura, escritura, matemáticas, lenguaje oral) con competencias sociales.
- Incluir actividades que fomenten las decisiones de los niños y autonomía en el aprendizaje.
- Respetar las contribuciones de los niños y sus padres e incluir materiales adaptables para dirigirse a los temas que han sido significativos para los niños en el aula.
- Incorporar múltiples oportunidades diseñadas para fomentar el desarrollo del lenguaje y la alfabetización.

1.3.1.1.2. Material

El material utilizado para llevar a cabo el programa es el siguiente:

- El Manual del Líder por cada unidad a desarrollar: 1) Enseñar normas escolares, 2) Dar lo mejor de ti en la escuela, 3) Entender y detectar sentimientos, 4) Solucionar problemas, 5) Control de la rabia, 6) Ser Amigable y 7) Cómo hablar con los amigos.

En cada unidad se incluye el contenido que se presentará, sugerencias para practicar actividades y juegos, métodos para promover actividades recientemente aprendidas durante el día escolar, tareas, y ejemplos de las cartas para los padres explicando lo que se cubre en cada unidad.

- Planes de las Lecciones.
- Cuatro cuentos relacionados a las unidades de trabajo
- Títeres (de tamaño real de preferencia). Ayudan a enseñar los conceptos con mayor facilidad y a que los niños hablen con mayor facilidad, sobretodo de temas dolorosos y delicados.
- Tres discos compactos con escenas representativas del tema que se desarrolla ese día.
- Un manual de actividades para casa en el que los niños puedan reforzar lo aprendido en el aula, en compañía de sus padres.
- Material didáctico: tarjetas educativas que muestran imágenes de los conceptos más importantes del programa, tarjetas de soluciones básicas para preescolares y tarjetas de soluciones avanzadas para niños en primaria, y pegatinas para reforzar habilidades sociales.

1.3.1.1.3. Implementación

El programa ha sido diseñado para implementarse con todos los alumnos del aula, propiciando que los niños más pro-sociales modelen habilidades sociales apropiadas a niños menos competentes socialmente, y proveyendo a la clase un vocabulario común y pasos de resolución de problemas para utilizar en la solución de conflictos del día a día. En este sentido, la habilidad social es reforzada tanto para los niños en riesgo como para los niños agresivos, promoviendo las habilidades apropiadas de una manera

continua. Asimismo, la dosis de la intervención es magnificada mientras el/la profesor(a) da reforzamiento a los conceptos claves durante el día.

Se recomienda comenzar el programa al principio del año escolar y siguiendo la secuencia de las siete unidades, ya que cada una da pautas que conducen de forma sencilla y coherente a la siguiente. Los profesores de la escuela que impartan el programa deben ser previamente entrenados y familiarizados con el contenido, para su mayor fluidez y espontaneidad ante los niños.

El programa completo cuenta con dos currícula de impartición (ver Anexo 2), ya sea de uno o dos años académicos. Generalmente se desarrolla en 30 o 45 minutos por sesión, incluyendo las siguientes etapas: Se inicia haciendo la presentación del tema de la sesión de la unidad en la que se trabaja a través de los materiales descritos con pre-escolares, después se forma un medio círculo en el cual todos los niños tienen la posibilidad de discutir el tema y situación expuesta, posteriormente se reúne a los niños en grupos pequeños donde realizarán actividades relacionadas al tema que ayuden a integrar la información y éstas según la edad pueden repetirse varios días a la semana y, se finaliza realizando un cierre grupal haciendo una retroalimentación con los ejercicios que cada grupo hizo.

Sin embargo, esto debe ajustarse según las edades de impartición:

- Para los *preescolares*, es ideal ofrecer el programa 3 días a la semana. Se inicia con presentaciones de 15 minutos para todo el grupo, en las cuales los profesores/as utilizan videos, libros, psicodramas, y juegos, para estimular discusiones posteriores sobre las diversas situaciones. Esto es seguido por actividades de 15 - 20 minutos en grupos reducidos (6 - 4 niños por mesa),

que están diseñadas para practicar las habilidades enseñadas durante las presentaciones.

- Para los *niños en P5 y 1º de primaria*, el programa puede ser ofrecido 2 días a la semana. Comenzando con presentaciones de 20 minutos para grupos grandes o reducidos, seguidas por actividades especiales 4 - 5 veces por semana que son diseñadas para reforzar las habilidades aprendidas en las lecciones.
- Para los *niños de 2º y 3º de primaria*, se pueden enseñar las lecciones 1 vez a la semana en períodos de 30 minutos y con actividades de práctica para las habilidades aprendidas, al menos 3 veces por semana.

1.3.1.1.4. Evidencia empírica: Aplicación del programa Classroom Dinosaur School.

Existen pocas investigaciones que den cuenta de la aplicación de este programa de forma única. Sin embargo, tanto su aplicación en solitario como en conjunto con otro programa de esta serie (padres o profesores) muestra resultados significativos mejorando la salud mental, emocional y social de los niños.

- **Webster-Stratton, Reid y Hammond (2001b):**

En esta investigación 99 niños de 4 a 8 años de edad, fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención con el programa *Dinosaur Child-Training* (51 niños) o al grupo control (48 niños), todos ellos con inicio temprano de problemas de conducta. Se encontró que el grupo de intervención tuvo mayores reducciones en problemas de conducta (evaluación de padres) y menor agresividad con sus compañeros (evaluación de las profesoras). Este mismo grupo superó a los niños del grupo control en las medidas de

resolución de problemas sociales, incluyendo respuestas y variedad de estrategias positivas ante situaciones hipotéticas conflictivas.

- ***Brotman, Gouley, Chesir-Teran, Dennis, Klein, y Shrout (2005):***

Este estudio se llevó a cabo con el programa de padres y el *Dinosaur Social Skills and Problem-Solving Curriculum*, en el cual se examinó a 99 niños de edad pre-escolar, hermanos de jóvenes antisociales, y sus familias que fueron aleatoriamente asignados a grupo intervención (N=50) o grupo control (N=49). Se encontró una significativa reducción de estilos parentales negativos y un aumento de la estimulación parental para el aprendizaje del niño y competencias sociales de los niños hacia sus pares.

- ***Hutchings, Lane, Owen y Gwyn. (2004):***

Esta investigación se realizó con ocho niños de una escuela primaria, implementando el programa *Classroom Dinosaur School* en un aula específica para ello. Por un lado, los resultados mostraron efectos positivos en el rendimiento académico, en el desarrollo social y emocional y en la reducción de problemas conductuales. Y por el otro, también hubo evidencia de que las mejoras observadas se generalizaron a otros entornos, patio de recreo y casa, y a otros niños en la escuela.

- ***Reid, Webster-Stratton y Hammond (2007):***

En este estudio se evaluaron a 1,152 niños de 14 escuelas elementales, quienes fueron asignados aleatoriamente a grupo intervención o grupo control. Para esta investigación se llevaron a cabo intervenciones combinadas también con el programa de padres, *Parent Tranning* (PT) + *Children Tranning* (CT), comparándolo con la sola implementación para niños (CT) y al grupo escolar regular (control). Se observó que la versión PT+CT desarrolló una relación hijo-

madre mucho más fuerte y mostró resultados significativos de apoyo y de menor crítica de las madres hacia sus hijos en comparación con grupo CT y grupo control. Por su parte, las profesoras reportaron que PT+CT involucraba más a las madres en cuestiones escolares y que los niños tanto de esa condición como de solo CT tuvieron significativamente menores problemas exteriorizados respecto a los niños control.

- ***Webster-Stratton, Reid y Stoolmiller (2008):***

En esta investigación, a través de un ensayo aleatorio, se evaluaron los programas *Teacher Classroom Management* y el *Dinosaur School Curriculum* como programas de prevención universal para niños desde edades pre-escolares hasta segundo año de primaria. Participaron 153 profesores y 1,768 niños, de 120 aulas de 14 escuelas involucradas. Se reclutaron escuelas durante cuatro años consecutivos, con la finalidad de aliviar la carga del proyecto cada año. Las escuelas que fueron de grupo control un año, al siguiente fueron intervención. También por diseño de investigación, cada año se reclutaba un conjunto de escuelas nuevo y se les asignaba aleatoriamente a grupo intervención o control.

Los resultados indicaron que los profesores con intervención utilizaron estrategias de manejo del aula más positivas y sus alumnos mostraron mayor competencia social, mejor auto-regulación emocional y menores problemas de conducta en comparación con los profesores y niños de grupo control. Además, los profesores con intervención reportaron mayor involucramiento con los padres de sus alumnos.

- ***Hutchings, Bywater, Gridley, Whitaker, Martin y Gruffydd (2012):***

En este estudio participaron 24 niños, entre cinco y nueve años de edad, previamente identificados por sus profesores como candidatos idóneos para trabajar con ellos. 12 niños fueron elegidos aleatoriamente para estar en la intervención y los otros 12 en grupo control. Se llevó a cabo con dos programas preventivos: *Teacher Classroom Management* y *Classroom Dinosaur School*, además de integrar partes de la versión terapéutica del *Dinosaur School Curriculum*.

Los resultados de la muestra global, no demuestran diferencias significativas entre intervención y control, mejorando ambos a través del tiempo. Sin embargo, se encuentran mejoras respecto a los niños que tenían niveles más altos de psicopatología, quienes además desarrollaron el programa terapéutico.

El programa *Classroom Dinosaur School* ha sido reiteradamente aplicado y evaluado, existiendo diversos investigadores que han informado resultados positivos que dan cuenta de su eficacia tanto en pre-escolares como en escolares. Debido a lo anterior, la implementación de este programa por primera vez en España proporciona información científica que podría ayudar a la prevención de psicopatología en la población infantil. Es relevante destacar que el ámbito de aplicación del programa corresponde al segundo contexto de desarrollo más importante de un niño - la escuela. En este sentido, los resultados obtenidos aportarían además, conocimientos y herramientas a los profesores para crear un entorno protector, desde las relaciones que se establecen con ellos y sus pares, hasta el mismo reforzamiento en aulas y patios. Junto con todo lo anterior, esta primera aplicación también facilitará información que permita mejorar la implementación del programa y aumentar su efectividad en población infantil de España.

1.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La tesis doctoral presentada se planteó con el propósito de delinear con mayor precisión factores de riesgo o protección - biológico-individuales, socioculturales y contextuales- del desarrollo psicopatológico infantil y cómo estos benefician o perjudican la efectividad de programas de prevención en niños pre-escolares y escolares. Para ello, se desarrollaron tres estudios empíricos, los cuales se enmarcan en dos amplias investigaciones.

A partir de la primera investigación, se propuso examinar una población clínica infantil con dos de las sintomatologías internalizantes de mayor prevalencia en España, ansiedad y depresión. Por lo que se plantearon tres objetivos: 1) Describir las prevalencias de la sintomatología ansiosa y depresiva en función de sexo, edad y nivel socioeconómico, 2) Valorar la comorbilidad existente entre ambas sintomatologías y, 3) Evaluar si el tipo de temperamento ira/frustración explicaba parte de la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Conforme a la literatura e investigaciones revisadas, se esperaba encontrar una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en niñas, en participantes de nivel socio-económico bajo y en aquellos de mayor edad (10 años); además de un efecto significativo del temperamento de ira/frustración para el desarrollo de ambas sintomatologías. Para corroborar nuestras hipótesis se realizó el siguiente artículo científico:

Arratíbel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A., Laredo, A., Viñas, F. y Domènech-Llaberia, E.

(2010). ¿El rasgo temperamental ira/frustración afecta en la sintomatología interiorizada? Estudio en una muestra clínica infantil de 8-10 años. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 189-200

IN-RECS: 0.786

Los resultados obtenidos en la población clínica explorada en el estudio anterior nos llevan a enfatizar la necesidad de intervenir a edades tempranas para prevenir no solo trastornos interiorizados, sino también exteriorizados. Dado que el programa *Classroom Dinosaur School* posee un respaldo científico internacional importante, creemos que implementarlo y evaluar su efectividad en la prevención de sintomatología psicopatológica, por primera vez en España, será un valioso aporte tanto para el ámbito clínico como de investigación. Por esta razón, dentro de la segunda investigación, se desprenden dos estudios con los siguientes objetivos, respectivamente:

a) Realizar una pre-evaluación de la muestra normativa infantil a la cual se aplicaría el programa preventivo. Para ello se realizó: (1) la exploración de la sintomatología interiorizada y exteriorizada, la agresividad, los problemas con pares y las conductas prosociales, según edad, sexo y origen nativo o inmigrante y (2) la evaluación del efecto de las competencias pro-sociales y los problemas con pares sobre los problemas interiorizados y exteriorizados, dentro del contexto escolar infantil. De acuerdo a la literatura revisada, se esperaba que los niños de origen español presentaran mayores competencias pro-sociales y menor sintomatología de riesgo respecto a los niños inmigrantes. Además, se esperaba observar diferencias significativas según sexo, grado escolar y familia estable. Por lo que para verificar estas hipótesis se desarrolló el siguiente manuscrito:

Arratibel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A. and Carbonés, J. (2011). *How are social skills and problems with peers associated with internalized and externalized symptomatology in schoolchildren aged 4 to 7 years?* Manuscrito enviado para su publicación.

b) Realizar la post-evaluación de los efectos obtenidos por el programa *Classroom Dinosaur School* en los niños que lo desarrollaron. En este sentido, se valoraron los beneficios aportados por este programa, en términos de su efectividad al término de dos años académicos de su implementación. Adicionalmente, se analizó el rol de cuatro posibles factores de riesgo (temperamento, origen, sexo y grado escolar) para la determinación de la efectividad de la intervención. En este caso se esperaría que el programa aportara beneficios a toda la muestra, pero con mayores efectos positivos para los niños/as que iniciaron el programa (pre-evaluación) con un número de problemas mayor, de edad escolar, inmigrantes, y con niveles de temperamento adecuado para un desarrollo sano. Para valorar la funcionalidad y contribuciones de este programa se realizó el tercer manuscrito:

Arratibel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A. and Carbonés, J. (2011). *Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.*

Manuscrito enviado para su publicación.

2. ESTUDIOS EMPÍRICOS

2.1. ESTUDIO 1

¿El rasgo temperamental ira/frustración afecta en la sintomatología interiorizada? Estudio en una muestra clínica infantil de 8-10 años.

Arratibel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A., Laredo, A., Viñas, F. Y Domènech-Llaberia, E.
(2010). ¿El rasgo temperamental ira/frustración afecta en la sintomatología interiorizada? Estudio en una muestra clínica infantil de 8-10 años. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 189-200.

País de publicación: España

ISSN: 1134-7937

Editorial: SEAS (Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés)

Base: IN-RECS

Área: Psicología-Ciencias Sociales

Factor de impacto: 0.786

Posición de la revista en el área: 8º

Numero de revistas en el área: 108

Cuartil: 1º



2010, 16(2-3), 189-200

¿EL RASGO TEMPERAMENTAL IRA/FRUSTRACIÓN AFECTA EN LA SINTOMATOLOGÍA INTERIORIZADA? ESTUDIO EN UNA MUESTRA CLÍNICA INFANTIL DE 8-10 AÑOS

Arratibel Siles, María Luisa*, Jané Ballabriga, Ma. Claustre*, Bonillo Martín, Albert**, Laredo García, Andrés*, Viñas Poch, Ferran** y Doménech-Llaberia, Edelmira*

*Universitat Autònoma de Barcelona

**Universitat de Girona

Resumen: Los rasgos temperamentales ira/frustración pueden predecir la aparición de sintomatología interiorizada. El objetivo de este estudio fue identificar la relación del rasgo temperamental ira/frustración en la presentación de sintomatología ansiosa y/o depresiva en población clínica infantil. Participaron 80 niños/as de entre 8 y 10 años de edad, positivos en un cribado por ansiedad, de dos Centros de Salud Mental Infantojuvenil de Cataluña. Los resultados muestran que el rasgo temperamental de ira no es estadísticamente significativo para la sintomatología ansiosa, pero sí para la depresiva. El estudio muestra diferentes asociaciones entre este rasgo de temperamento y los tipos de sintomatología de ambos trastornos interiorizados para este rango de edad. Los parámetros diagnósticos y las evaluaciones deben tener en cuenta la importancia de esto, así como las estrategias de prevención.

Palabras clave: temperamento ira, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, niños de edad escolar, muestra clínica.

Abstract: Trait anger temperament can predict the onset of internalizing symptoms. The aim of this study was to analyze the relationship between anger temperament and the onset of anxiety and depressive symptoms in clinical school age children. Participants were 80 children with high scores in anxiety, aged 8 to 10 years old, recruited from two infant and adolescent mental health centers in Catalonia. Results showed that anger temperament is not associated with anxiety symptoms, but it is significantly associated with depressive symptoms. The study shows a different association between this temperament trait and the types of symptomatology of both internalizing disorders at these ages. Diagnostic parameters and assessments, as well as the prevention strategies used, need to take this into account.

Key words: anger temperament, anxiety symptoms, depressive symptoms, schoolchildren, clinical sample.

Title: *Is trait anger temperament associated to internalizing symptomatology? Study in a clinical sample of 8 to 10-year-old*

Rothbart y Derryberry (1981) definen el temperamento como el conjunto de diferencias individuales tempranas en la reactividad y la auto-regulación de las emociones y el arousal. Aún teniendo origen constitucional, es influido a lo largo del desarrollo por factores tanto hereditarios como ambientales. Lahey (2004) añade que el temperamento puede ser visto como la forma

más simple y temprana de comportamiento socioemocional, y donde se asentarán las formas más complejas de comportamiento.

Entre los muchos rasgos que constituyen el temperamento están aquellos caracterizados por un afecto negativo, como ira/frustración, malestar, dificultad para auto-regularse y miedo (Rothbart, Ahadi, & Hershey, 1994). La semejanza entre estos rasgos y los síntomas de los trastornos de ansiedad y la depresión, ha causado que el estudio de la asociación entre temperamento y psicopatología infantil esté en plena actualidad (Anthony, Lonigan, Hooe & Philips, 2002; Rettew, Copeland, Stanger

*Dirigir la correspondencia a:

María Luisa Arratibel Siles
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
Vila Universitaria H104
08193, Bellaterra (Barcelona)
ps.mlas@gmail.com

© Copyright 2010: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

& Hudziak, 2004; Rettew, Doyle, Kwan, Stanger & Hudziak, 2006). La literatura recoge de manera persistente la relación entre el temperamento basado en el afecto negativo en la infancia temprana y el surgimiento de altos niveles de ansiedad y depresión en niños/as en edad escolar (Axelson & Birmaher, 2001; Masi et al., 2003; Rapee & Szollos 2002; Watson, 2005).

Así, un rasgo de ira/frustración excesivamente acentuado se considera característico en aquellos niños/as que se enfadan fácilmente cuando no obtienen lo que quieren (Rothbart, Ahadi & Hershey, 1994). Además, un temperamento difícil puede entorpecer la interacción del niño/a con su entorno, causar un nivel de tensión y preocupación importante, y relacionarse con la aparición de trastornos interiorizantes. En la misma línea, Masi et al. (2003) indicaron que la reactividad negativa está más presente entre sujetos con sintomatología ansiosa -o ansiosa-depresiva- que entre aquellos con problemas de aprendizaje o en una muestra no clínica.

El modelo propuesto por Clark, Watson, y Mineka (1994) considera el afecto negativo como factor general de la ansiedad y la depresión, contribuyendo así a explicar tanto la comorbilidad entre trastornos como entre sintomatologías -por ejemplo, tristeza, llanto, poca agitación e irritabilidad (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007). En esta línea, se ha postulado que una diferencia entre ambas sintomatologías podría radicar en que los niños ansiosos y depresivos pueden presentar altos niveles de afecto negativo, pero sólo éstos últimos muestran niveles bajos de afecto positivo (Lonigan, Carey & Finch, 1994). Otros investigadores defienden que la comorbilidad entre depresión, ansiedad generalizada y pánico se explica más por una coincidencia de sus síntomas que por una concurrencia entre trastornos distintos (Beuke, Fischer & McDowall, 2003; McWilliams, Cox & Enns, 2001).

Según Goldman y Hagga (1995), las personas deprimidas inhiben la expresión de la ira por el temor a sus consecuencias. Fava, Anderson y Rosenbaum (1990) detallan una serie de casos de episodios súbitos de ira; algunos de ellos presentaron trastornos de pánico que derivaron posteriormente a depresiones, mientras que otros manifestaron depresiones que derivaron en ansiedad secundaria. Para Saarni (1999), tanto la inhibición de la ira, como su expresión poco regulada o un afrontamiento mal adaptativo de ésta, así como la tristeza mal regulada son predictores significativos de síntomas interiorizados.

En edad escolar, la prevalencia de patologías interiorizadas en población clínica infantil varía entre un 20% y 30%. Centrándonos en la ansiedad, se considera que actúa como un sistema de protección que nos ayuda a reaccionar ante estímulos de peligro, pero si ésta es excesiva, resta capacidad de reacción y puede llegar a convertirse en un trastorno importante (Mínguez & Becoña, 2007). La edad media de inicio de los trastornos de ansiedad se sitúa entre los 10 y 12 años de edad (Rutter, 1989), siendo los más comunes entre los 7 y 9 años el de ansiedad por separación y las fobias específicas, mientras que entre los 10 y 13 años lo es la ansiedad excesiva (Costello & Angold, 1995). De acuerdo con Compton, Nelson y March (2000), Pine, Cohen, Gurley, Brooke y Ma (1998) y Pollock et al. (2002), las niñas tienden a presentar más subtipos de ansiedad a lo largo de las etapas del desarrollo.

Para la depresión y la distimia infantil, se describen prevalencias de entre un 2% 4% y un 6% 8%, respectivamente, en países del primer mundo. En España, un estudio realizado por Doménech y Polaino (1990) en niños de 8 a 11 años encontró que el 1.8% presentaba depresión y el 6,4% distimia. En cuanto al sexo, las niñas presentan más sintomatología a partir de los 12 años (del Barrio, 1997). Cabe remarcar

que los índices de ansiedad y depresión, en general, son mayores entre personas con bajo nivel socioeconómico y sociocultural (Amone-P'Olak et al., 2009; Ayer & Hudziak, 2009; Lemos, 2003; Pine et al., 1998).

Por todo ello, el objetivo principal de este estudio es evaluar, en niños clínicos en edad escolar, la relación que se da entre el temperamento ira/frustración y la sintomatología ansiosa y depresiva. Se plantearon pues tres objetivos específicos: 1) describir las prevalencias de la sintomatología ansiosa y depresiva en función de sexo, edad y nivel socioeconómico, 2) analizar la relación entre la ansiedad y la depresión y, 3) evaluar si el tipo de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Apoyados por la literatura revisada, se hipotetiza una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en niñas, en participantes de nivel socio-económico bajo y en aquellos de mayor edad (10 años). Dada la alta comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, se espera encontrar una alta relación entre ambas. Finalmente, se espera que el temperamento de ira/frustración presente un efecto estadísticamente significativo para ambas sintomatologías.

Método

Participantes

Fueron reclutados 80 niños/as, de entre 8 y 10 años de edad, asistentes a los Centros de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) de Mútua de Terrasa y de Mútua de Girona. El criterio de inclusión fue el ser clasificado como positivo en ansiedad, bien por sus respuestas a la entrevista HoNOSCA o al SCARED. El criterio de exclusión fue la presencia de retraso mental o de algún trastorno generalizado del desarrollo. En la Tabla 1 se muestra una descripción sucinta de los aspectos sociodemográficos, familiares y de salud de los participantes.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos para padres (Domènech-Llaberia, Canals, Viñas & Jané, 1998; Laredo et al., 2007). Contestado por los padres, recoge datos sociodemográficos, familiares y de salud de los niños y de su familia. Incluye el *Four Factor Index of Social Status* (Hollingshead, 1975), que valora el nivel socioeconómico de los padres.

Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA; Gowers et al., 1999). Cumplimentada por el profesional clínico, se trata de una entrevista clínica que criba trece áreas de la psicopatología infantil, siendo de relevancia para el estudio el área 9, que recoge síntomas emocionales y relacionados. La escala de respuesta va desde 0 no presenta el problema hasta 4 problema severo o muy severo. En muestras clínicas infantojuveniles ha demostrado una fiabilidad entre observadores entre buena, con correlaciones intraclase (CCI) de .82 para síntomas psiquiátricos, y moderada, con CCI de .42 .61 para dificultades físicas y sociales (Garralda, Yates & Higginson, 2000; Gowers et al., 1999). En el presente estudio y de acuerdo con Gowers et al. (1999) se consideran clínicamente significativas en sintomatología ansiosa/depresiva las puntuaciones iguales o superiores a 2 en el área 9.

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1997; Adaptación española, Domènech-Llaberia & Martínez, 2003). Escala dimensional contestada por el niño, ayuda a la detección precoz de trastornos de ansiedad. Está formada por cinco dimensiones que corresponden a los trastornos de ansiedad del DSM-IV, es decir, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos de ansiedad por separación (TAS), fobia social, fobia escolar, y crisis de pánico. Además, proporciona una puntuación total de ansiedad que propone el autor si sobrepasa el

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas, familiares y de salud de los participantes.

Muestra clínica	(n =80)	
	N	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	31	38.8
Masculino	49	61.2
<i>Edad</i>		
10 años	32	40
9 años	28	35
8 años	20	25
<i>Nivel socio-económico</i>		
Bajo	23	33.3
Medio-bajo	24	34.8
Medio	16	23.2
Medio-alto	6	8.7
<i>Tipo de familia</i>		
Uniparental	6	8
Separados sin pareja	6	8
Separados con pareja	11	14.7
Nuclear	52	69.3
<i>Hijos únicos</i>	15	20
<i>Familiar c/ tr. mental</i>		
Ninguno	39	51.3
Madre	13	17.1
Hermanos	8	10.5
Abuelos	6	7.9
Otros	10	13.2
<i>Tr. mental del familiar</i>		
Ninguno	39	62.9
Depresión	8	12.9
Otros	15	24.2

valor 25 puede considerarse positivo en ansiedad general.

En el primer estudio tras su adaptación, Doménech-Llaberia y Martínez (2003) mostraron cómo su validez convergente, la de constructo y la discriminante son altas. La fiabilidad test retest de la puntuación total obtiene un alpha de Cronbach de .83, mientras que los valores de las subescalas son más moderados (.44 a .68). Sin embargo, y en un estudio más reciente llevado a cabo con una muestra más amplia (Vigil-Colet et al., 2009) se hallan valores de fiabilidad más altos (.69 y .78).

Child Symptom Inventory 4 versión para padres (CSI-4, Gadow & Sprafkin, 1994, 2002; Adaptación española, Canals, 2003). A partir de un sistema criterial basado en el DSM-IV (APA, 1994), permite identificar la presencia de psicopatología en niños de 5 a 12 años de edad. La versión aplicada posee 97 ítems que evalúan 15 trastornos emocionales y conductuales. Tiene una validez discriminante y una consistencia interna muy satisfactorias en todos los factores que componen el instrumento, con alphas de Cronbach de .79 a .98 para las categorías diagnósticas de ansiedad

y de depresión (Canals, 2003). Puede corregirse de forma criterial o dimensional.

The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ versión 3.0; Simonds & Rothbart, 2004). Contestado por los padres, está diseñado para medir el temperamento en niños de 7 a 10 años de edad. El instrumento original contiene 17 dimensiones que se agrupan en 4 factores. En este estudio se utiliza la versión experimental de 54 ítems, que forman 6 dimensiones, una de las cuales es la Ira/Frustración (alpha de .83; Simonds & Rothbart, 2004).

Procedimiento

El reclutamiento transcurrió entre marzo del 2006 y diciembre del 2007 entre aquellos niños de edades comprendidas entre 8 y 10 años que realizaban su primera visita a los CSMIJ de Mútua de Terrasa o de Mútua de Girona. Tras firmar los padres el consentimiento informado de su participación, los clínicos implicados en la investigación, que habían recibido entrenamiento para ello, cumplimentaban la HoNOS-CA. Después, los clínicos entregaban a los padres el dossier con las escalas que debían contestar, bien en ese momento o en casa. Los miembros del equipo de investigación resolvieron las dudas de los padres sobre cualquier aspecto de la investigación o de los instrumentos. Cabe decir que aceptaron participar todos los padres a los que se les ofertó.

Puesto que se trata de una muestra obtenida de forma incidental, el diseño se puede clasificar como no experimental transversal analítico.

Análisis estadísticos

Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 se analizaron los datos de acuerdo con los objetivos e hipótesis de la investigación. Por un lado, decir que las prevalencias han sido calculadas respecto a los totales de valores válidos de las variables implicadas en cada caso. Además, se

han realizado correlaciones de Pearson para estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa –medida mediante el SCARED– y la sintomatología depresiva, medida mediante el CSI 4; para ello se ha utilizado la corrección dimensional de las pruebas. Para la valoración de la fiabilidad de la escala de ira/frustración del TMCQ se utilizó el procedimiento RELIABILITY de SPSS.

Finalmente, se calculan análisis de regresión múltiples, lineal y logística, utilizando como variable predictora el temperamento de ira/frustración y, como variables criterio la sintomatología ansiosa medida mediante la corrección dimensional del SCARED– y la depresiva medida mediante la corrección criterial del CSI 4, respectivamente. Estos análisis se realizaron incluyendo como variables de confusión o de ajuste– aquellas así reconocidas por la literatura, esto es el sexo, la edad, el nivel socioeconómico (SES), la presencia de acontecimientos vitales estresantes (AVES) y ser hijo único. Siguiendo las directrices de múltiples autores (Doménech & Navarro, 2008; Kleinbaum, Kupper, & Morgenstern, 1982; Rothman, 1987) y puesto que se utiliza la regresión como medio para medir un efecto y no con objeto predictivo, se muestran sólo los coeficientes *b* de interés, y sus respectivas Odds Ratio (OR) en el caso de las regresiones logísticas.

Resultados

Consistencia interna del factor ira/frustración en el TMCQ

Dado que el TMCQ se encuentra en versión experimental en este estudio se realizó una prueba de consistencia interna –es decir, fiabilidad del factor ira/frustración. El alpha de Cronbach es moderadamente alto (.733), especialmente teniendo en cuenta que la dimensión consta de sólo 7 ítems.

Tabla 2. Frecuencias y prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva por sexo, edad y nivel socioeconómico.

Entidades Nosológicas	Total			Femenino				Masculino				SES		
	8	9	10	Total	8	9	10	Total	8	9	10	Bajo	Medio	Medio-Alto
	N=79	N=6	N=13	N=12	N=31	N=14	N=15	N=19	N=48	N=23	N=24	N=24	N=16	N=5
Ansiedad	N	36	2	4	6	12	7	6	11	24	9	13	8	2
Total	(%)	(45.6)	(33.3)	(30.8)	(50)	(38.7)	(50)	(40)	(57.9)	(50)	(39.1)	(54.2)	(50)	(40)
Pánico/	N	26	3	3	4	10	5	3	8	16	6	10	5	2
S. Soma	(%)	(32.9)	(50)	(23.1)	(33.3)	(32.3)	(35.7)	(20)	(42.1)	(33.3)	(26.1)	(41.7)	(31.3)	(40)
TAG	N	22	1	2	5	8	3	3	8	14	4	10	3	2
	(%)	(27.8)	(16.7)	(15.4)	(41.7)	(25.8)	(21.4)	(20)	(42.1)	(29.2)	(17.4)	(41.7)	(18.8)	(40)
TAS	N	56	4	10	9	23	10	11	12	33	12	20	12	3
	(%)	(70.9)	(66.7)	(76.9)	(75)	(74.2)	(71.4)	(73.3)	(63.2)	(68.8)	(52.2)	(83.3)	(75)	(60)
Fobia	N	14	0	2	4	6	2	2	4	8	3	7	3	0
Social	(%)	(17.7)	(0)	(15.4)	(33.3)	(19.4)	(14.3)	(13.3)	(21.1)	(16.7)	(13)	(29.2)	(18.8)	(0)
Fobia	N	24	1	4	3	8	3	3	10	16	12	3	5	1
Escolar	(%)	(30.4)	(16.7)	(30.8)	(25)	(25.8)	(21.4)	(20)	(52.6)	(33.3)	(52.2)	(12.5)	(31.3)	(20)
Depresión	N	14	1	2	4	7	2	2	3	7	4	3	5	0
	(%)	(17.7)	(16.7)	(15.4)	(33.3)	(22.6)	(14.3)	(13.3)	(15.8)	(14.6)	(17.4)	(12.5)	(31.3)	(0)
Distimia	N	23	1	3	4	8	6	2	7	15	7	7	6	0
	(%)	(29.1)	(16.7)	(23.1)	(33.3)	(25.8)	(42.9)	(13.3)	(36.8)	(31.3)	(30.4)	(29.2)	(37.5)	(0)

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación; Pánico/ S. Soma: Pánico/ Síntoma somático; SES: Socio-economic Status

Tabla 3. Correlaciones entre sintomatología ansiosa y depresiva en niños

	Pánico/ Síntomas somáticos	Ansiedad generalizada	Ansiedad separación	Fobia Social	Fobia Escolar	Depresión	Distimia
Ansiedad Total	.76**	.81**	.79**	.75**	.38**	.18	.28*
Pánico/ S.somáticos		.54**	.46**	.35**	.14	.28*	.43**
TAG			.53**	.48**	.12	.19	.25*
TAS				.55**	.29*	.11	.11
Fobia Social					.32**	.06	.11
Fobia Escolar						-.17	-.12
Depresión							.65**

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación. **: $p < .01$; * $p < .05$ *Prevalencia de ansiedad y depresión por sexo, edad y SES*

Los datos de prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva respecto a las variables sexo, edad y nivel socio-económico se muestran en la Tabla 2. Cabe mencionar que ninguna de las pruebas de Chi cuadrado realizadas resultó estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño de la muestra. No obstante, y siempre a nivel descriptivo, y observando las prevalencias totales, vemos cómo la más frecuente es, con mucha diferencia, la ansiedad por separación y cómo la más minoritaria es la fobia social. Si observamos las diferencias por sexo, sí se observa una mayor proporción de ansiedad -medida mediante la puntuación total- en niños que en niñas, independientemente de la edad. También es ligeramente superior en varones la proporción de todos los subtipos de ansiedad, a excepción de la sintomatología de ansiedad por separación. Si nos centramos en la edad, no parece observarse ningún tipo de relación lineal entre ésta y la sintomatología ansiosa. En cuanto a la sintomatología depresiva, se observa la mayor prevalencia en niñas de 10 años, mientras que en la distimia se da en niños y a los 8 y 10 años de

edad.

En cuanto al análisis del nivel socio-económico, el mayor riesgo de sintomatología ansiosa se da en el nivel medio-bajo, con la única excepción de la fobia escolar. En cuanto a la depresión y a la distimia, las mayores prevalencias se observan en el nivel medio.

Relación entre los valores de sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva

Más allá de las relaciones obvias entre subtipos de ansiedad y entre depresión y distimia, las asociaciones que se encuentran significativas entre ambas sintomatologías pero de magnitud moderada- son entre pánico/somatización y depresión, mientras que con la sintomatología distímica lo son los valores sintomatológicos de ansiedad total, pánico/somatización y TAG (Tabla 3).

Relación entre el temperamento ira/frustración y la sintomatología ansiosa

Con la finalidad de evaluar si el factor de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa se realizaron análisis de regresión lineal (Tabla 4), incluyendo las variables de ajuste antes mencionadas. Es importante comentar que

Tabla 4. Efecto del temperamento de ira en la sintomatología ansiosa en niños

Entidades Nosológicas	B	Error Estándar	Significación	Intervalo Confianza 95%	
Ansiedad Total	.24	.24	.31	-.23	.71
Pánico/ S.soma	.07	.08	.41	-.10	.23
TAG	.06	.07	.38	-.08	.21
TAS	.08	.07	.25	-.06	.21
Fobia social	.06	.07	.42	-.08	.20
Fobia Escolar	.02	.03	.46	-.09	.04

TAG: Trastorno Ansiedad generalizada; TAS: Trastorno Ansiedad por separación; Pánico/ S. Soma: Pánico/ Síntoma somático. Ajustadas por edad, sexo, SES y AVE.

Tabla 5. Efecto del temperamento de ira en el riesgo de depresión en niños

Entidades Nosológicas	Odds Ratio	B	Error Estándar	Significación	Intervalo Confianza 95%	
Depresión	1.19	.17	.09	.04	1.00	1.40
Distimia	1.05	.05	.06	.40	.94	1.18

Ajustadas por edad, sexo, SES y AVE.

la variable de temperamento de ira en ninguno de los casos es estadísticamente significativa.

Relación entre el temperamento ira/frustración y el riesgo de sintomatología depresiva y distímica

Asimismo, se calcularon regresiones logísticas para modelar la presencia de sintomatología depresiva a partir del temperamento de ira. En la Tabla 5 se puede observar que el temperamento de ira únicamente muestra un valor significativo respecto a la depresión: cada punto en éste multiplica por 1.187 el riesgo de sintomatología depresiva, es decir, que ésta aumenta un 19%.

Discusión

La presente investigación perseguía diversos objetivos. El primero de ellos era conocer la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva por sexo, edad y nivel socioeconómico en una muestra clínica. Considerando los resultados, existen datos

importantes a observar en relación a los diferentes valores sintomatológicos.

En este estudio se confirma lo que investigadores como Compton et al. (2000), y Pollock et al. (2002) hallan, que la ansiedad por separación es uno de los trastornos más comunes con alta prevalencia en ambos sexos, siendo mayor en niñas. De hecho, el ser niña se considera un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas interiorizados (Pine et al., 1998; Pollock et al., 2002), y así se observa en la sintomatología de TAS. Este hallazgo se ha justificado en que las primeras separaciones del vínculo familiar son más intensas para las niñas que para los niños (Vasta, Haith & Miller, 1996) ya que además de mantener una buena relación madre/padre-hija ahora también deben aprender y adaptarse a un nuevo medio social escolar, donde buscará cumplir con nuevas normas y mantener relaciones satisfactorias con sus pares. Además, el acceso a un nuevo medio social y la expresión de sentimientos se manifiestan de manera distinta en niños que en niñas: las ni-

ñas más “emocionales”, los niños más “comportamentales”. No obstante, los síntomas de TAS pueden manifestarse igual en ambos sexos.

En relación a los diferentes grupos de edad que se analizaron, se corrobora que la edad de inicio habitual de sintomatología ansiosa es a los diez años, como ya lo han afirmado Compton et al. (2000) y Pine et al. (1998). En el caso de la sintomatología de TAS, el mayor porcentaje se da a la edad de los nueve años. Esto nos lleva a considerar la importancia de las nuevas responsabilidades exigidas en el ciclo medio de la educación primaria, que comportan una mayor demanda de habilidades sociales y académicas, lo que a su vez puede generar altos niveles de estrés y traducirse en una mayor sensibilidad emocional. Por su parte, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en niñas de 10 años de edad y la mayor distimia en niños de 8 y 10 años contrastan con lo hallado por del Barrio (1997) que no encontró diferencias entre sexos hasta entrada la pubertad. El nivel socioeconómico bajo incide en el desarrollo de la ansiedad (Horwath & Weissman, 1995; Pine et al., 1998). En los resultados de nuestro estudio ha sido así para la fobia escolar y la distimia, pero la clase socioeconómica media-baja y media son las más afectadas por los subtipos de ansiedad y la depresión, respectivamente.

En referencia al segundo objetivo, se buscaba estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa y la depresiva. En nuestro estudio se confirma parcialmente lo hallado por Beuke et al. (2003) y McWilliams et al. (2001), ya que ellos también encuentran relación entre depresión y pánico/síntomas somáticos, pero no entre éstos últimos y distimia y/o TAG, como hemos encontrado en esta muestra.

En relación al tercer objetivo -evaluar si el factor de temperamento ira/frustración explica parte de la sintomatología ansiosa y

depresiva hemos encontrado que el factor temperamental de ira no se relaciona con la sintomatología ansiosa, pero sí con la depresiva. Otros autores hallan relación de ira/frustración tanto para la ansiedad como para la depresión (Axelson & Birmaher, 2001; Lonigan et al., 1994; Masi et al., 2003). Una explicación a nuestros hallazgos es que el temperamento de ira en la ansiedad suele ser un mecanismo de defensa mientras que en la depresión se presenta como un síntoma. Goldman y Hagga (1995) ya manifestaron la posibilidad de evitar la manifestación de ira por el temor a las consecuencias a esa expresión. A lo largo del ciclo escolar, los niños adquieren habilidades para reprimir el afecto negativo, siendo las presiones sociales las responsables de estas tendencias. Muchas culturas estimulan a los niños a comunicar sentimientos positivos y a inhibir manifestaciones emocionales desagradables, mientras que el enseñarles a expresar adecuadamente emociones negativas sería la mejor opción. Sin embargo, más allá del temperamento, la relación entre ira, depresión y ansiedad es explicada por las tesis de Fava, Anderson, y Rosenbaum (1990), que afirman que los ataques de ira se manifiestan en la depresión y al no ser tratados podrían conducir a una ansiedad secundaria.

En este estudio existen algunas limitaciones. Además de ser conveniente replicar el estudio en una muestra más amplia, el instrumento de medición de temperamento está en fase experimental, pese a que el alpha de Cronbach (.73) del factor ira habla bien de su fiabilidad. Respecto a directrices futuras, sería conveniente estudiar cómo la psicopatología parental (Ginsburg, Grover & Ialongo, 2004; Masi et al., 2003; Palafox et al., 2008) y los estilos educativos interactúan con la base temperamental. Finalmente, se propone evaluar el temperamento de manera dimensional.

La aportación de esta investigación está en ser una de las primeras que estudia el efecto del factor temperamental de ira sobre sintomatología interiorizada en población clínica infantil española. Esta investigación puede ser un primer paso para establecer parámetros de evaluación y seguimiento de este tipo de sintomatología y ayudar al mejor diagnóstico y tratamiento de estos niños. La detección de rasgos de temperamento, factores medioambientales, sociales, familiares e individuales relacionados con sintomatología psicopatológica podría ayudar a crear programas de prevención y de intervención para evitar el desarrollo de futuros problemas afectivo-emocionales y conductuales que suelen

afectar a áreas importantes del crecimiento en los niños.

Agradecimientos

Se agradece a los Centros de Salud Mental Infantojuvenil de Mútua de Terrasa y Mútua de Girona por su cooperación y ayuda para el desarrollo de este estudio. Este trabajo ha sido realizado con la ayuda del FONDO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA F.I.S. (Núm. 040978).

Artículo recibido: 22-07-2009
aceptado: 03-02-2010

Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G. & Spielberger, C.D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30, 33-41.
- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Amone-P'Olak, K., Ormel, J., Huisman, M., Verhulst, F., Oldehinkel, A. & Burger, H. (2009). Life stressors as mediators of the relation between socioeconomic position and mental health problems in early adolescence. The TRAILS study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1031-1038.
- Ayer, L. & Hudziak, J. (2009). Socioeconomic risk for psychopathology: The search for causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 982-983.
- Anthony, J.L., Lonigan, C.J., Hooe, E.S. & Philips, B.M. (2002). An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 480-490.
- Axelson, D. & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.
- Beuke, C., Fischer, R. & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Canals, J. (2003). *Adaptación española del Child Symptom Inventory-4*. Manuscrito no publicado. Universitat Rovira I Virgili.
- Clark L.A., Watson, D. & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-115.
- Compton, S.N., Nelson, A.H. & March, J.S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Costello, E.J. & Angold, A. (1995). Epidemiology. In J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York: Guilford Press.
- Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.

- Domènech-Llaberia, E., Canals, J., Viñas, F., & Jané, M.C. (1998). *Cuestionario de datos sociodemográficos para padres*. Manuscritos no publicados, UAB.
- Domènech-Llaberia, E. & Martínez, M. (2003). Versión española del "Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder" y primeros resultados de validación. Actas 43 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, p.13.
- Domenèch, E. & Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Fava, M., Anderson, K. & Rosenbaum, J.F. (1990). Anger attacks: possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867-870.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (2002). *Child symptom inventory4: Screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gándara, V.B. (2005). Temperamento. In L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp.113-145). Barcelona: Masson.
- Garraalda, M.E., Yates, P. & Higginson, I., (2000). Child and adolescent mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Ginsburg, G.S., Grover, R.L. & Ialongo, N. (2004). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: relation with current and long-term child outcomes. *Child and Family Behavior Therapy*, 26, 23-41.
- Goldman, L. & Hagga, D.A.F. (1995). Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183, 505-509.
- Gowers, S.G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. et al. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioral disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Hollingshead, A. (1975). *Four-factor index of social status*. Manuscrito no publicado, Yale University, Department of Sociology, EEUU.
- Lahey, B.B. (2004). Role of temperament in developmental models of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 88-93.
- Laredo, A., Jané, M.C., Viñas, F., Mitjavila, M., Pla, E., Pi, M., et al. (2007). Temperamental dimension and anxiety problems in a clinical sample of three-to-six year old children: A study of variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 399-407.
- Lemos, S. (2003). La Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19-28.
- Lonigan, C.J., Carey, M.P. & Finch Jr., A.J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: negative affectivity and the utility of self-reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1000-1008.
- Masi, G., Mucci, L., Favilla, L., Brovedani, P., Millepiedi, S. & Perugi, G. (2003). Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and in their families. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 245-251.
- McWilliams, L., Cox, B. & Enns, M. (2001). Self-report differentiation of anxiety and depression in a mood disorders sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 125-131.
- Mínguez, M.C. & Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13, 41-50.
- Palafox-Luévano, I. N., Janéi-Ballabriga, M. C., Viñas, F., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G., et al. (2008). Sintomatología ansiosa y estilos de crianza en una muestra clínica de preescolares. *Ansiedad y Estrés*, 14, 71-80.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Pollock, R.A., Carter, A.S., Avenevoli, S., Dierker, L., Chazan-Cohen, R. & Merikangas, K. (2002). Anxiety sensitivity in adolescents at risk for psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 343-353.
- Rapee R.M. & Szollos A.A. (2002). Developmental antecedents of anxiety in childhood. *Behavior Change*, 19, 146-157.
- Rettew, D.C., Copeland, W., Stanger, C. & Hudziak, J.J. (2004). Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 383-391.
- Rettew, D.C., Doyle, A.C., Kwan, M., Stanger, C. & Hudziak, J.J. (2006). Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 931-945.
- Rettew, D.C. & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental Psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 14-27.

- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A. & Hershey, K.L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 21-39.
- Rothbart, M.K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M.E. Lamb & A.L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1., pp. 37-86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
- Simonds, J. & Rothbart, M. K. (2004, October). *The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ): A computerized self-report measure of temperament for ages 7-10*. Poster session presented at the Occasional Temperament Conference, Athens, GA.
- Strauss, C.C., Last, C.G. & Hersen, M. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 57-68.
- Vasta, R., Haith, M.M. & Miller, S. (1996). *Psicología infantil*. Barcelona: Ariel.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Hernández-Martínez, C., et al. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 313-327.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.

2.2. ESTUDIO 2

How are social skills and problems with peers associated with internalized and externalized symptomatology in schoolchildren aged 4 to 7 years?

Arratíbel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A., and Carbonés, J. (in revision). *How are social skills and problems with peers associated with internalized and externalized symptomatology in schoolchildren aged 4 to 7 years?* Manuscript submitted for publication.

Revista: Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment

País de publicación: United States

ISSN: 0882-2689 (print version)/ 1573-3505 (electronic version)

Editorial: Springer

Base: Journal Citation Reports

Área: Psicología Clínica

Factor de impacto: 1.554

Posición de la revista en el área: 50

Numero de revistas en el área: 109

Cuartil: 2

How are social skills and problems with peers associated with internalized and externalized symptomatology in schoolchildren aged 4 to 7 years?

Arratíbel Siles, María Luisa *; Jané Ballabriga, M. Claustre *; Bonillo Martín, Albert **
and Carbonés, Jaume ***

* Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, Edifici B, 08193

** Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, Edifici B, 08193

*** Departament d'Ensenyament, Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP), Vic, Osona, 08500

Corresponding author:

María Luisa Arratíbel Siles

Universitat Autònoma de Barcelona, Department of Clinical and Health Psychology

Edifici B -Faculty of Psychology, Office B5-158.36, Campus UAB

08193, Bellaterra

E-mail: ps.mlas@gmail.com (M.L. Arratíbel)

Phone: +34 93 581 1166

Abstract

This study examined the effect of social skills and problems with peers on the early symptoms of internalized and externalized problems, as the pre-test for a longitudinal study. Children aged 4 to 7 years were recruited from 7 schools in the region of Osona (Spain) and assessed with three measures: one for symptomatology (Caregiver-Teacher Report Form/Teacher Report Form, C-TRF/ TRF), another for aggressiveness (Peer Conflict Scale, PCS, from the ECI-4) and a third for prosocial skills and problems with peers (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ). The results showed that problems with peers are significantly associated with the development of both types of psychopathological symptoms; however, having prosocial skills reduced externalized symptoms and showing less aggressiveness reduced internalized symptoms. Therefore, this study highlights the importance of the development of prosocial skills as a protective factor for overcoming or preventing significant psychopathological traits.

Key words: Social skills; internalized and externalized symptoms; native children; immigrant children.

Introduction

Social skills have been defined in various ways, but all the various definitions coincide on the fact that they are a primary component for healthy functioning and development beginning from early relationships and continuing through different social interactions throughout one's life. These skills are an organizational construct that reflect the child's capacity to integrate behavioral, cognitive and affective skills in order to adapt to diverse social contexts in a flexible way, as well as to obtain successful outcomes from interacting with others (Bierman & Welsh, 2000; Spence & Donovan, 1998). Therefore, social skills help to define whether a person works well in relation to others; in particular, they help us know how to strike up and develop close relationships.

Social skills have a significant long-term influence upon psychological, academic and adaptive functioning (Jane et al., 2006; Reid, Webster-Stratton, & Hammond, 2007). Thus, poor development of social skills together with difficulties in relations with peers, family and teachers are associated with many forms of psychopathology, including depression (Segrin, 2000), conduct disorders (Gaffney & McFall, 1981) and social phobia (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999).

Moreover, according to several studies (Masten, Burt, & Coatsworth, 2006; Masten et al., 2005), there is bi-directionality between psychopathology symptoms and a lack of prosocial skills, since these can undermine one another. On the one hand, having difficulties processing social information, as well as inappropriate social behavior resulting from psychopathological symptoms, can disrupt the development of prosocial skills and successful peer relationships. But on the other hand, experiences of social rewards or rejection can produce a variety of emotional, cognitive, and

behavioral responses that influence the course of psychopathology (Burt, Obradovic, Long, & Masten, 2008).

Given the strong relationship between emotional and behavioral problems and a delay in the acquisition of skills and abilities that contributes to the emergence of persistent problems in the future (Jane et al., 2006), the ability to detect emotional and behavioral problems as early as preschool age allows clinical psychology professionals to prevent the development of psychopathology.

In fact, Masten et al. (2006), Parker, Rubin, Erath, Wojslawowicz, and Buskirk (2006) and Rubin, Bukowski, and Parker (2006) support transactional and longitudinal connections between these skills and externalizing and interiorizing problems from infancy through adolescence. For their part, Gazelle and Ladd (2003) demonstrated that social isolation and incompetence are linked to an increase in internalizing problems in children; specifically, anxious solitude and peer rejection in kindergarten and preschoolers predict increases in teacher-reported depressive symptoms. However, Cole, Martin, Powers, and Truglio (1996) documented the effect of prosocial skills predicting short-term changes in depressive symptoms among schoolchildren, so that developing effective social skills with peers reduces the risk of these internalized problems (Masten et al., 2006).

Among schoolchildren, peer rejection is of great importance for understanding the child's social development, because as researchers have demonstrated, it can evoke strong feelings of loneliness and social anxiety. It may also be a relevant factor in the development and/or maintenance of various types of psychopathology, such as externalizing problems, social phobia, and depression (Dodge et al., 2003). And as regards externalized symptoms, data consistently indicate them as likely contributors

to peer difficulties, in particular aggressive behavior, among normative peers (Hinshaw & Lee, 2003; Hymel, Rubin, Rowden, & LeMare, 1990).

Just as social skills and the establishment of good relationships with peers are important, so is the cultural factor. Immigrant children are now part of the everyday scene in school settings; population movements are a feature of our era, which is why psychology has begun contributing to an understanding of their implications – for example, how this factor is a positive, rather than negative, one for children's personal and social development (Berry, 2001). In this line, cross-cultural psychology has shown important links between the cultural context and individual behavioral development, concluding that individuals generally act in ways that correspond to cultural influences and expectations (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 1992).

It is well known that immigrant children, in their process of adaptation, often experience feelings of frustration and disappointment (Anagnostopoulos et al., 2004). For instance, they have to deal with the establishment of new friendships, meet the required educational level and adapt to their new environment, while they also face challenges associated with the acceptance of their culture by the host people (Onchwari, Onchwari, & Keengwe, 2008).

Thus, this immigration process plays an important role in psychic trauma related to psychopathology (Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002), for which the most common gnoseological categories in these children are anxiety-related problems such as phobias, autism, specific and developmental disorders and psychosocial diagnoses such as neglect and abuse, conduct problems, drug abuse and suicide attempts (Cantor-Graae, Pedersen, McNeil & Mortensen, 2003; Fazel & Stein, 2002). It is noteworthy that, according to Zwirs et al. (2007), there is no cultural association

between the prevalence of psychopathology and age. However, an association has been found with gender, whereby boys score higher.

In contrast to the research mentioned above, other studies concluded that immigrant children show less psychopathology than children from the host society or that there are no differences. In the study by Howard and Hodes (2000) with British children and immigrants, the authors found that natives were more likely to exhibit behavior disorders than non-natives. Nevertheless, McKelvey et al. (2002) found no differences between them in the general population.

Bearing in mind the variety of research results on this immigrant group, we might ask ourselves whether psychopathological disorders derive from being immigrant as such (Sowa, Crijen, Benji-Arslan, & Verhulst (2000), or whether the development of such disorders has to do with their need to overcome multiple barriers for adapting to their new environment, in addition to developing feelings of security and self-confidence in the interactions of biological, contextual and socio-cultural factors, which native-born children also have to do. If we assume that the second case is true, it could be easier to achieve membership of a different social group, which would provide opportunities for peer interaction and would help children develop relationships of trust in the new country (Onchwari, et al., 2008).

Thus, connection to a group is usually positively linked to social and psychological functioning for immigrants. Acceptance in the peer group and a strong sense of community or membership are negatively related to prosocial skills deficits and to behavioral and emotional problems (McMahon, Singh, Garner, & Benhorin, 2004). Moreover, the importance of the adaptation process is linked to the early development of affective bonding, an identity and self-confidence for developing empathy, good interaction with the diversity in one's environment, and the proper

establishment of social relations, which helps children to function healthily on both the mental and psychosocial levels.

Therefore, the main objective of this study was to examine how prosocial skills and problems with peers are associated with internalizing and externalizing symptoms, taking into account both native and immigrant children aged 4 to 7 years. The hypothesis was that the Spanish-born children would have higher levels of prosocial skills and less risk of symptomatology than the immigrant children, and that there would be significant differences by sex and grade in both groups.

Method

Setting

The total student population of the inclusive program schools, in which the heterogeneity of the students enriches their education. These students participated in an innovative teaching program for the prevention of behavioral problems and the development of social skills, which was the starting point for this study. A total of 22 classes were included in the study, from seven different schools. In each case the cooperation of the class teacher (homeroom teacher) was requested and offered. All the schools were in the region of Osona, located mostly in the north-west part of the province of Barcelona (Catalonia, Spain). The region has 153,499 inhabitants, whose average socioeconomic status can be described as “middle”.

Participants

We began with an N of 515 children aged 4 to 7 years, in which only 461 (89.5%) questionnaires provided the information necessary to complete this study. This final sample was N = 222 (48.4%) boys and N = 237 (51.6%) girls, from both rural and urban

populations. The grades included were: P4, with children aged 4 to 5 years (N = 180, 39.2%), P5, with children aged 5 to 6 years (N = 140, 30.5%), and 1st grade, with children aged 6 to 7 years (N = 139, 30.3%). The participants were divided into native-born and immigrant children (see Table 1).

'TABLE 1 here'

Those children with mental retardation and/or pervasive developmental disorder were excluded from the study.

Measures

Socio-demographic questionnaire (Laredo et al., 2007). A questionnaire created *ad hoc* at the Childhood Psychopathology Research Department, to be completed by the child's class teacher, who is required to provide socio-demographic data and family and health information on the children.

Teacher Report Form (TRF 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001). Version for teachers with 93 items assessing internalized and externalized disorders, academic performance, and adaptive function. It rates on a scale from 0 (never) to 2 (often/always). Its scales show good consistency (0.72 to 0.95) and a test/re-test reliability of 0.62 to 0.96.

Caregiver-Teacher Report Form 1 ½ -5 (C-TRF; Achenbach & Rescorla, 2001). Version for preschooler teachers with 99 items rated on a scale of 0 (never) to 2 (often/always), employed in this study for assessing the syndromes: internalized, including emotional reactivity, anxiety/depression, somatic symptoms and avoidance; and externalized, including attention problems and aggressive behavior. The scales in question show an internal consistency of 0.52 to 0.97 and a test/re-test reliability of 0.64 to 0.91.

Both of the Achenbach scales have excellent psychometric properties, considering that multicultural norms from 33 different countries, including Spain, show Cronbach's alphas of .94 to .76 (Achenbach et al., 2008) and acceptable criterion validity (Achenbach, Dumenci, & Rescola, 2001).

The Early Childhood Inventory - 4 (ECI-4 Spanish version; Viñas et al., 2008). This instrument screens behavior for DSM-IV emotional and behavioral disorders. This version was validated and adapted to the infant population in a sample of 412 schoolchildren. For the present study, the *Peer Conflict Scale* (PCS) (Gadow, 1986) was the only scale used, and has 10 items based on the physical and non-physical aggression categories of the AD/HD School Observation Code (Gadow, Sprafkin & Nolan, 1996). Construct validity was good and internal consistency satisfactory (alphas between .67 and .93), though it was low for affective disorders (.46 to .65).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ Spanish version for teachers; Goodman, 1997; Rodriguez-Hernandez et al, 2012). This is a brief behavioral screening questionnaire for children aged 4-16 years, used in research worldwide. It contains 25 positive and negative items for psychological qualities, divided into five scales. This study used only the peer problems and prosocial behavior scales. Each item is scored 0 to 2. Alpha for this instrument is .88, test-retest reliability .74, and long-term stability .80. It also shows high levels of construct validity (Achenbach et al., 2008).

Procedure

After having obtained permission for carrying out the study from the Education Department of the Government of Catalonia (Govern de Catalunya), we proceeded to obtain authorization from the 'Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica' (EAP; Team for Counselling and Psycho-pedagogical Guidance) from Osona and from

the managers and staff of each school. Two informational meetings were carried out with the participating schools' class teachers in order to explain the aims of the research and request them to help by filling out the questionnaires. Once they had agreed to participate, the questionnaires were delivered for their distribution to each class teacher, according to the age of the children. They were given two weeks to complete them. Any questionnaires not fully completed were returned to the class teacher with a request for the missing information. Class teachers were also asked to inform parents that the schools would be implementing an innovative teaching program for the prevention of behavior problems and the development of social skills. All parents gave consent for their children to participate. In addition, parents were asked if they could help by evaluating their children; however, since many of them were unable to do so, due not to lack of interest but rather to lack of time and language difficulties, it was impossible to include their assessments.

Statistical analysis

Data were analyzed according to the aim and hypothesis of the study using version 18.0 of the Statistical Package for Social Science (SPSS). Multiple linear regressions were calculated using as predictor variables social competence (SDQ), aggressiveness (ECI-4) and origin. Internalizing and externalizing symptomatology (TRF and C-TRF) were used as criterion variables. In both analyses, variables recognized in the literature as adjustment variables were included, i.e., gender, school grade, and type of family, as well as the symptomatology variable opposite to the dependent variable of each model. For the externalizing symptomatology model, the aggressiveness variable was excluded because of the strong correlation between the two variables.

The design for this study was based on cross-sectional analysis.

Results

Tables 2 and 3 show the raw scores of the ECI-4 and SDQ scales, and T scores of the TRF and C-TRF scales. It is noteworthy that, in most cases, the sample has normal emotional and behavioral health, according to the standards established by the assessment instruments.

Nevertheless, descriptively, it can be observed (Table 2) that levels of aggressiveness and internalizing and externalizing symptomatology, together with those of problems with peers, are perceived as higher in boys. On the other hand, girls show higher levels of prosocial skills.

‘TABLE 2 here’

There is also an increase in risk symptoms for aggressiveness, both types of symptomatology and problems with peers as school grade increases (Table 3).

‘TABLE 3 here’

The top of Table 4 shows the regression model indicating the factors significantly related to the development of externalizing symptoms ($r^2 = 0.399$; $p < 0.0005$). In total, 39.2% of the variability of these symptoms is explained by the absence of prosocial skills, the presence of problems with peers and the development of internalizing symptoms.

On the basis of these explanatory factors, we can expect an increase in symptomatology of .170 and .405 standard deviations (σ) when problems with peers ($B = 1.011$; CI 95 %: .486 to 1.54) and internalizing symptoms ($B = .433$; CI 95%: .341 to .525) are indicated, but a decrease of $-.221 \sigma$ when prosocial skills are present ($B = -.931$; CI 95%: -1.29 to .573).

The bottom of Table 2 shows the model indicating the factors significantly related to the development of internalizing symptoms ($r^2 = 0.417$; $p < 0.0005$). A total of 41.1% of the variability of these symptoms is explained by the presence of problems with peers, the development of externalizing symptoms, the decrease in aggressiveness, and the increase in school grade.

On the basis of these explanatory variables, the symptoms increase by $.318 \sigma$ ($B = 1.77$; CI 95%: 1.31 to 2.23) and $.601 \sigma$ ($B = .563$; CI 95%: .452 to .673) with the manifestation of problems with peers and externalizing symptoms, respectively. We can also observe an increase of $.132 \sigma$ ($B = 1.45$; CI 95%: .647 to 2.24) as children move up a school grade and a decrease of $-.271 \sigma$ ($B = -.575$; CI 95%: .831 to .318) when aggressiveness decreases.

‘TABLE 4 here’

Figure 1 shows the scores for the symptomatology and social competence variables. The graph showing symptomatology indicates greater variability in the immigrant group, with more homogeneity among the native-born students. The box-plot for this graph suggests that the relation between symptomatology and children's origin (immigrant or native-born) had a slight upward tendency, with immigrant children obtaining the highest scores.

However, we found a larger number of extreme cases among immigrants than among natives. Native children scored between 60 and 91, which classified them as on the borderline (60-63) of clinical range (≥ 64); in the case of immigrants, the scores were between 79 and 112, which are in the clinical range.

In relation to social skills, the box-plot reveals wide variability for both groups. Moreover, considering the child's condition (native or immigrant) the immigrant

children showed less adaptive scores: higher for problems with peers and lower in prosocial skills.

‘FIGURE 1 here’

Discussion

As far as the aims and hypothesis of the study are concerned, there were no differences between the effects by origin (native or immigrant) or by sex, which is in line with the findings of many other researchers (Steel et al., 2002; Zwirs et al., 2007). Nevertheless, the importance of identifying psychopathological symptoms at an early age can be confirmed, since as school increased, so did the rates of externalizing and internalizing problems (Jane et al., 2006; Parker et al., 2006).

We also observed that social skills served the purpose of maintaining healthy development and functioning in children at an early age (Bierman et al., 2000), as they help reduce the risk of developing externalized symptoms. Thus, if children can develop a substantial body of social skills from early childhood, it will protect them from the development and maintenance of risky externalized symptoms, by providing them with the capacity to work and interact properly with others in any context.

In the same line, it emerged that an absence of social skills generates problems with peers, which in turn triggers a negative cycle of socialization that increases the incidence of externalized and internalized problems (Segrin, 2000).

However, as regards the bi-directionality between psychopathology and social skills proposed by Masten et al. (2005; 2006), according to the results of the present study this is only the case for externalized problems, since, in contrast to what Cole et al. (1996) postulated, social skills have effects only on these types of symptoms. Thus,

in the case of internalized problems, such bi-directionality can only be suggested in relation to problems with peers (Masten et al. 2005; 2006), though this would have to be confirmed with other statistical methods.

When factor effects were assessed for both internalized and externalized symptoms, each type of symptom also had a significant effect on the other. This co-morbidity is understandable, and it is important because to some extent all effects are related, as Hinshaw and Lee (2003) and Dodge et al. (2003) explained: loneliness and social anxiety evoke aggressiveness, which leads to rejection by peers, which in turn results in depression and other types of internalized problems. Given, then, that the two types of symptoms are related, one might also expect a decrease in internalized symptoms when social skills reduce the negative behaviors that generate peer rejection.

On the other hand, while we know that the cultural factor did not have a significant effect for either symptomatology, we should not overlook the symptomatic situation of the sample, according to which the Spanish-born children had fewer perceived symptoms. This situation could suggest either that the influences and expectations of the host culture are affecting the perception of the immigrant children, or that these children are so stressed that their behavior and emotions are inappropriate. Nor should we forget that despite their efforts to adapt and assimilate to their new environment, their cultural behavior may not be well accepted (Onchwari et al., 2008).

At the same time, if we consider the distribution of social skills, immigrant children were perceived as having more problems with peers and fewer prosocial skills, which are important in relation to their actual adaptation for healthy development. Thus, there is a need to ensure that they have the same opportunities

and good peer interactions, since this will help them to achieve positive social and psychological functioning by making them feel better about the host context (McMahon et al., 2004; Onchwari et al., 2008).

For both cases, symptomatic situation and social skills distributions, it is true that immigrant children starting out in an adoptive country face a process of adaption that is usually accompanied by feelings of frustration and disappointment (Anagnostopoulos et al., 2004), and such feelings can lead them act in a protective way which comes out as aggressiveness or depression, during the process of developing an identity and a secure situation in their new social context.

In any case, this study highlights the importance of developing the right social skills, because regardless of the culture, these are beneficial for healthy mental and social development from an early age in all children. And also the importance to understand the demands that a culturally diverse context makes on children of pre-school and school age in what is their second most important social environment.

Although this study offers important guidelines for a better development in early childhood, it also has some limitations that should be borne in mind. First of all, it would be advisable to consider other informants, such as parents, other teachers, or caregivers. Furthermore, other factors, such as parenting styles and the nuclear family's mental health, could be taken into account, since according to several studies (Jane et al., 2006; Reid et al., 2007) these are important aspects to consider in relation to the child's development, his/her psychopathology and his/her social skills from early childhood.

In future research we recommend using not only questionnaires, but also other assessment methods, such as observation, as well as exploring the subscales that make up the externalized and internalized symptomatology scales, for both native and immigrant children, which would also provide important clinical and developmental details. Another suggestion is to use a measure that also allows us to obtain a clinical diagnosis of the child, rather than just the symptomatology. This would help determine whether the child is in a phase of prevention – in the case of the longitudinal study preceding our study – or has a diagnosis that requires specific treatment. Finally, in order to verify the accuracy of and confirm the information about the independent variable effects, it would be necessary to assess them with a more complex statistical method that could indicate their direction, so as to allow us to estimate causal relations.

Conclusion

Apparently, the fact of being a native or immigrant child is not important at these ages for the development of externalized and internalized psychopathology. It is clear that both types of children benefit in the same way from the development of prosocial skills for reducing psychopathological symptoms, and are affected in the same way (by an increase in such symptoms) if they maintain poor peer relations. It is also clearly important to encourage the integration of immigrant children to help them adapt their behavior and to facilitate their adjustment to their new social environment.

Consequently, the way forward involves a process of mutual acceptance of children and their social and school environments, a process that can be consolidated by the passage of time and better knowledge about the minority and host cultures, respectively.

As regards the important role of time, we would call for the assessment of behavior, emotions and other biological and socio-cultural factors involved in children's development as early as possible, with a view to detecting the risk of their developing serious psychopathological problems in the future, and to preventing them. Early intervention for pro-sociality is a protective factor for the prevention, reduction and improvement of psychopathological traits. This helps to construct a continuum of healthy mental life, to generate and build better relationships with peers, parents and teachers, and to foster better and more flexible adaptation to social demands.

The task at hand is to understand the mechanisms by which development processes affect the risk of specific psychiatric disorders and to propose appropriate preventive strategies for age groups of children and their stages of risk. This will greatly assist the management of early childhood psychopathology symptoms in clinical, social and educational environments, in addition to contributing updated information for the benefit of children's development and their adaptation at these ages.

Furthermore, it is important to appreciate and take advantage of the opportunity of working with schools, a crucial context for research on children's needs, being the second most important social area for learning and development. And the information obtained will be important not only for children themselves, but also for those adults with an interest in the everyday well-being of the children.

Acknowledgment

We thank the schools and the Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP) for their cooperation, and we acknowledge the financial support of the *Fondos de Investigación Sanitaria* [FIS n.270027].

References

- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang E., Roessner, V., Steinhausen, H.C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescola, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Retrieved from <http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf>. Accessed 17 April 2010.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Burlington: Research Center for Children, Youth and Families.
- Anagnostopoulos, D.C., Vlassopoulou, M., Rotsika, V., Pehlivanidou, H., Legaki, L., Rogakou, E., & Lazaratou, H. (2004). Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' children and Their Families. *Transcultural Psychiatry*, 41 (4), 465-486.
- Berry, J.W. (2001). A Psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 611-627.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., & Dasen, P.R. (1992). *Cross-cultural Psychology: Research and applications*. New York: Cambridge University Press.

- Bierman, K., & Welsh, J.A. (2000). Assessing social dysfunction: The contributions of laboratory and performance-based measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 526-539.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D., & Masten, A.S. (2008). The Interplay of Social Competence and Psychopathology over 20 years: Testing transactional and Cascade models. *Child Development*, 79 (2), 359-374.
- Cantor- Graae, E., Pedersen, C.B., McNeil, T.F., & Mortensen, P.B. (2003). Migration as risk factor for schizophrenia: A Danish population-based cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 117-122.
- Cole, D.A., Martin, J.M., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 558-577.
- Dodge, K.A., Lansford, J.E., Burks, V.S., Bates, J.E., Pettit, G., Fontaine, R., & Price, J.M. (2003). Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Development*, 74, 374-393.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370
- Gadow, K.D. (1986). *Peer Conflict Scale*. Stony Brook, NY: University of New York at Stony Brook.
- Gaffney, L.R., & McFall, R.M. (1981). A comparison of social skills in delinquent and nondelinquent adolescent girls using a behavioral role-playing inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 959-967.

Gadow, K.D., Sprafkin, J., & Nolan, E.E. (1996). *AD/HD School Observation Code Manual*.

Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Gazelle, H., & Ladd, G.W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development, 74*, 257-278.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.

Hinshaw, S.P., & Lee, S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In: R.A. Barkley & E.J. Mash (Eds.), *Child Psychopathology (pp 144-198)*, 2nd ed., New York: Guilford.

Howard, M., & Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 368-377.

Hymel S, Rubin K.H, Rowden L, LeMare L (1990) Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Dev 61*: 2004-2021

Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Viñas, F., Esparó, G., & Domènech-Llaberia, E. (2006). Parent's and teacher's reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preeschool children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 386-393.

Laredo, A., Jane, M.C., Mitjavila, M., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G., & Domenech-Llaberia, E. (2007). Temperamental Dimension and Anxiety Problems in a Clinical Sample of three-to-six year old Children: A Study of Variables. *Spanish Journal of Psychology, 10*, 399-407.

- MacMahon, S.D., Singh, J.A., Garner, L.S., & Benhorin, S. (2004). Taking advantage of opportunities: Community involvement, well-being, and urban youth. *Journal of Adolescent Health, 34*, 262-265.
- Masten, A.S., Burt, K.B., & Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In: D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology* (pp. 696-738), 2nd edn, New York: Wiley.
- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradovic, J., Riley, J.R. et al. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology, 41*, 733-746.
- McKelvey, R.S., Snag, D.L., Baldassar, L., Davies, L., Roberts, L., & Cutler., N. (2002). The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents. *Medical Journal of Australia, 177*, 413-417.
- Onchwari, G., Onchwari, J.A., & Keengwe, J. (2008). Teaching the Immigrant Child: Application of Child Development Theories. *Early Childhood Education Journal, 36*, 267-273.
- Parker, J.G., Rubin, K.H., Erath, S.A., Wojslawowicz, J.C., Buskirk, A.A. (2006). Peer relationships, child development and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In: D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.) *Developmental Psychopathology* (pp. 419-493), 2nd ed., New York: Wiley.
- Reid, J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a Classroom Social Competence and Problem Solving Curriculum by offering parent training to families of moderate - to high - risk elementary school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(4), 605-620.
- Rodríguez- Hernández, P.J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G., García, R., Sanz-Álvarez, E.J. & Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the

- parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 265-279.
- Rubin, K.H., Bukowski, W.M., & Parker, J.G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In: W. Damon, R.M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.) *Handbook of child psychology* (pp. 571-645), 6th ed. New York: Wiley.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Sowa, H., Crijnen, A.A., Benji-Arslan, L., & Verhulst, F.C. (2000). Factors associated with problema behaviors in Turkish immigrant children in The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 177-184.
- Spence, S.H., & Donovan, C. (1998). Interpersonal problems. In P.J. Graham (ed), *Cognitive behavior therapy for children and families* (pp. 217-245). New York: Cambridge University Press.
- Spence, S.H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population based study. *Lancet*, 360, 1056-1062.
- Viñas, F., Jané, M.C., Canals, J., Esparó, G., Ballespí, S., & Doménech-Llaberia, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 20(3), 481-486.

Zwirs, B.W.C., Burger, H., Schulpen, T.W.J., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J.K.
(2007). Prevalence of Psychiatric Disorders among Children of Different Ethnic
Origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566.

Table 1. Child demographics

	NATIVES (N=346)	IMMIGRANTS (N=113)
Sex (N, %)		
Masculine	162 (46.8%)	60 (53.1%)
Feminine	184 (53.2%)	53 (46.9%)
School grade (N, %)		
1°	89 (25.7%)	50 (44.2%)
P5	99 (28.6%)	41 (36.3%)
P4	158 (45.7%)	22 (19.5%)
Family structure		
Nuclear	293 (85.7%)	95 (87.2%)
Separately w/new partner	19 (5.6%)	5 (4.6%)
Separately without new partner	19 (5.6%)	5 (4.6%)
Single parent	7 (2%)	3 (2.8%)
Others	4 (1.2%)	1 (0.9%)
Place of Birth (N, %)		
Catalonia	190 (54.9%)	26 (23%)
Spain	153 (44.2%)	55 (48.7%)
Morocco	2 (0.6%)	9 (8%)
South America	-	10 (8.85%)
Eastern Europe	1 (0.3%)	7 (6.19%)
Central Europe	-	1 (0.9%)
Asia	-	2 (1.77%)
Africa	-	3 (2.65%)

Table 2. Outcome variables, Means and Standard deviations by sex and origin

Measures	Males			Females		
	<i>Natives</i> (N 162)	<i>Immigrants</i> (N 56)	<i>Total</i> (N 222)	<i>Natives</i> (N 184)	<i>Immigrants</i> (N 50)	<i>Total</i> (N 237)
Pr. w/peers	1.69 (1.72)	2.64 (1.82)	1.93 (1.78)	1.33 (1.36)	2.18 (1.70)	1.50 (1.47)
Prosocial B.	6.38 (2.23)	5.89 (2.38)	6.24 (2.28)	7.85 (2.07)	7.28 (2.35)	7.73 (2.13)
Aggressiveness	13.17 (5.22)	14.80 (5.86)	13.61 (5.44)	10.95 (2.28)	11.78 (3.36)	11.14 (2.57)
Internalizing	49.32 (9.36)	53.17 (11.41)	50.43 (10.16)	48.19 (7.19)	53.75 (11.30)	49.41 (8.49)
Externalizing	50.70 (10.61)	53.55 (12.75)	51.62 (11.46)	47.59 (6.82)	53.25 (13.26)	48.86 (8.88)

Pr.w/peers: Problems with peers - SDQ, Prosocial B: Prosocial Behavior - SDQ

Table 3. Outcome variables, Means and Standard deviations by scholar grade and origin

Measures	Natives				Immigrants			
	P4 (N 158)	P5 (N 99)	1° (N 89)	Total (N 346)	P4 (N 20)	P5 (N 41)	1° (N 45)	Total (N 106)
Pr. w/peers	1.47(1.56)	1.68(1.66)	1.34(1.35)	1.50(1.54)	2.08(1.65)	2.63(1.65)	2.29(1.88)	2.38(1.75)
Prosocial B.	6.86(2.33)	7.13(2.14)	7.73(2.19)	7.16(2.26)	5.90(2.40)	6.05(2.31)	7.13(2.48)	6.48(2.45)
Aggressiveness	11.24(3.25)	13.43(5.62)	11.71(2.84)	11.99(4.09)	12.10(2.85)	13.46(5.33)	13.53(4.97)	13.24(4.79)
Internalizing	47.68(8.46)	49.59(8.90)	49.62(7.05)	48.72(8.28)	49.90(8.28)	51.51(11.54)	56.78(11.56)	53.44(11.31)
Externalizing	47.99(7.98)	50.15(10.29)	49.72(7.05)	49.05(8.93)	52.59(9.67)	52.33(11.49)	54.74(15.34)	53.41(12.93)

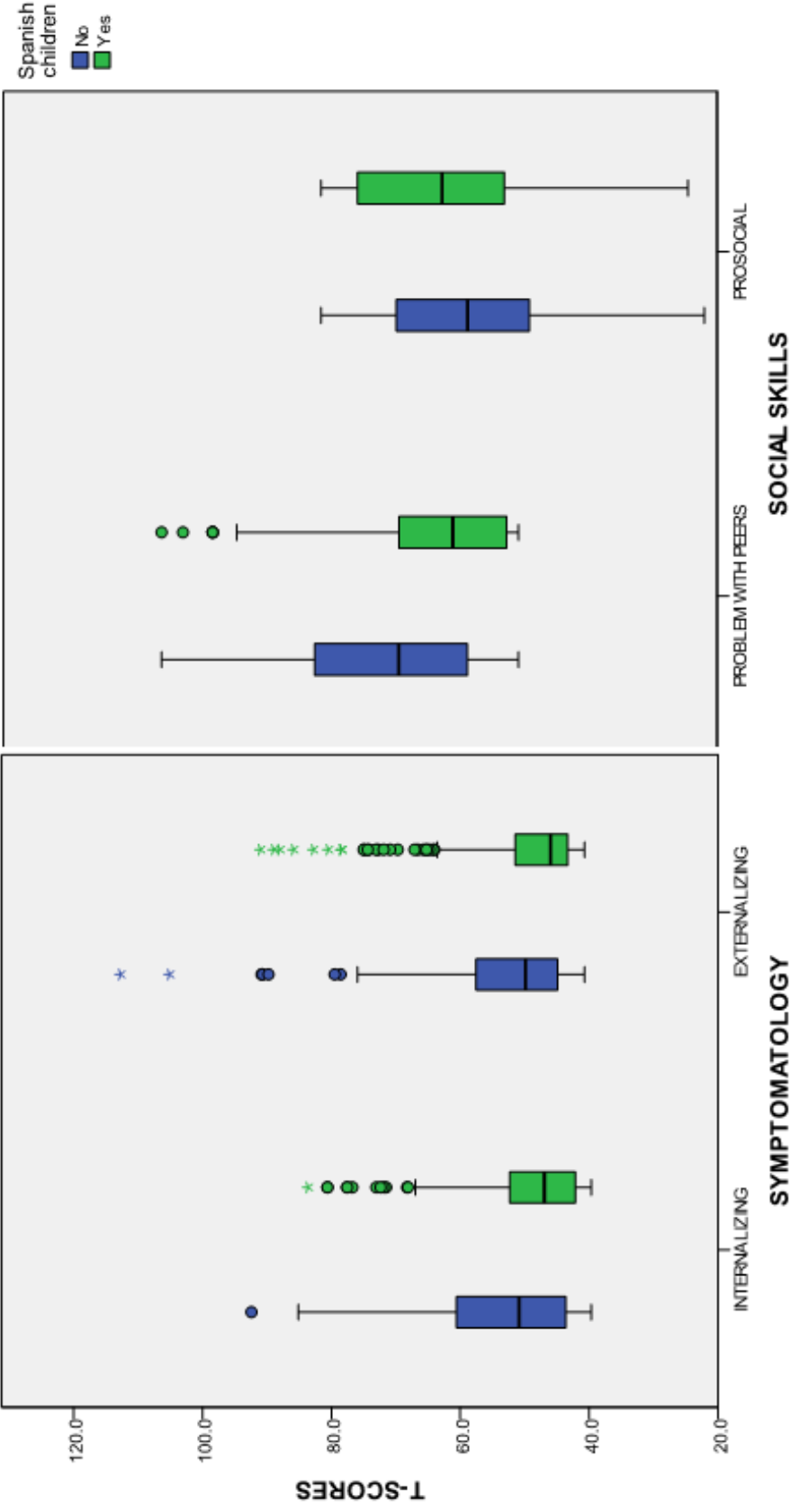
Pr.w/peers: Problems with peers - SDQ; Prosocial B: Prosocial Behavior - SDQ

Table 4. Effect of the social skills, problems with peers and origin on internalized and externalized symptoms

	B	S.E.	Sig.	□	C.I. 95%	
EXTERNALIZING SYMPTOMATOLOGY						
Gender	-.633	.770	.412	-.822	-2.15	.881
Grade	.816	.457	.075	.070	-.082	1.71
Internalizing	.433	.047	.000	.405	.341	.525
Prosocial behav.	-.931	.182	.000	-.221	-1.29	-.573
Prob. w/peers	1.011	.267	.000	.170	.486	1.54
INTERNALIZING SYMPTOMATOLOGY						
Gender	-.207	.710	.770	-.011	-1.60	1.89
Grade	1.45	.406	.000	.132	.647	2.24
Externalizing	.563	.056	.000	.601	.452	.673
Prob. w/peers	1.77	.234	.000	.318	1.31	2.23
Aggressiveness	-.575	.130	.000	-.271	-.831	-.318

S.E. – Standard Error; C.I.95% - Confidence interval

Figure 1. Box plot of the symptomatic development of each group in the sample.



2.3. ESTUDIO 3

Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.

Arratibel, M.L., Jané, M.C., Bonillo, A., and Carbonés, J. (en revisión). *Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.*

Manuscrito enviado para su publicación.

Revista: Anales de Psicología

País de publicación: España

ISSN: 0212-9728 (edición impresa) / 1695-2294 (edición web)

Editorial: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia (edit.um)

Base: IN RECS

Área: Psicología- Ciencias Sociales

Factor de impacto: 1.338

Posición de la revista en el área: 2

Numero de revistas en el área: 108

Cuartil: 1º

Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.

Arratíbel Siles, María Luisa*; Jané Ballabriga, Maria Claustre*; Bonillo Martín, Albert** y Carbonés, Jaume***

* Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, Edifici B, Bellaterra (Cerdanyola del Vallés), 08193

** Departamento de de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus de Bellaterra, Edifici B, Bellaterra (Cerdanyola del Vallés), 08193

*** Departament d'Ensenyament, Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP), Vic, Osona, 08500

Autor de correspondencia:

María Luisa Arratíbel Siles

Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B - Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Despacho B5-158.36

Campus UAB, 08193 – Bellaterra

E-mail: ps.mlas@gmail.com (M.L. Arratíbel)

Reconocimientos

Agradecemos a las escuelas y al Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP) de Osona por su colaboración y confianza. También el reconocimiento a Fondos de Investigación Sanitaria (FIS n.270027), por su apoyo para llevar a cabo este proyecto.

Prevención de la psicopatología infantil en población escolar: Habilidades sociales y factores relacionados.

Resumen: El objetivo de este estudio fue aplicar por primera vez en España el programa *Classroom Dinosaur School* para la prevención de problemas exteriorizados e interiorizados y el desarrollo de habilidades sociales en una muestra pre-escolar y escolar. Los participantes fueron niños de 4 a 8 años de edad, reclutados de tres escuelas de la comarca de Osona, Cataluña (España). Para evaluar a estos niños se utilizaron el *Caregiver- Teacher Report Form / Teacher Report Form, Strengths and Difficulties Questionnaire* y *Temperament in Middle Childhood Questionnaire*. Los resultados mostraron que el programa ayuda significativamente al desarrollo de habilidades sociales, reducción de síntomas internalizantes, a tener una mejor función adaptativa y a la reducción de los problemas de atención. Destacando, que el tipo de temperamento, el grado escolar y ser inmigrante son factores que interaccionan significativamente con este programa para reducir los problemas externalizantes y los problemas con pares. Concluyendo que realizar una valoración exhaustiva de factores de protección y de riesgo, englobando aspectos biológicos, contextuales y socio-culturales, ayuda en gran medida a precisar la información para una efectiva intervención en la prevención psicopatológica infantil.

Palabras clave: Nativos, inmigrantes, etapa escolar, habilidades sociales, temperamento, psicopatología infantil, prevención.

Childhood psychopathology prevention in schoolchildren: Social skills and related factors

Abstract: The aim of this study was to apply for first time in Spain the Classroom Dinosaur School program for the interiorized and exteriorized problems, and the development of social skills in a preschool and school sample. The participants were children from 4 to 8 years old; gather from three schools of the region of Osona, Catalonia (Spain). The children were assessed with the Caregiver- Teacher Report Form / Teacher Report Form, Strengths and Difficulties Questionnaire and Temperament in Middle Childhood Questionnaire. The results showed that the program helps significantly for the social skills development, the decrease of internalized symptoms, to have a better adaptive function and the lowering of attentional problems. Also to emphasize that the temperamental type, the school grade and being an immigrant children are factors that interact significantly with the prevention program to reduce externalized problems and problems with peers. So, it can be conclude that conducting a thorough assessment of protective and risk factors, including biological, contextual and socio-cultural aspects, helps greatly to precise the information for an effective preventive intervention for childhood psychopathology.

Key words: Natives, immigrants, scholar stage, social skills, temperament, childhood psychopathology, prevention.

Introducción

Actualmente, debido al aumento progresivo de trastornos psicológicos en España, sobretodo de problemas exteriorizados e interiorizados con una incidencia del 66.1% (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Valero y Ruiz, 2003), se ha incrementado la atención en el estudio de la psicopatología infantil. Estos datos han preocupado a los profesionales de la salud, llevando a profundizar en la investigación de este grupo de la población.

El período comprendido entre los cuatro y ocho años de edad (pre-escolar y escolar), es una etapa que concentra gran cantidad de cambios evolutivos, nuevas relaciones con iguales y un nuevo ámbito social, que hace más propensa a esta población a desarrollar síntomas psicopatológicos. Sin una detección y atención temprana, estos problemas pueden llegar a mayor escala en la adolescencia y/o edad adulta (Gardner y Shaw, 2008; Jané, Araneda, Valero y Domènech, 2000).

Pero así como esta etapa recibe gran influencia de factores biológicos y socio-ambientales, se le considera también un período estratégico para intervenir en los niños por la plasticidad de su sistema (Rutter et al., 2008). Además, las manifestaciones emocionales, sociales y conductuales empiezan a estabilizarse, por lo que es posible identificar factores de riesgo asociados a al desarrollo de síntomas psicopatológicos y evitar que se conviertan en patrones permanentes de comportamiento (Webster, 2004).

En la línea del estudio del desarrollo y la psicopatología de edades próximas a la edad escolar, la Dra. Webster-Stratton ha desarrollado la serie de tres currícula multifacéticos, *The Incredible Years*. Éstos están basados en el desarrollo infantil y comprensión de padres, maestros y niños y, dirigidos a prevenir factores de riesgo relacionados a los problemas conductuales y emocionales en la infancia.

Específicamente, el programa preventivo dirigido a niños *Classroom Dinosaur School*, se ha utilizado en el ámbito escolar para promover habilidades sociales que ayuden a prevenir, reducir o tratar problemas de conducta y afectivos desde la edad pre-escolar. Es un programa que ha impulsado el desarrollo de factores de protección (ej: manejo de ira y habilidades empáticas) y reducido los factores de riesgo (ej: agresividad, rechazo de pares y temperamento difícil) relacionados con problemas exteriorizados e interiorizados (Reid, Webster-Stratton y Hammond, 2007).

Diversas revisiones de este programa han encontrado que proporciona un incremento importante de estrategias apropiadas para la resolución de problemas, promueve el desarrollo de mayores competencias pro-sociales en el conflicto con pares, así como la reducción de problemas de conducta en casa y escuela (*Center for the Study and Prevention of Violence*, 2001; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006; *Promising Practices Network*, 2006).

También, investigadores como Hutchings et al., (2011), Miller et al., (2005) y Webster-Stratton et al., (2004, 2008, 2010) han demostrado que al término de este programa existe una mejoría significativa en la auto-regulación emocional, en las competencias pro-sociales y en los problemas de conducta en comparación con los grupo control utilizados. El tamaño de efecto es mayor en aquellos niños que inician con peores puntuaciones de habilidades sociales, sintomatología y rendimiento académico.

De acuerdo a los resultados de estas investigaciones, las habilidades sociales serían un factor primordial para la prevención psicopatológica infantil y el buen desarrollo psicosocial del niño. En esta línea, se ha demostrado que el déficit de estas habilidades se asocia con diversas formas de psicopatología infantil, interiorizada y

exteriorizada (Segrin, 2000; Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 1999), y dificulta la relación con iguales, familia y maestros. De hecho, los niños que inician su etapa escolar con estos problemas tienen una propensión mayor a cronificarlos, causando además un bajo rendimiento escolar y una mala adaptación a su entorno (Raver & Knitze, 2002). Es decir, la presencia de síntomas psicopatológicos produce dificultades en el procesamiento de información social y, por ende, comportamientos socialmente inadecuados. Situación que perturba el desarrollo de habilidades prosociales y el establecimiento de relaciones satisfactorias con sus iguales (Masten, Burt y Coatsworth, 2006).

Generalmente los niños con dificultades sociales reaccionan de forma hostil, impulsiva, agresiva o con enojo. En ausencia de algún tipo de intervención, estos problemas se intensifican, poniendo al niño en riesgo de ser rechazado por sus pares y de continuar con déficits de habilidades para relacionarse en edades adultas (Webster-Stratton et al., 2001). A corto plazo este rechazo y los problemas con sus iguales, se convertirán en factores relevantes en el desarrollo y/o mantenimiento de otros problemas como déficit de atención, depresión, ansiedad, agresividad, problemas de conducta y fobia social (Gazelle y Ladd, 2003; Webster-Stratton et al., 2001). Sin embargo, si se revierte con la adquisición de habilidades prosociales, se reducirá la probabilidad de manifestar problemas tanto exteriorizados como interiorizados (Masten et al., 2006; Miller, Kiely, Chesir-Teran, Dennis, y Klein, 2005)

Asimismo, es importante considerar que desde edades tempranas es posible observar diferencias entre sexos en el desarrollo de las habilidades sociales y los problemas psicopatológicos (Keane y Calkins, 2004; Margets, 2005). Mientras que las niñas presentan mayores habilidades sociales, mejores competencias académicas y

mayores problemas interiorizados, los niños presentan mayor problemática exteriorizada. Y es en los varones de edad escolar donde se ha encontrado más sintomatología exteriorizada, agresividad y rechazo de los compañeros prosociales (Hinshaw y Lee, 2003).

No obstante lo anterior, Webster-Stratton, Reid y Stoolmiller (2008), en un estudio longitudinal reciente del programa *Classroom Dina School*, no encontraron evidencia de que el sexo, la edad o grado escolar tuvieran algún efecto moderador en el resultado de la intervención, pero sí encontraron mayor beneficio en los niños que al inicio mostraban mayores problemas. Junto a esto, las interacciones positivas con los pares a temprana edad no solo son críticas para el desarrollo de habilidades sociales, sino también para un mejor rendimiento y ajuste escolar.

De acuerdo a esta misma investigación, el aprendizaje en la primera infancia puede verse seriamente amenazado por las deficiencias sociales, emocionales y de conducta. Es decir, las dificultades académicas y los problemas de conducta se exacerban uno a otro y esta combinación contribuirá al desarrollo de trastornos conductuales severos y al fracaso escolar (Webster y Reid, in press).

Acorde a lo expuesto, la psicopatología es evolutiva y en este mismo desarrollo existen procesos, características y/o factores que influyen en el funcionamiento e integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona que explican tanto la conducta adaptada como la desadaptada. Así, además del sexo, la edad y el grado escolar, existen ciertos tipos de temperamento y diferencias culturales que pueden relacionarse positiva o negativamente con el desarrollo de habilidades y sintomatologías en la infancia (Lemos, 2003).

El temperamento ha sido asociado con una variedad de respuestas conductuales, sociales y emocionales (Blair, Denham, Kochanoff, y Whipple, 2004). Es un constructo que direcciona importantes aspectos del desarrollo infantil, lo que hace que los niños no sean igualmente propensos a desarrollar cierta psicopatología (Lahey, 2004). Así, también puede intervenir en el aprendizaje y adquisición de habilidades efectivas (Webster-Stratton et al., 2001), e influenciar la reacción ante diversos estímulos del entorno y la respuesta que se reciba de los demás (Griggs, Gagnon, Huelsman, Kidder-Ashley, y Ballard, 2009). Por ejemplo, los niños con un temperamento alto de nivel de actividad, de ira y de inatención son propensos a presentar dificultades cognitivas y de resolución de problemas. Sin embargo, otros caracterizados únicamente por un temperamento alto de nivel de actividad son más sociables y de expresividad emocional positiva (Caspi y Shiner, 2006). Aquellos con un temperamento bajo de auto-regulación, de afecto negativo alto y de nivel de actividad alto suelen ser más comúnmente rechazados por sus pares (Walker, Berthelsen, y Irving, 2001). Igualmente, aquellos con un temperamento alto de nivel de actividad y de distracción están negativamente relacionados con conductas pro-sociales (Walker y cols., 2001). Finalmente, aquellos que tienen un temperamento de afectividad negativa alto, como ira o tristeza, se han asociado a problemas de evitación e inhibición, y los de auto-regulación baja con problemas de atención y de agresividad (Caspi y Shiner, 2008).

Respecto al factor cultural, es evidente que en la actualidad no existe un contexto unicultural. El contexto actual dónde los niños se desarrollan y aprenden se caracteriza por una mezcla de grupos culturales, debido sobre todo a la creciente inmigración. Estas diferencias individuales y de grupo pueden ser un factor de riesgo si el proceso de adaptación no es el adecuado. Por ejemplo, el proceso de adaptación de

los niños inmigrantes generalmente se acompaña por sentimientos de frustración y desilusión antes de desarrollar una identidad cultural o étnica en una cultura mayoritaria (Anagnostopoulos et al., 2004). De hecho, Onchwari, Onchwari y Keengwe (2008) comentan que si el niño inmigrante encuentra conexión con un grupo de iguales, esto ayuda positivamente a su funcionamiento social y psicológico. En esta línea, McMahon, Singh, Garner y Benhorin (2004) encontraron que la aceptación en el grupo de iguales está inversamente relacionada con el déficit de competencias sociales y problemas exteriorizados e interiorizados.

Sin embargo, también se ha observado que los problemas expuestos por el grupo minoritario no son distintos de los que presentan los niños nativos, como los problemas de ansiedad y depresión y, los problemas de conducta y abuso de drogas (Angold y cols., 2002; Costello y cols., 1997; Zwirs y cols., 2007). Pero existen otros que a diferencia de la población nativa, se dan con mayor frecuencia en inmigrantes, como los problemas específicos del desarrollo y diagnósticos psicosociales como negligencia y abusos (Cantor-Graae, Pedersen, McNeil y Mortensen, 2003; Fazel y Stein, 2002).

Además, de acuerdo a la investigación de Zwirs et al. (2007) en los niños inmigrantes al igual que en el grupo mayoritario existe una asociación psicopatológica diferencial según el sexo y la edad. Los niños tienden a un mayor número de problemas respecto a las niñas, a excepción de los problemas oposicionista desafiante, ansiedad y problemas del estado de ánimo que difirieron poco. Así mismo, en cuanto a la edad, demostró que no hay diferencias en la infancia, pero plantea que posiblemente exista a edades más avanzadas por el impacto creciente que tiene la discriminación.

Por tanto, considerando la revisión de la literatura científica realizada, nos propusimos evaluar la efectividad del programa *Classroom Dinosaur School*, al término de dos años académicos de su implementación. Adicionalmente, estudiamos el rol de

cuatro factores de riesgo (temperamento, origen, sexo y grado escolar), para la determinación de la efectividad de la intervención.

Nuestra hipótesis fue que el programa aportaría beneficios a toda la muestra, pero que obtendrían un mayor beneficio los niños/as 1) que iniciaron el programa (pre-evaluación) con un número de problemas mayor, 2) de edad escolar, 3) los inmigrantes, y, 4) con niveles de temperamento adecuado para un desarrollo sano.

Método

Se llevo a cabo un estudio pre-post. La pre-evaluación se llevó a cabo al comienzo del curso escolar, y la post evaluación se realizó tras dos años, cuando finalizó el programa. Se trata, pues, de un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas sin grupo cuasi-control equivalente.

Muestra

Al inicio del estudio fueron reclutados 240 niños, de los que 215 (89.6%) también participaron en la post-evaluación. Todos ellos tenían edades comprendidas entre los 4 y 8 años, y pertenecían a tres escuelas con programas inclusivos de la comarca de Osona, situada al noroeste de la provincia de Barcelona (Cataluña, España). Esta comarca cuenta con 153.499 habitantes, y un nivel socioeconómico medio.

La descripción de la muestra se puede observar en la Tabla1. Cabe mencionar que un pequeño grupo de estos niños finalizaron el estudio cuando contaban con nueve años de edad.

TABLA 1

De estas escuelas participantes, colaboraron en total 10 maestras de entre 40 y 50 años de edad, con un nivel de educación de Diplomatura o Licenciatura. Todas con

una antigüedad en docencia de 15 a 20 años. Además, debían de conocer a los niños con un mínimo de 3 meses para poder evaluarlos.

Se excluyeron aquellos niños con presencia de retraso mental y/o algún trastorno generalizado del desarrollo.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos (Laredo et al, 2007) Cuestionario realizado ad hoc en la Unidad de Investigación en Psicopatología de la infancia y la adolescencia, para la recolección de datos sociodemográficos, familiares y de salud de los niños a partir de las valoraciones de los tutores.

Teacher Report Form (TRF 6-18; Achenbach y Rescorla, 2001) Versión del CBCL para maestros. A partir de 93 ítems, se obtiene una valoración de problemas de comportamiento y emocionales, rendimiento escolar y función adaptativa de los niños. Se puntúa en una escala de 0 (nunca) a 2 (siempre). Las escalas demuestran una buena consistencia interna de 0.72 a 0.95 y una fiabilidad test/re-test de 0.62 a 0.96 (Achenbach y Rescorla, 2001).

Caregiver-Teacher Report Form 1 ½ -5 (C-TRF; Achenbach y Rescorla, 2001) Versión para maestros de preescolar. Mediante 99 ítems, puntuados en una escala de 0 (nunca) a 2 (siempre). Evalúan en este estudio los síndromes: Reacción emocional, Ansiedad/Depresión, Síntomas somáticos, Evitación, Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo. Sus escalas presentan una consistencia interna de 0.52 a .097, y una fiabilidad test/re-test de 0.64 a 0.91 (Achenbach y Rescorla, 2001).

Ambas escalas de Achenbach tienen propiedades psicométricas excelentes, considerando que las normas multiculturales obtenidas de 33 países diferentes, entre

ellos España, han obtenido alphas de Cronbach de .94 a .76 (Achenbach et al., 2008), además de una validez criterio aceptable (Achenbach, Dumenci, y Rescola, 2001).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ versión en español para maestros; Rodríguez-Hernández et al, 2012). Proporciona un breve screening conductual de niños entre 4-16 años de edad. Constituido por 25 ítems divididos en cinco escalas, de las cuales en este estudio utilizamos únicamente dos: Problemas para relacionarse con sus pares y Conducta prosocial. Se presenta en una escala de respuesta entre 0 a 2 puntos. Es un instrumento con un alpha total de .77 y para las escalas utilizadas .64 y .83, respectivamente. Además tiene una validez de constructo alta (Rodríguez-Hernández et al, 2012).

The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ; Simonds y Rothbart, 2004). Cuestionario diseñado para medir el temperamento en niños de 7 a 10 años de edad. El instrumento original contiene 16 dimensiones que se agrupan en 4 factores. En este estudio se utiliza una versión experimental *ad hoc* partiendo de la versión utilizada por Laredo et al. (2009), para ser respondida por los maestros. Esta versión está formada por 33 ítems que miden 4 dimensiones temperamentales: nivel de actividad, ira, tristeza y auto-regulación. Las cuatro, representativas de tres rasgos de orden superior (extraversión/actividad, afectividad negativa, y regulación/orientación) que describen Rothbart y Bates (2006) en la estructura del temperamento de niños pre-escolares y escolares. Acorde a nuestro estudio presenta un alpha de Cronbach total de $\alpha=.84$ y para las subescalas entre $\alpha=.71$ y $\alpha=.83$.

Dino Dinosaur's School Program (Webster-Stratton, 2001b; versión escolar). Programa de prevención que ayuda a fortalecer competencias sociales, emocionales y académicas en niños de 4 a 8 años de edad. Este programa se imparte durante un

tiempo específico (30-45 minutos) simultáneamente a todos los alumnos. Los encargados de ejecutarlo son los tutores o psicólogos de la escuela, dentro del horario de clase, una o dos veces por semana. Este programa puede implementarse en uno o dos años. Cuenta con 5 manuales facilitadores para las siete unidades a trabajar - Enseñar normas escolares, Dar lo mejor de ti en la escuela, Entender y detectar sentimientos, Solucionar problemas, Control de la rabia, Ser Amigable y Cómo hablar con los amigos- y material didáctico (títeres, tres DVDs, libro de trabajo para los niños, cuentos infantiles para cada unidad y material para trabajar en clase).

Procedimiento

Después de obtener los correspondientes permisos del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, se procedió a obtener los permisos del Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP) de Osona y de los directores y claustro de cada escuela. Se realizaron dos juntas informativas con los tutores de las aulas de las escuelas participantes para dar a conocer el objetivo de la investigación y pedir su colaboración para la cumplimentación de los cuestionarios en la pre y post evaluación de los niños participantes en el programa. Una vez aceptaron participar, se entregaron los primeros cuestionarios al EAP para su distribución a los tutores de las aulas colaboradoras y cada uno contestó los cuestionarios correspondientes, según la edad de los niños. Para contestar a éstos se estableció un tiempo aproximado de dos a tres semanas. Aquellos que no estuvieron completos se devolvieron a los tutores para completar la información faltante. Del mismo modo se llevó a cabo la post-evaluación.

Además, los padres fueron informados, a través de los tutores y el EAP, sobre el programa de innovación docente para la prevención de los problemas de conducta y el desarrollo de habilidades sociales que seguirían las escuelas.

Implementación del programa

La implementación se organizó para desarrollar el currículum del programa para dos años académicos, durante los cuales se desarrollaron cinco unidades del programa: Enseñar normas escolares, Dar lo mejor de ti en la escuela, Entender y detectar sentimientos, Solucionar problemas y Control de la rabia. Se realizaron sesiones de entrenamiento con las maestras participantes y, reuniones posteriores para la resolución de preguntas o dudas antes y durante la implementación del programa.

Análisis

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para realizar un modelo lineal general de medidas repetidas, con el que se valoró el cambio producido por el programa de prevención en sintomatología interiorizada y exteriorizada, problemas con los pares, competencias pro-sociales y el rendimiento académico y función adaptativa; todos los factores intrasujetos del diseño y su cambio constituye la VD del estudio. Las variables de confusión conocidas en la literatura (sexo, grado escolar, origen y temperamento) fueron introducidas como la parte intersujetos del diseño mixto. El tamaño del efecto producido por el programa entre la pre y post-evaluación se midieron a partir de la η^2 . Además, mencionar que de cada variable de temperamento, se realizó una partición por la mediana creando dos grupos que clasifican las puntuaciones en alto y bajo.

Resultados

Consistencia interna de los 4 factores utilizados del TMCQ

Debido a que la versión del TMCQ es una versión experimental se realizó una prueba de consistencia interna de los factores utilizados. Los resultados muestran que esta versión tiene una buena fiabilidad, presentando un índice de consistencia interna del total de la escala de $\alpha=.84$ e índices para las subescalas: Nivel de actividad con $\alpha=.81$

constando de 9 ítems, Ira con $\alpha=.83$ constando de 7 ítems, Tristeza con $\alpha=.76$

constando de 10 ítems, y Auto-control/regulación con $\alpha=.71$ constando de 6 ítems.

Cabe destacar que estos valores fueron un poco más altos que los encontrados por Laredo et al. (2009) que oscilaban entre .59 y .80 en las subescalas, y .73 en el alpha total. Además, tener en cuenta que únicamente se modificaron los ítems donde se hacía referencia a 'casa', cambiándola por las palabras 'escuela' o 'aula'.

Efectos del programa y variables relacionadas.

SDQ

Habilidades pro-sociales

Se encontró que el programa tiene un efecto principal en el desarrollo de estas habilidades, $F(1,193)= 28.79$, $p<.01$, $\eta^2= .130$.

Se halló una interacción significativa programa*grado escolar, $F(2,193)= 4.78$, $p<.01$, $\eta^2= .047$. El contraste mostró que en la pre-evaluación existen diferencias entre grados escolares: mejores habilidades para los escolares (1° año) respecto de los preescolares (P4 y P5), $F(2, 193)= 8.06$, $p<.01$, $\eta^2=.077$. Sin embargo, en la post-evaluación destacó el aumento de habilidades sociales en los niños que iniciaron como pre-escolares, P4 $F(1,193)$, $p<.01$, $\eta^2=.116$ y P5, $F(1,193)$, $p<.01$, $\eta^2=.084$, alcanzando casi mismos puntajes que los niños de inicio en 1°.

Además, se encontraron efectos principales para la nacionalidad, $F(1,193)=8.30$, $p<.01$, $\eta^2= .041$, temperamento de ira, $F(1,193)=11.11$, $p<.01$, $\eta^2=.054$ y grado escolar, $F(2,241)= 5.24$, $p<.01$, $\eta^2= .051$. En sus respectivos contrastes se halló que los niños inmigrantes presentan menores habilidades, $F(1,193)= 2.91$, $p<.01$, que los niños con un temperamento de ira bajo $F(1,193)= -3.37$, $p<.01$, desarrollan mejor habilidades pro-

sociales y se confirman las diferencias entre grados antes mencionadas, $F(2,193)= 3.80$, $p<.01$.

Problemas con los compañeros

Se hallaron interacciones significativas con programa*grado escolar, $F(2,186)= 3.45$, $p<.05$, $\eta^2= .036$, y programa*temperamento nivel actividad, $F(1,186)= 4.31$, $p<.05$, $\eta^2= .023$. En los contrastes de la primera interacción encontramos que en la pre-evaluación, los maestros informan diferencias significativas entre grados, donde en 1° año se observan menores problemas con los pares, $F(2,186)= 8.73$, $p<.01$, $\eta^2= .086$, respecto de los pre-escolares. Mientras que en la post-evaluación estas diferencias, $F(2,186)=10.95$, $P<.01$, $\eta^2= .105$, se muestran en los niños que iniciaron el programa en P5 y 1° respecto de los de P4. Sin embargo, al término del programa, destacan con menores problemas aquellos que iniciaron en P5, $F(1,186)= 5.31$, $P.<.05$, $\eta^2= .028$, respecto del resto.

Los contrastes de la segunda interacción muestran que al final del programa, los niños con temperamento de nivel de actividad alto, logran una mejoría significativa con sus pares, $F(1,186)= 9.96$, $p<.01$, $\eta^2= .051$, aunque los puntajes entre ambos niveles de temperamento no muestran diferencias significativas.

Además, se encontraron efectos principales para grado escolar, $F(2,186)=14.40$, $p<.01$, $\eta^2= .134$, nacional, $F(1,186)= 19.41$, $p<.01$, $\eta^2= .094$ y temperamento de nivel actividad, $F(1,186)= 6.76$, $p<.01$, $\eta^2= .035$; cuyos contrastes mostraron que los niños inmigrantes, $F(1,186)= -4.69$, $p<.01$, los de 1° año y P5 respecto a P4, $F(2,186)= -7.91$, $p<.01$ y $F(2,186)= -4.57$, $p<.01$, son factores relacionados para desarrollar más problemas con los pares y, que el temperamento alto contribuye a la disminución de problemas, $F(1,186)= -2.77$, $p<.01$.

C-TRF y TRF - Sintomatología Interiorizada

Se obtuvo un efecto principal del programa, $F(1,192) = 8.22$, $p < .01$, $\eta^2 = .041$.

Junto con ello, se encontraron dos interacciones significativas. Por un lado, programa*grado escolar, $F(2,192) = 3.20$, $p < .05$, $\eta^2 = .032$ y, por otro, programa*temperamento ira, $F(1,192) = 3.95$, $P < .05$, $\eta^2 = .020$. Para la primera, los contrastes mostraron diferencias entre grados escolares tanto en la pre como post-evaluación: Al inicio, los niños escolares presentan mayor sintomatología que los pre-escolares, $F(2,192) = 9.70$, $P < .01$, $\eta^2 = .092$, mientras que en el post la diferencia está entre los niños que iniciaron en P5 y 1° respecto a los iniciados en P4, $F(2,192) = 5.22$, $P < .01$, $\eta^2 = .052$. Aunque, aquellos niños que iniciaron el programa en 1° año al término del programa disminuyeron en mayor medida la sintomatología, $F(1,192) = 10.60$, $P < .01$, $\eta^2 = .052$, a diferencia de los demás.

Respecto a la segunda interacción observamos que en la primera evaluación no existen diferencias entre tener un temperamento alto o bajo, pero en la evaluación final sí, donde el bajo temperamento de ira ayuda a disminuir sintomatología, $F(1,192) = 8.0$, $p < .01$, $\eta^2 = .040$, siendo importante que los niños con bajo temperamento se benefician significativamente del programa respecto a los de alto temperamento, $F(1,192) = 10.61$, $P < .01$, $\eta^2 = .052$.

Además se encontraron efectos principales para temperamento triste, $F(1,192) = 13.74$, $p < .01$, $\eta^2 = .067$, nacional, $F(1,192) = 11.06$, $p < .01$, $\eta^2 = .054$ y curso, $F(2,192) = 11.42$, $P < .01$, $\eta^2 = .106$. Y, en los contrastes se halló que los inmigrantes presentan mayor sintomatología, $F(1,192) = 2.46$, $p < .01$, al igual que los niños con temperamento triste alto, $F(1,192) = 3.20$, $p < .01$ y, se confirmó que los niños escolares tienen mayor propensión a esta sintomatología, $F(2,192) = 4.80$, $p < .01$.

A continuación se hace un desglose de las tres escalas de los instrumentos que conforman los problemas internalizantes:

1) Ansiedad y Depresión

Se halló efecto principal del programa, $F(1,192)= 11.48$, $p<.01$, $\eta^2= .056$.

También se encontraron interacciones con programa*nacional, $F(1,192)= 5.35$, $p<.05$, $\eta^2= .027$ y con programa* temperamento de ira, $F(1,192)=8.53$, $p<.01$, $\eta^2= .043$. El contraste de la primera interacción muestra que en la pre-evaluación los inmigrantes tienen mayor sintomatología a diferencia de los nacionales, $F(1,192)= 12.07$, $p<.01$, $\eta^2= .059$, diferencia que no se da en su post evaluación. Pero, al término de la implementación del programa existen diferencias significativas a favor de los niños no nacionales para la reducción de síntomas, $F(1,192)= 12.76$, $p<.01$, $\eta^2= .062$.

En el caso de la segunda interacción, los contrastes muestran que en la post-evaluación se observan diferencias significativas a favor del bajo temperamento de ira, $F(1,192)= 17.22$, $p<.01$, $\eta^2= .082$. De hecho, al final del programa el mayor beneficio fue para los niños con éste nivel de temperamento en la reducción de ansiedad y depresión, $F(1,192)= 18.07$, $p<.01$, $\eta^2= .086$.

Además se hallaron efectos principales para curso, $F(2,192)= 13.95$, $p<.01$, $\eta^2= .127$, temperamento triste, $F(1,192)= 11.68$, $p<.01$, $\eta^2= .057$ y ser nacional, $F(1,192)=11.97$, $p<.01$, $\eta^2= .059$. En estos contrastes se mostró que los niños de edad escolar respecto los pre-escolares desarrollan mayor ansiedad y depresión, $F(2,192)= 5.08$, $p<.01$, al igual que tener un temperamento triste alto,

$F(1,192) = 2.82, p < .01$. De igual forma, se confirma lo expuesto anteriormente respecto a ser inmigrante, $F(1,192) = -2.45, p < .01$.

2) *Evitación*

También el programa beneficia independientemente de las demás variables, $F(1,193) = 3.89, p < .05, \eta^2 = .020$.

Se encontró interacción con programa*curso, $F(2,193) = 5.56, p < .01, \eta^2 = .054$. En el contraste se observa que en la pre-evaluación los niños en 1° año tienen el mayor puntaje de sintomatología a diferencia de los niños en pre-escolar, $F(2,193) = 6.06, p < .01, \eta^2 = .059$, diferencia que no se da en su post evaluación. Al término del programa fueron los niños de 1° los que muestran un beneficio mayor en la reducción de síntomas de evitación, $F(1,193) = 7.02, p < .01, \eta^2 = .035$.

Además se hallaron efectos principales para nacional $(1,193) = 12.78, p < .01, \eta^2 = .062$, temperamento triste, $F(1,193) = 15.65, p < .01, \eta^2 = .075$, y curso, $F(2,193) = 4.44, p < .05, \eta^2 = .044$; cuyos contrastes mostraron que el ser inmigrante, $F(1,193) = -3.06, p < .01$, y presentar un temperamento triste alto, $F(1,193) = 3.38, p < .01$, se relacionan con mayores problemas de evitación. Y se confirmó que los niños de edad escolar, respecto a los pre-escolares, son más propensos al desarrollo de esta sintomatología, $F(2,193) = 3.33, p < .01$.

3) *Problemas somáticos*

No se encontraron beneficios del programa respecto a esta sintomatología, ni interacciones significativas. Únicamente se halló un efecto principal del temperamento de ira, $F(1,196) = 6.10, p < .05, \eta^2 = .030$, cuyo contraste mostró que

los niños con un alto temperamento de este tipo tienden a presentar mayores problemas somáticos, $F(1,196)= 1.69, p<.05$.

C-TRF y TRF - Sintomatología Exteriorizada

Se encontró una interacción con programa* temperamento auto-regulación. Su contraste muestra que tanto al inicio del programa como al final existen diferencias significativas de sintomatología entre ambos niveles temperamentales de auto-regulación, $F(1,191)= 4.72, p<.05, \eta^2=.024$ y $F(1,191)= 7.42, p<.01, \eta^2=.037$. Sin embargo, es en la post-evaluación donde se reporta una mejoría significativa en los niños con un temperamento alto de auto-regulación, $F(1,191)= 13.87, p<.01, \eta^2=.068$.

Además se encontraron efectos principales para nacional, $F(1,191)= 12.52, p<.01, \eta^2=.062$, temperamento de ira, $F(1,191)= 4.90, p<.05, \eta^2=.025$ y temperamento de nivel de actividad, $F(1,191)= 12.31, p<.01, \eta^2=.061$; en cuyos contrastes se encontró que el ser inmigrante, $F(1,191)= -3.22, p<.01$ y tener un temperamento de ira y de nivel de actividad altos, $F(1,191)= 2.18, p<.05$ y $F(1,191)= 3.36, p<.01$, son características asociadas a una mayor sintomatología de este tipo.

A continuación se hace un desglose de las dos escalas de los instrumentos, que conforman los problemas externalizantes:

Conducta Agresiva

Se encontró una interacción significativa con programa*temperamento auto-regulación. El contraste muestra que tanto al inicio como al final de la aplicación del programa existen diferencias significativas de sintomatología entre ambos niveles temperamentales de auto-regulación, $F(1,189)= 9.39, p<.01, \eta^2=.047$ y $F(1,189)= 8.03, p<.01, \eta^2=.041$. Y es en la post-evaluación donde se

reporta una mejoría significativa en los niños con un temperamento alto de auto-regulación, $F(1,189)= 10.89$, $p<.01$, $\eta^2=.054$.

Además se encontraron efectos principales para nacional, $F(1,189)= 9.39$, $p<.01$, $\eta^2=.047$, temperamento de ira, $F(1,189)= 9.89$, $p<.01$, $\eta^2=.050$, temperamento de nivel de actividad, $F(1,189)= 13.07$, $p<.01$, $\eta^2=.065$ y grado escolar, $F(2,189)= 3.35$, $p<.05$, $\eta^2=.034$, en cuyos contrastes se mostró que ser inmigrante, $F(1, 189)= -2.79$, $p<.01$ y tener un temperamento de ira y de nivel de actividad altos, $F(1,189)= 3.21$, $p<.01$ y $F(1,189)= 3.55$, $p<.01$, son características asociadas a una conducta agresiva mayor. Y, el contraste de grado escolar mostró que los niños de edad escolar, respecto a los pre-escolares de P5, son más propensos al desarrollo de esta sintomatología, $F(2,189)= 2.98$, $p<.01$.

Problemas de Atención

Se encontró efecto principal del programa, $F(1,192)= 12.98$, $p<.01$, $\eta^2=.063$.

Se halló interacción con programa*temperamento auto-regulación, $F(1,192)= 10.49$, $p<.01$, $\eta^2=.052$. El contraste mostró que en la post-evaluación existen diferencias significativas entre los puntajes de ambos niveles de temperamento, $F(1,192)= 22.07$, $p<.01$, $\eta^2=.103$, pero son los niños con temperamento alto los que se beneficiaron del programa para disminuir sus problemas atencionales $F(1,192)= 27.77$, $p<.01$, $\eta^2=.126$.

Además se hallaron efectos principales para nacional, $F(1,192)= 13.04$, $p<.01$, $\eta^2=.064$, temperamento de nivel de actividad, $F(1,192)= 10.59$, $p<.01$, $\eta^2=.052$ y temperamento de auto-regulación, $F(1,192)= 7.88$, $p<.01$, $\eta^2=.039$, cuyos contrastes mostraron que los inmigrantes, $F(1,192)= -3.54$, $p<.01$ y el tener un temperamento de nivel de actividad alto, $F(1,192)= 3.12$, $p<.01$, se asocian a

mayores problemas de atención, mientras que un temperamento de autorregulación alto, $F(1,192) = -2.69, p < .01$, los disminuye.

TRF Rendimiento escolar

No se encontraron beneficios del programa respecto a esta variable, ni interacciones significativas. Únicamente se halló un efecto principal por ser nacional, $F(1,140) = 10.54, p < .01, \eta^2 = .208$, cuyo contraste muestra que los niños inmigrantes son más propensos a tener menor rendimiento académico, $F(1,40) = 8.51, p < .01$.

TRF Función Adaptativa

Se halló un efecto principal para el programa, $F(1,37) = 8.74, p < .01, \eta^2 = .191$.

Se encontró una interacción significativa con programa*temperamento triste, $F(1,37) = 4.79, p < .05, \eta^2 = .115$. El contraste mostró que en la post-evaluación existen diferencias significativas entre ambos niveles de temperamento, $F(1,37) = 7.71, p < .01, \eta^2 = .173$, pero son los niños con un temperamento triste bajo, $F(1,37) = 13.02, p < .01, \eta^2 = .260$, los que al término del programa se han beneficiados aumentando su función adaptativa.

Además se encontraron efectos principales para nacional, $F(1,37) = 7.55, p < .01, \eta^2 = .169$ y temperamento triste, $F(1,37) = 4.83, p < .05, \eta^2 = .115$, cuyos contrastes mostraron que ser inmigrante, $F(1,37) = 5.46, p < .01$ y tener un temperamento triste alto, $F(1,37) = 4.02, p < .05$, se asocian a una menor función adaptativa.

Discusión

Respondiendo al objetivo de este estudio corroboramos el buen funcionamiento de las cinco unidades del programa, independientemente de la existencia de otras

características o factores. Ayudó al desarrollo de habilidades pro-sociales, en la disminución de problemas interiorizados (ansiedad, depresión y evitación), a tener menores problemas de atención y a mejorar la función adaptativa. En este aspecto, nuestros resultados concuerdan plenamente con lo descrito por otros investigadores, como *Center for the Study and Prevention of Violence* (2001), Miller et al., 2005 y Webster-Stratton et al., 2008.

Sin embargo, a diferencia de estos estudios, hemos hallado que ciertas características parecen ser importantes – el grado escolar, el ser nativo y el tipo de temperamento- las que al interaccionar con el programa modulan los problemas con pares, los síntomas exteriorizados en general y específicamente la conducta agresiva. Únicamente la variable ‘sexo’ no marcó diferencias en el resultado del programa, como lo expuso Webster-Stratton (2008), situación que rechaza nuestra segunda hipótesis formulada.

En la línea de nuestra primera hipótesis, se han encontrado aportes significativos por parte de grado escolar, ser nativo y diferentes tipos y niveles de temperamento. En cuanto a grado escolar, como ha comentado Rutter et al. (2008), los niños que han iniciado en grado pre-escolar se han beneficiado más por el programa adquiriendo mayores habilidades pro-sociales, reduciendo los problemas con sus compañeros y la sintomatología interiorizada - problemas de evitación.

Además este mismo factor tuvo influencia como factor individual y no por interacción con el programa. Acorde a lo expuesto en el estudio de pre-evaluación de la muestra (Arratíbel et al. en revisión) y a lo demostrado por Hinshaw y Lee (2003), se corrobora que los niños de edad escolar son los que presentan mayores problemas exteriorizados e interiorizados, específicamente conducta agresiva, ansiedad y depresión.

Por su parte, los resultados respecto a ser nativo o inmigrante, parecen ir en la línea de Cantor-Graae et al. (2003) y Fazel y Stein (2002), en la que los niños inmigrantes no se definen por un solo tipo de sintomatología. Aunque en su mayoría, del mismo tipo que presentan los nativos (Angold et al., 2002; Zwirs et al., 2007), pero con amplia diferencia de puntajes de riesgo para los inmigrantes.

El ser del grupo inmigrante parece que agudiza la propensión para presentar más problemas con los compañeros, menores habilidades pro-sociales, menor función adaptativa y bajo rendimiento académico, independientemente del programa u otras características. En esto, coincidimos ampliamente con las evidencias de otras investigaciones (McMahon, Singh, Grner y Benhorin, 2004 y Onchwari, Onchwari y Keengwe, 2008).

Por otro lado, este mismo factor fue una característica que interaccionó con el programa, y se mostraron beneficios importantes para los niños inmigrantes respecto a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, en comparación con los nativos. Efectivamente, cuando un grupo presenta mayores problemas el resultado del programa es muy significativo en su mejoría (Hutchings et al., 2011; Webster-Stratton et al., 2008).

En relación al temperamento, cabe recordar que en esta investigación se tomaron en cuenta cuatro tipos de temperamento. De manera general, el temperamento en este estudio se ha relacionado con una variedad de respuestas, como han descrito en su momento Blair, Denham, Kochanoff, y Whipple (2004). Ha sido un factor de influencia individual como de interacción en la efectividad de intervención, teniendo en cuenta que estuvo presente en todas las respuestas medidas. Y se destaca que este factor interacciona con el programa produciendo mejorías en los problemas

con pares, problemas interiorizados, en específico ansiedad y depresión; con los problemas exteriorizados (problemas de atención y conducta agresiva) y la función adaptativa.

De manera particular, la influencia de cada tipo de temperamento es distinta tanto por intensidad (alta o baja) como por tipo (de extraversión, afectividad negativa o regulación). Como expone Lahey (2004) este constructo direcciona importantes aspectos del desarrollo infantil, lo que hace que los niños no sean igualmente propensos a desarrollar cierta psicopatología.

En el caso del temperamento de nivel de actividad, se ha coincidido con otras investigaciones en que ayuda a los niños con temperamento alto a disminuir problemas con iguales al interactuar con el programa (Caspi y Shiner; 2006), pero también como característica individual provoca mayores problemas exteriorizados (Walker, Berthelsen, & Irving, 2001). Por lo que pensamos que se debe aprender a equilibrar su expresión pues es un factor que estando en un mismo nivel ayuda y perjudica si no ayudamos a que los niños con este tipo de temperamento mantengan un nivel adecuado para su adaptación social sin ponerlos en riesgo de desarrollar sintomatología exteriorizada.

Respecto al temperamento de ira, los niños con un alto nivel no pudieron beneficiarse del programa, asociándose más con problemas interiorizados, mayor conducta agresiva, problemas para relacionarse con los pares y en habilidades pro-sociales, al igual que lo exponen otros investigadores (Caspi y Shiner, 2006; Morris et al., 2002 y Walker et al., 2001). Como característica individual se asoció a problemas somáticos.

A este temperamento de ira generalmente se le refieren asociaciones al desarrollo de psicopatología exteriorizada, y en este caso al presentar un nivel bajo y, en interacción con el programa, da la posibilidad de disminuir los síntomas interiorizados, como la ansiedad-depresión. Y, como característica individual, manteniendo este mismo nivel, que haya mayor desarrollo de habilidades pro-sociales.

El temperamento triste está comúnmente asociado a problemas de evitación, inhibición y rechazo de iguales (Caspi y Shiner, 2006 y Walker et al., 2001). Bajo esta línea, se confirmó que un nivel alto se asocia con el desarrollo de sintomatología interiorizada, problemas de evitación y ansiedad /depresión. Aunque, también los niños con un bajo nivel de temperamento triste se benefician del programa, pudiendo desarrollar una mejor función adaptativa.

Finalmente, el temperamento de auto-regulación es una de las características temperamentales básicas, ya que influye de manera importante tanto en la regulación emocional como conductual (Rothbart y Bates, 2006), sobre todo si hay diferencias tempranas en atención y control de impulsos (Berthelsen y Irving, 2001; Caspi y Shiner, 2008). En el presente estudio, la interacción entre el programa y una alta autoregulación ayudó a tener menos problemas exteriorizada, conducta agresiva y problemas de atención.

Si bien este estudio permite ver importantes factores y efectos en la prevención de la sintomatología de riesgo en edad infantil, también existen limitaciones que deben ser consideradas. En principio la ausencia de un grupo control y la falta de información sobre los estilos de crianza y educativos, de padres y maestros, al igual que la falta de medidas de su salud mental, ya que estas características individuales podrían estar asociadas a la buena o mal percepción del niño o al mismo mantenimiento o aumento

de la psicopatología encontrada. También, el no haber podido contar con otros informantes, como los padres, otros profesores o los mismos niños de edades escolares, así como otras medidas de evaluación como la observación estructurada por psicólogos o profesionales del área para evitar sesgos. Otros aspectos limitantes son la falta de un instrumento validado y adaptado al español/catalán para evaluar dimensiones temperamentales en la infancia a través de los maestros. Y finalmente, la falta de medidas del rendimiento académico y función adaptativa en todos los niños participantes, debido a que el instrumento para pre-escolares no cuenta con éstas dimensiones.

También hay que mencionar, como característica a considerar en el contexto escolar español, que acorde a la demanda académica, la estructura del programa no se adecúa para desarrollar el programa entero en los dos años, tal y como plantea el currículum original. Sin embargo, los resultados obtenidos de las cinco unidades que conforman el primer año del programa, demuestran una efectividad importante para la prevención infantil tanto de psicopatología exteriorizada como interiorizada.

Para futuras investigaciones sería importante valorar otros tipos de temperamento, de afectividad positiva y negativa, relevantes en este rango de edades (Rothbart y Bates, 2006), para obtener una relación más amplia de este factor, respecto al ámbito de la prevención infantil psicopatológica. Dada la importancia otorgada actualmente a la información genética, se recomienda contar con esta información tanto de padres como de los niños para la mayor precisión de factores biológicos.

Igualmente sería importante evaluar la sintomatología de ansiedad y depresión por separado, pues aún cuando son problemas generalmente comórbidos, existen factores biológicos que pueden diferenciarles y ser clave para un mayor beneficio preventivo.

El ser inmigrante también ha sido un factor predominante y significativo en el curso del programa preventivo, por lo que sería valioso dedicar tiempo a su estudio, como el proceso de adaptación, antecedentes familiares, salud y la percepción de su nuevo contexto en España, para entender aún mejor su rol en el desarrollo de síntomas de riesgo y por ende en los programas preventivos. Si bien existen algunos primeros estudios respecto a la situación inmigrante en España (Cuadrado, Molero, Navas y García, 2003; Ramírez y Rodríguez, 2006), son pocos los que se dedican a explorar el ámbito infantil y sus necesidades en este país.

Además, con la finalidad de generalizar los resultados a otros contextos, y de tener mejores resultados, se insta a involucrar a los padres en la implementación del programa. Lo que también ayudará a que los beneficios persistan en el tiempo y en ambos contextos: casa y escuela (Reid et al., 2007; Webster-Stratton, et al, 2001).

Y por último, sería importante llevar a cabo análisis más complejos, como las ecuaciones estructurales, que permitan dar una dirección a los efectos encontrados por el conjunto de variables utilizadas aquí.

Conclusiones

Este estudio comprende una aportación importante al ámbito de la prevención en etapa pre-escolar y escolar al evaluar de forma conjunta factores tanto biológicos como contexto-socio-culturales. En específico para el desarrollo de este programa, esta investigación es la primera en donde se presentan resultados del factor temperamental, altamente significativo para las áreas de mejoría que ofrece este currículum preventivo.

Además, no importando la modificación del tiempo y la sola aplicación de un primer año del programa *Classroom Dinosaur School*, éste demuestra su efectividad

preventiva. Los niños mejoran tanto conductual como emocionalmente al adquirir o incrementar sus habilidades prosociales, las relaciones entre iguales y su función adaptativa.

La efectividad y beneficios adquiridos también son resultado de la evolución y maduración de los niños. Aquellos que iniciaron el programa a la edad de pre-escolar tuvieron puntajes más significativos de cambio, lo que hace referencia a la mayor flexibilidad para moldear características individuales en pro de un mejor desarrollo psicológico, social y académico.

En la misma consideración del tiempo evolutivo y, la estructura del desarrollo, el temperamento demuestra ser un factor de riesgo o de protección según el nivel de expresión (alta o baja) pero a edades escolares más que pre-escolares.

Respecto a la característica cultural, no podemos decir que el ser inmigrante *per se* sea un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas psicopatológicos pues haría falta explorar más este tema. Sin embargo, podemos argumentar en la línea de investigadores como Ladd y Gazelle (2003) y McMahon, Singh, Garner y Benhorin (2004) que efectivamente al presentar mayores problemas con los iguales, han tenido menor oportunidad de desarrollar habilidades sociales, lo que ha desencadenado mayores problemas exteriorizados también.

Por último, es importante recalcar que es uno de los primeros estudios de este programa en el que no intervienen miembros del equipo investigador o miembros de la instancia creadora del programa como instructores en la implementación diaria. Esta situación permite que, el funcionamiento del programa se realice bajo el contexto natural del niño, otorgándole gran relevancia a la presente investigación

Referencias

- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang E., Roessner, V., Steinhausen, H.C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescola, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Retrieved from <http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf>. Accessed 17 April 2010.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Burlington: Research Center for Children, Youth and Families.
- Anagnostopoulos, D.C., Vlassopoulou, M., Rotsika, V., Pehlivanidou, H., Legaki, L., Rogakou, E., & Lazaratou, H. (2004). Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' children and Their Families. *Transcultural Psychiatry*, 41 (4), 465-486.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D., & Masten, A.S. (2008). The Interplay of Social Competence and Psychopathology over 20 years: Testing transactional and Cascade models. *Child Development*, 79 (2), 359-374.
- Cuadrado, I., Molero, F., Navas, M., y García, M.C. (2003). Immigration and tourism: Differences in perceptions and attitudes toward foreigners in a sample of children from Almeria. *Revista de Psicología Social*, 18(2), 2003. Pp. 121-140.

- Gardner, F. & Shaw, D. (2008). Behavioral Problems of Infancy and Preschool Children (0-5). En M. Rutter, D. Bichop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 882- 893), 5a Ed, Oxford: Wiley- Blackwell.
- Gazelle, H., & Ladd, G.W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257-278.
- Hinshaw, S.P., & Lee, S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In: R.A. Barkley & E.J. Mash (Eds.), *Child Psychopathology* (pp 144-198), 2nd edn, New York: Guilford.
- Hutchings, J., Bywater, T., Gridley, N., Whitaker, C.J., Martin, P. & Gruffydd, S. (2011). The Incredible Years Therapeutic Social and Emotional Skills Programme: A Pilot Study. *School Psychology International*, 33(3), 285-293.
- Hutchings, J., Lane, E., Owen, R, E., & Gwyn, R. (2004). The introduction of the Webster-Stratton Classroom Dinosaur school programme in Gwynedd, North Wales: a pilot study. *Educational & Child Psychology*, 21(4), 4-15. Retrieved from <http://www.bps.org.uk/>
- Laredo, A., Jane, M.C., Mitjavila, M., Pla, E., Pi, M., Ruiz, G., & Domenech-Llaberia, E. (2007). Temperamental Dimension and Anxiety Problems in a Clinical Sample of three-to-six year old Children: A Study of Variables. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 399-407.
- Laredo, A. (2009). *Temperamento y problemas de ansiedad en muestra clínica de edad preescolar y escolar*. Tesis inédita de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Masten, A.S., Burt, K.B., & Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In: D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology* (pp. 696-738), 2nd edn, New York: Wiley.
- Miller, L., Kiely, K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R.G. & Shrout, P. (2005). Prevention for Preschoolers at High Risk for Conduct Problems: Immediate Outcomes on Parenting Practices and Child Social Competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 724-734.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent-training/Education programs in the management of children with conduct disorders*. London: NICE technology Appraisal (www.nice.org.uk).
- Powell, D., Dunlap, G. & Fox, L. (2006). Prevention and Intervention for the Challenging Behaviors of Toddlers and Preschoolers. *Infants and Young Children*, 19(1), 25-35.
- Promising Practices Network (2006). *Rand Report: Programs that work- Incredible Years* (pp 1-20). Recuperado de http://www.incredibleyears.com/library/items/rand-report-2006-promising-practices-network_06.pdf
- Ramirez, M.C. y Rodríguez, A. (2006). Variables predictoras de la actitud hacia los inmigrantes en la Región de Murcia (España). *Anales de Psicología*, 22(1), 76-80.
- Reid, J., Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (2007). Enhancing a Classroom Social Competence and Problem-Solving Curriculum by Offering Parent Training to

Families of Moderate- to High-Risk Elementary School Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 605–620.

Rodríguez- Hernández, P.J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G., García, R., Sanz-Álvarez, E.J. & Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 265-279.

Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (2006). Temperament. En W. Damon & R. Lerner (Eds in chief) & N. Eisenberg (Vol Ed), *Handbook of child psychology, Vol. 3. Social, emotional and personality development* (pp. 99-166). 6th Ed. New York: Wiley.

Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 5th ed.* Oxford: Wiley- Blackwell.

Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.

Simonds, J. & Rothbart, M. K. (2004, October). *The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ): A computerized self-report measure of temperament for ages 7-10*. Poster session presented at the Occasional Temperament Conference, Athens, GA.

Spence, S.H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.

Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children – the foundation for early school readiness and

success: Incredible Years Classroom Social Skills and Problem-Solving Curriculum. *Journal of Infants and Young Children*, 17, 196–113.

Webster-Stratton, C., Mihalic, S., Fagan, A., Arnold, D., Taylor, T. y Tingley, C. (2001). *Blueprints for violence prevention, Book 11: The incredible years: Parent teacher and child training series*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001b). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 42, 943-952. doi:10.1111/1469-7610.00790

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49, 471-488. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x

Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2010). A School-Family Partnership: Addressing Multiple Risk Factors to Improve School Readiness and Prevent Conduct Problems in Young Children. In S. L. Christenson & A. L. Reschly (Eds.), *Handbook on school-family partnerships* (pp. 204-227). New York: Routledge.

Zwirs, B.W.C., Burger, H., Schulpen, T.W.J., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J.K. (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders among Children of Different Ethnic Origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566.

Tabla 1. Características demográficas de los niños

	Total muestra (N=215)		
	Nativos (N=141; 65.6%)	Inmigrantes (N=74; 34.4%)	Totales
Sexo			
<i>Masculino</i>	62 (44%)	42 (56.8%)	104 (48.4%)
<i>Femenino</i>	79 (56%)	32 (43.2%)	111 (51.6%)
Curso			
<i>P4</i>	-	-	-
<i>P5</i>	21 (15%)	11 (14.9%)	32 (15%)
<i>1º</i>	46 (32.9%)	30 (40.5%)	76 (35.5%)
<i>2º</i>	42 (30%)	22 (29.7%)	62 (29%)
<i>3º</i>	31 (22.1%)	11 (14.9%)	42 (19.6%)
Tipo Familia			
<i>Estable</i>	110 (84.6%)	66 (97.1%)	176 (88.9%)
<i>Sep. c/nva pareja</i>	7 (5.4%)	0	7 (3.5%)
<i>Sep. s/nva pareja</i>	7 (5.4%)	2 (2.9%)	9 (4.5%)
<i>Uniparental</i>	6 (4.6%)	0	6 (3%)
País origen niño			
<i>España</i>	72 (51.4%)	45 (60.8%)	117 (54.7%)
<i>Cataluña</i>	68 (48.6%)	18 (24.3%)	86 (40.2%)
<i>Marruecos</i>	-	7 (9.5%)	7 (3.3%)
<i>Vietnam</i>	-	1 (1.4%)	1 (0.5%)
<i>China</i>	-	1 (1.4%)	1 (0.5%)
<i>SudAmérica</i>	-	2 (2.7%)	2 (0.9%)

3. DISCUSIÓN GENERAL

Los artículos que han sido expuestos en esta tesis destacan la necesidad de evaluar desde edades tempranas y de manera conjunta los factores biológico-individuales y socio-culturales implicados en el desarrollo psicopatológico de niñas y niños en España. Esto, con el fin de delinear e implementar adecuadamente un plan de prevención que ayude a evitar un desarrollo mal adaptativo del niño hasta la edad adulta.

3.1. La relación del temperamento de ira y la sintomatología interiorizada en población clínica infantil.

Considerando la alta prevalencia de la sintomatología interiorizada y la escasa investigación existente sobre la relación entre esta sintomatología y diferentes tipos de temperamentos de afectividad negativa, como el temperamento de ira, este estudio ha intentado ampliar el patrón temperamental relacionado con estos problemas infantiles. Diversos investigadores han asociado este tipo de temperamento con problemas exteriorizados (Lahey, 2004; Nigg, 2006), no obstante, y extendiendo estos conocimientos, los hallazgos de esta tesis indican que el temperamento de ira también presenta una significativa relación con la sintomatología de depresión clínica infantil. Al respecto, dada la comorbilidad que se observó entre ansiedad y depresión, no es posible descartar la participación de este tipo de temperamento en el desarrollo de la ansiedad (Axelson y Birmaher, 2001; Masi et al., 2003).

Por otro lado, el sexo y la edad también fueron factores biológico-individuales importantes para definir el riesgo de desarrollar sintomatologías interiorizadas. Constatamos que la etapa evolutiva en que se encuentra el niño/a, puede tener efectos

negativos cuando él o ella presentan síntomas de nivel clínico (Lemos, 2003). En este sentido, los hallazgos de esta tesis indican que los problemas interiorizados son más frecuentes a medida que aumenta la edad (hacia los 10 años) de las niñas y niños.

En cuanto al sexo, hay que destacar que a diferencia de lo que se postula en otras investigaciones (Angold y Costello, 2001; Shaffer, 2000), el sexo masculino fue el que se percibe con más problemas interiorizados. Comúnmente en la literatura estas diferencias de sexos (Dunn, 2001; Shaffer, 2000) suelen atribuirse a los distintos roles sociales y los comportamientos asociados a lo femenino y lo masculino (p.e: las niñas tenderían a ser más dependientes y emocionales). No obstante, los resultados de la presente tesis no confirman estos planteamientos, sugiriendo la posibilidad que existan otros factores relevantes que se asocian a este tipo de sintomatología.

Respecto a la edad, las altas prevalencias de síntomas psicopatológicos que se encontraron entre los 9 y 10 años de edad, sugieren el imperativo de trabajar con población infantil desde edades más tempranas. Al respecto, esta tesis ha contribuido a identificar factores, biológico-individuales y socioculturales, significativos en el desarrollo infantil que aumentarían la probabilidad de aparición o mantención de graves problemas interiorizados y exteriorizados al no haberse intervenido antes.

Finalmente, y dentro del marco clínico, cabe destacar también la comorbilidad que se observó entre síntomas interiorizados, específicamente ansiedad y depresión, y la dificultad que implica esto para su tratamiento y un favorable pronóstico. Tal como señalan Pine y Kline (2008), una característica clínica relevante de ambas psicopatologías es su alta comorbilidad, lo que dificulta su definición y afecta en mayor medida a otras áreas involucradas en la adaptación social.

3.2. El efecto de las habilidades sociales y problemas con iguales en la sintomatología exteriorizada e interiorizada en población pre-escolar y escolar.

La exploración y valoración realizada en la muestra clínica infantil ha reflejado la importancia de focalizar el estudio de niños de edades tempranas y que aún no manifiesten sintomatologías clínicas, en tanto esto ayudaría a evaluar qué aspectos se deben considerar y en qué momento se deben iniciar las intervenciones para promover un desarrollo sano y duradero.

Debido a que se investigó una población de niños más pequeños, ha sido importante considerar varios factores relacionados a su desarrollo. Al respecto, tanto la edad como el sexo proporcionaron algunos resultados distintos de lo que se ha descrito en otras etapas como la adolescencia o adultez. A partir de los hallazgos obtenidos, destacamos que en España, en población general infantil, el sexo no ha mostrado efectos significativos sobre los síntomas interiorizados o exteriorizados, como han afirmado otros investigadores (Angold y Costello, 2001; Shaffer, 2000). Esto puede apuntar a que en las edades estudiadas son escasas las diferencias conductuales, emocionales y sociales observables entre sexos, y que por ello no se encuentra un efecto en específico (Eagly y Wood, 1999). Sin embargo, según la percepción de los profesores, se distingue un mayor número de problemas en el sexo masculino, mientras que el femenino se ve socialmente mejor adaptado. Esto sugiere la necesidad de integrar la evaluación de padres y del mismo niño para contar con la mayor información posible y así determinar si los problemas provienen del niño, de la cultura familiar y/o de las respuestas que producen las características del evaluador.

Respecto a la edad, fue identificada como un factor con efecto importante para corregir y prevenir problemas interiorizados, más que exteriorizados. Contrario a lo que diversos investigadores han mostrado (Findling, 2003; Moffit et al., 2001), el

mantenimiento o aumento de problemas exteriorizados a esta edad se relaciona con otros factores distintos a la edad. Son factores de índole social - habilidades sociales y problemas con los compañeros- los que repercutirán en su evolución, ya sea disminuyendo o aumentando su desarrollo. De hecho creemos que esta relación se debe a que este tipo de problemas involucran conflictos con los demás y las expectativas de su entorno.

No obstante a lo anterior, los síntomas interiorizados también contaron con un factor social involucrado con su aumento o disminución. Tanto los problemas con los pares como la agresividad se implican en la aparición y mantenimiento de éstos. Lo cual creemos que va en línea con la distorsión afectiva y cognitiva interna que se tiene al presentar estos problemas, por la vivencia de alguna situación displacentera, y esto les imposibilita para establecer relaciones o responder de forma adecuada al medio que le rodea.

Como se ha observado, tanto las habilidades sociales como los problemas con pares forman parte de la socialización que da la oportunidad de construir conductas y valores a los niños, que posteriormente determinan su buena o mala adaptación. Por ello, el establecimiento de relaciones con sus pares forma parte importante del patrón de modelamiento que en estas etapas integran a su sistema evolutivo, por lo que el poder mantener relaciones íntimo-afectivas con los amigos es un factor importante en la predicción de comportamientos desadaptativos (Muñoz-Rivas y Graña, 2005).

Junto con lo anterior, también hemos de considerar la relevancia del factor cultural, en el sentido de que la población infantil actual en España la conforman niños nativos e inmigrantes, lo cual hace que el desarrollo social dependa también de la integración entre su identidad cultural y la adaptación psicológica y sociocultural de su contexto (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006). Por esto ha sido importante encontrar

que dentro de esta muestra infantil normativa el ser inmigrante no es un factor significativo de riesgo, aunque hay que puntualizar que los maestros informaron de un mayor número de síntomas de riesgo que en los nativos, lo cual podría justificarse debido al poco tiempo que llevan residiendo en España o al supuesto de que este cambio haya sido brusco (Berry et al., 2006; García-Coll, 2005). Sin embargo, como indican Ramírez y Rodríguez (2006), si los niños inmigrantes logren una similitud intercultural será más probable que la percepción que se tiene de ellos sea más positiva.

Aun cuando existe una misma necesidad infantil de integrar habilidades conductuales, cognitivas y afectivas, que lleven a la aceptación entre iguales y sus diferentes contextos, evitando así el desarrollo mal adaptativo y psicopatológico (Bierman y Welsh, 2000; Brendengen, Vitaro, Turgeon y Poulin, 2002; Rutter, 2008), no podemos dejar de lado las diferencias conductuales, afectivas y sociales que el proceso de adaptación y cambio han reflejado en los niños inmigrantes. Estos niños posiblemente requieran de una atención y ayuda extra a sus necesidades particulares para evitar que los síntomas de riesgo se incrementen.

3.3. Implicación de los factores de riesgo o protección en la efectividad del programa de prevención psicopatológica *Classroom Dinosaur School*.

Aunado a los factores valorados en la pre-evaluación, hemos evaluado el riesgo psicopatológico de presentar diversos tipos de temperamento, no solo de afectividad negativa, como la mayoría de estudios se han enfocado (Lahey, 2004; Nigg, 2006). En nuestro estudio no solo se ha demostrado su importancia en la configuración de respuestas adaptativas o mal adaptativas del niño (Keogh, 2006), sino también en el beneficio o perjuicio que tienen sobre el programa de intervención aplicado. Como fue

el caso del temperamento, donde si se tiene un nivel de intensidad poco perturbador permite trabajar mejor con el niño y potenciar características o habilidades que le protejan de un desarrollo psicopatológico.

Como se puede observar a lo largo de todo el trabajo de investigación se ha definido el efecto de una serie de características biológicas-individuales y socio-culturales en el desarrollo del niño, identificando cuales son de riesgo o protección. Sin embargo, también ha sido importante explorar exhaustivamente como estas características interaccionan al implementar un programa de prevención, ya que dan pautas importantes para delinear el qué, cuándo y cómo intervenir (Instituto de Medicina, 1994), para aprovechar al máximo las condiciones que se presenten tanto grupal como individualmente. No solo ha sido relevante saber cuáles son los factores de riesgo en la psicopatología, sino como en el caso específico del temperamento, se ha podido identificar que no es el tipo sino la intensidad con la que se presenten la que gradúa el riesgo, pues aun aquellos caracterizados por una afectividad negativa a niveles bajos permiten una adaptación adecuada y alcanzan a beneficiarse de los planes de prevención.

Por su parte, los factores que se definieron con efectos más significativos (Felner, Yates y Silverman, 2000; Rutter, 2003), al término de primer año curricular del programa preventivo, fueron el grado escolar, ser inmigrante y el temperamento, tanto para el desarrollo de psicopatología como para mayor o menor beneficio de este programa. Contrario a lo anterior, el sexo continuó siendo un factor no relevante a estas edades para definir el curso e implementación de la prevención. Realizar esta exploración conjunta constata la importancia y beneficio de algunas características que diferencian la psicopatología infantil de otras etapas, como son la posibilidad de reversibilidad y cronodependencia. Al situarnos en edades estratégicas para la

intervención de estos primeros síntomas de riesgo (Jane, 1998; Rutter et al. 2008), es más fácil disminuir gran número de síntomas, problemas con los compañeros y aumentar las habilidades sociales. Es decir, al haber intervenido a los niños desde los primeros años escolares se ayuda en gran medida a solucionar dificultades tempranas, aumentando sus posibilidades de adaptación y buen desarrollo posterior (Lemos, 2003).

Además, hemos de remarcar la importancia de intervenir dentro del contexto escolar al ser el segundo entorno más importante de desarrollo para el niño a estas edades. Existen cambios sociales, emocionales y conductuales que se deben integrar adaptativamente, y sus características individuales y socioculturales afectan significativamente su desarrollo y desempeño escolar (Rodríguez-Sacristán, 2000). Debido al carácter educativo de este contexto, las habilidades sociales aprendidas o desarrolladas han tenido una influencia positiva a través del tiempo en la disminución de síntomas psicopatológicos y en la promoción de un funcionamiento adaptativo (Gil, 1993; Gil y García, 1995; Rutter, 2008).

Sin embargo, respecto a los niños inmigrantes, contrario a la adaptación e integración que se esperaría al haber tenido más tiempo de residencia en España, muestran una conducta agresiva y manifiestan poca adaptación social y escolar, aunque parte de su adaptación psicológica sí ha sido beneficiada con el programa (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006) disminuyendo sus problemas de ansiedad y depresión. No obstante, pensamos que la madurez que los niños han ido alcanzando en estos últimos años los lleva a revalorizar su identidad cultural y su situación en el país de acogida, cuestiones que a edades más tempranas podrían no interesar a los niños y verse más como iguales, pero que a mayor edad podrían percibirse como amenazantes para el grupo nativo (Berry, Kalin y Taylor, 1977; Cuadrado, Molero,

Navas, García, 2003). Al respecto, se debería valorar si la relación entre el niño inmigrante y sus pares y maestros ha sido mediante una socialización simple, más que personalizada, marcado por un contacto poco efectivo para su integración y real socialización en su nuevo entorno (Cook, 1985; Ramírez y Rodríguez, 2006; Stephan, 1987).

Conforme a los resultados obtenidos, en la implementación del primer año del programa preventivo se cumple con la disminución de las causas de la sintomatología psicopatológica previamente establecidas y analizadas como precursores de dicha disfunción (Coie et al. 1993). De igual forma, éste ha sido adecuado y sensible al desarrollo o evolución de los problemas a prevenir, orientado hacia las oportunidades para las relaciones positivas, abierto a variados métodos de enseñanza, socialmente relevante y suficientemente potente respecto a la dosificación y duración (Nation et al., 2003). Aunque respecto a su exhaustividad para la población infantil en España, posiblemente se requieran cambios para que los niños inmigrantes también alcancen mejores beneficios en todos los aspectos tratados. En este sentido, teniendo en cuenta que el programa basa su prevención en el aprendizaje social, se requiere más investigación respecto de elementos culturales propios de España que podrían no estar incluidos en las consideraciones de la diversidad cultural que la autora Webster-Stratton (2004) ha evaluado para hacer generalizable su programa.

3.4. Limitaciones

Si bien hemos intentado que los estudios tengan el menor número de características limitantes, existen algunas y estas deben ser consideradas:

- Para el caso de la investigación en muestra con problemas clínicos de alta prevalencia, la muestra recogida ha sido reducida. Sería importante ampliarla

integrando la participación de más Centros de Salud Mental Infantojuvenil, lo que ayudaría a mejorar la generalización de los resultados.

- Por otro lado, las medidas utilizadas para obtener la valoración del temperamento han sido versiones experimentales, dada la falta de instrumentos adaptados a esta población. Sin embargo, las α obtenidos dan cuenta de una buena fiabilidad.
- El no contar con un grupo control a través del cual se pudiera valorar si los resultados obtenidos del programa preventivo son significativos respecto a otros niños. Existe diversa investigación internacional que ha presentado efectos significativos respecto de grupos control en la implementación de este programa que da respaldo a la falta de dicho grupo, sin embargo sabemos que es necesario corroborar esta significación en muestra española.
- La recogida de algunas variables importantes en padres y maestros –como psicopatología y estilos educativos de ambas partes. Dado el efecto que hay entre la psicopatología parental y los estilos de crianza, creemos que igualmente las características que tenga el profesorado evaluador pueden ser factores que afecten tanto en el desarrollo psicopatológico como en la misma percepción que se tenga del niño. Aunado a que generalmente a aquellos niños que se perciben con más problemas suelen recibir menor apoyo para encaminar mejor sus conductas y emociones, incrementando su psicopatología (Arnold, Griffith, Ortiz, y Stowe, 1998; Birch y Ladd, 1997).

- Finalmente, no haber tenido multi-informantes para tener otros puntos de referencia de los niños, partiendo de que si los niños están desarrollando un problema no solo pueden presentarlo en la escuela sino en otros contextos también, p.e. la casa. Tanto los padres como los profesores son los adultos que más interactúan con el niño a estas edades y podrían aportar información más amplia y detallada del desarrollo del niño, misma que serviría para incluir en el plan de prevención y desarrollar mayores beneficios.

3.5 Aportaciones clínicas

Al partir de dos tipos de muestra distinta, una con sintomatología clínica y otra normativa, los resultados presentados dan una amplia gama de implicaciones que ayudarían a mejorar la planificación e intervención preventiva de síntomas exteriorizados e interiorizados en población infantil en España. Respecto de la población clínica infantil, se debe considerar el número de niños varones identificados con problemas de ansiedad y distimia. Esta prevalencia, ha sido bastante más alta que en las niñas, lo cual, aun cuando no se ha identificado el sexo como un factor significativamente involucrado en el desarrollo de problemas psicopatológicos interiorizados, pone de manifiesto una pauta conductual y emocional grave que debe tratarse para evitar problemas mayores.

Sumado a lo anterior, la comorbilidad entre ansiedad y depresión en población clínica es una característica muy frecuente, por lo que el haber determinado con que subtipos de ansiedad y depresión se asocian a estas edades, ayudará a delinear de forma más específica el tratamiento y posiblemente, identificar el problema primario que desencadena los demás.

Por otro lado, factores como la edad, el temperamento, el ser nativo o inmigrante y las habilidades sociales deben ser relevantes en la evaluación de los niños, tanto a nivel normativo como clínico, dada su alta implicación en el desarrollo de síntomas interiorizados y exteriorizados. Por su parte, teniendo en cuenta las altas prevalencias encontradas a nivel clínico y el gran número de síntomas registrados a nivel normativo en edad infantil más avanzada, es imprescindible fijar el foco de atención en edades tempranas (preescolares) para actuar en etapas estratégicas y de mayor moldeamiento al identificar oportunamente cualquier anomalía en el comportamiento del niño/a. Además es un factor que demostró afectar de forma negativa a los otros tres factores- temperamento, ser nativo o inmigrante y las habilidades sociales- si se deja pasar mucho tiempo tras detectar síntomas o situaciones de riesgo para el niño y no se interviene.

Respecto al temperamento, la diversidad en tipos y niveles de expresión hace más compleja su evaluación, pues cada uno influye de manera distinta e importante en la construcción de un desarrollo adaptativo. Por tanto, para tener mayor alcance y efectividad en la identificación y prevención de los síntomas o factores de riesgo, sería necesario integrar la valoración de este constructo en tipo e intensidad. Es importante tener en cuenta sobre todo la intensidad, ya que nos definirá si éste tendrá un curso positivo o negativo en la vida del niño. De presentar un nivel perjudicial en su desarrollo podría moldearse para conseguir disminuir su intensidad y así el riesgo de padecer alguna psicopatología, para lo cual sería necesario contar con material que ayude a esta labor, como bien podrá ser el programa *Classroom Dinosaur School*.

Por otro lado, enfatizamos en la necesidad de la evaluación del desarrollo de habilidades sociales del niño, ya que la integración con sus pares y una buena socialización le permitiría desarrollar los mecanismos para madurar e integrar

información conductual y emocional adecuadamente. De hecho, es relevante hacer dicha evaluación cuando se inicia la etapa escolar, pues es un momento fundamental para valorar el conjunto de habilidades sociales que ha aprendido en casa y si éstas deben ser reconducidas. Aún así, habría que mantener siempre la atención a lo largo de la infancia sobre este aspecto, pues la convivencia diaria con personas ajenas a su entorno nuclear y el acceso gradual a mayor cantidad de información podrían constituirse en factores de riesgo en su desarrollo. Bajo esta misma perspectiva, habría que focalizar el esfuerzo de prevención en los niños inmigrantes, pues se ven inmersos en un proceso de adaptación cultural agregado, lo que podría complejizar su proceso de desarrollo. Es recomendable contar con la valoración por parte de sus padres y de los propios niños para tener una aproximación más exacta de los efectos de este proceso.

Finalmente, considerando el programa de prevención implementado, dejamos precedente de los beneficios que aportaría el primer año de aplicación del programa Classroom Dinosaur School en la población pre-escolar y escolar normativa en España. A partir de su estructura, material y fundamentación sería posible lograr un desarrollo de habilidades sociales muy alto en niños pequeños y aportar significativamente a los mayores, reduciendo en gran medida los problemas interiorizados y exteriorizados, afectando su adaptación positivamente.

4. CONCLUSIONES

A partir de los resultados de los manuscritos incluidos en esta tesis, en los que se han explorado los problemas interiorizados y exteriorizados, y factores relacionados al desarrollo de una intervención preventiva adecuada y efectiva, en niños pre-escolares y escolares, es posible señalar las siguientes conclusiones:

- Existe un alto porcentaje de sintomatología clínica interiorizada y exteriorizada en edades más avanzadas de la infancia, lo cual indica tanto una ausencia de procesos de identificación de primeros síntomas y factores de riesgo, como de implementación de programas de prevención a edades tempranas en niños y niñas en España.
- El ingreso al contexto escolar hace de éste un momento crucial para la valoración de las habilidades sociales que el niño ha desarrollado, con la finalidad de mantener o adquirir mejores y un mayor número de éstas para ayudar al establecimiento de buenas relaciones con los pares. Además son habilidades primordiales para el buen desarrollo y rendimiento académico de los niños, pues les ayuda a lograr una pertenencia y sana integración a su nuevo grupo social, aportando así mayor seguridad, motivación y modelos de aprendizaje para desenvolverse adecuadamente dentro y fuera de su contexto escolar.
- Evaluar conjuntamente un mayor número de factores relevantes y de diversos sistemas (diversos tipos de temperamento, edad, sexo, origen nativo o inmigrante, habilidades sociales, relación con sus pares, escuela y profesores) ayuda a definir y distinguir mejor las necesidades de los enfoques preventivos

para niños de los de otras etapas del desarrollo, haciendo más efectiva dicha intervención. Destacando que el grado escolar, ser nativo o inmigrante, y tanto el tipo como el nivel de expresión temperamental (alta o baja) aportan un efecto importante en el desarrollo de psicopatología y en el curso del programa preventivo. No así el sexo, que no mantiene relación significativa.

- Como parte de la relevancia de la prevención en la infancia, existe una gran necesidad por estudiar el desarrollo de síntomas psicopatológicos en la población infantil inmigrante en España, pues a diferencia de los beneficios que los niños nativos han obtenido con la implementación de programa, los inmigrantes se beneficiaron poco. El que los niños inmigrantes presenten mayores problemas sociales, exteriorizados y académicos, acrecienta el riesgo de perjudicar no solo el buen desarrollo de otros niños, sino también el pronóstico y posibilidad de evitar problemas más graves a corto tiempo.
- El programa de prevención utilizado comprende un conjunto curricular favorable para la población infantil de España. El beneficio sobre la salud mental, psicológica y social que tiene el primer año de este currículum da pie a poder seguir utilizándolo y posiblemente completar el currículum entero. Aunque cabe mencionar que respecto a los niños inmigrantes se deben hacer algunas evaluaciones extras, en el ámbito del lenguaje, motivación y adaptación e integración, para saber qué es lo que está fallando de la implementación y poder obtener también un beneficio en todos los sentidos posibles.

5. REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. London: Sage.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275- 1301.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. University of Vermont, Burlington: Research Center for Children, Youth and Families.
- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R., & Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Angold, A. & Costello, E.J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. En I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (pp. 143-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Axelson, D. & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14,67-78.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. España: Editorial Síntesis.
- Bakoula, C., Aikaterini, K., Veltsista, A., Kavdias, G., & Kolaitis, G. (2006). Prevalence of recurrent complaints of pain among Greek Schoolchildren and associated factors: a population-based study. *Acta de Pedriátrica*, 95, 947-951.

- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Benjumea, P. & Mojarro, M.D. (2000). Trastornos de conducta. Los comportamientos disociales. Clínica, Diagnóstico. Tratamiento. En J. Rodríguez, P. Mesa & J. Lozano (Eds.), *Psicopatología Infantil Básica: Teoría y casos clínicos* (pp.243- 251). Sevilla: Ediciones Pirámide.
- Berry, J.W., Kalin, R., & Taylor, D.M. (1977). *Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Berry, J.W., Phinney, J.S., Sam, D.L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, Identity and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 55(3), 303-332.
- Betancourt, H. & López, R.R. (1993). The study of cultura, ethnicity and race in American psychology. *American Psychologists*, 48, 629-637.
- Bierman, K., & Welsh, J.A. (2000). Assessing social dysfunction: The contributions of laboratory and performance-based measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 526-539.
- Brendengen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., & Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 609-624.
- Brotman, L.M., Gouley, K.K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R.G., & Shrout, P. (2005). Prevention for Preschoolers at High Risk for Conduct Problems:

- Immediate Outcomes on Parenting Practices and Child Social Competence, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (4), 724-734, doi: 10.1207/s15374424jccp3404_14.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Campo, J. & Fritz, G. (2001). A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42, 467-476.
- Campo, J., McWilliams, L.J., Comer, D., & Kelleher, K. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychology, functional impairment and use of services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1093-1101.
- Cano, A.R. (2006). *Síntomas somáticos en escolares venezolanos: variables familiares y psicopatología asociada*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrasco, M.A. & González, M.J. (2006). Theoretical Issues on Aggression: Concept and Models. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38.
- Caspi, A. & Silva, P.A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in Young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995a). *Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods*. New York: Wiley.

- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995b). *Developmental psychopathology*. Vol. 2. *Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D. & Hinshaw, S.P. (2002). Editorial: prevention and intervention science: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, 667-671.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Coie, J.D. (1990). Towards a theory of peer rejection. En S.R. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 365-402). Cambridge: Cambridge University Press.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R. Markman, H.J., et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologists*, 48, 1013-1022.
- Cook, S.W. (1985). Experimenting on social issues: The case of school de-segregation. *American Psychologist*, 40, 452-460.
- Cuadrado, I., Molero, F., Navas, M., & García, M.C. (2003). Immigration and tourism: Differences in perceptions and attitudes toward foreigners in a sample of children from Almeria. *Revista de Psicología Social*, 18(2), 2003. Pp. 121-140.
- del Barrio, V. (2005). Temperamento. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 113- 146). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Delgado, M., Doménech, J.M., & Llorca, J. (2004). Medidas de frecuencia y asociación. Análisis estratificado y multivariable. En M. Delgado, J.M. Doménech & J. Llorca (Eds.), *Metodología de la investigación sanitaria* (Vol. 2). Barcelona: Signo.

- Dodge, K.A., & Price, J.M. (1994). On the relation between social information processing and socially competent behavior in early school-aged children. *Child Development, 65*, 1385-1397.
- Doménech, E., Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., & Garralda, M. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 598-604.
- Domènech-Llaberia, E., Araneda, N., Xifró, A., & Riba, M.D. (2003). Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación. *Psicothema, 15*(4), 575-580.
- Eagly, A.H. & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior. *American Psychologists, 54*(6), 408-423, doi: 10.1037/0003-066X.54.6.408
- Egger, H.L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 313-337.
- Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, muscular-skeletal pains and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 852-860.
- Essau, C. (2006). Somatoform Disorders. En C.Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: theoretical and clinical implications* (pp. 221-245). New York: Routledge.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Editorial Masson.

Felner, R.D., Yates, T., & Silverman, M.M (2000). Prevention in mental health and social intervention: Conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention. En J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 9-42). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Fergusson, D. & Woodward, L. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231.

Findling, R. (2003). Treatment of aggression in Children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 5 (6), 5-9.

Franco, C & Arango, C. (2004). Prevalencia de Trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*, 16 (3), 19-27.

Frick, P. & Muñoz, L.(2006). Oppositional defiant and conduct disorder. En C.Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: theoretical and clinical implications* (pp. 26-51). New York: Routledge.

Frick, P. & Silverthorn, P. (2001). Psychopathology in children. En P. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, (3a Ed., pp. 881-920). New York: Kluwer.

Garber, J., Walker, L.S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 3, 588-595.

- García-Coll, C. (2005). ¿Cuándo se convierte la cultura en un factor de riesgo contextual? En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 237-256). Barcelona, España: Editorial Masson.
- Garralda, M. (2002). Psychiatric management of severe somatoform disorders in childhood and adolescence. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 85-89.
- Garralda, M. (2004). The interface between physical and mental health problems and medical help seeking in children and adolescents: a research perspective. *Child and adolescent mental health*, 9, 146-155.
- Gil, F. (1993). Entrenamiento en habilidades sociales. En M.A. Vallejo & M. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Gil, F., León, J.M., & Jarana, L. (1995). *Habilidades sociales y Salud*. Madrid: Biblioteca Eudema.
- Goldsmith, H.H. (1987). Roundtable: What in temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2004b). Early anxious/withdrawn behaviors predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 874-883.
- Gottfredson, G.D. & Gottfredson, D.C. (2001). What schools do to prevent problem behavior and promote safe environments. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12, 3133-344.
- Hutchings, J., Bywater, T., Gridley, N., Whitaker, C.J., Martin, P., & Gruffydd, S. (2012). The incredible years therapeutic social and emotional skills programme: A pilot

study, *School Psychology International*, 33 (3), 285-293, doi: 10.1177/0143034311415899

Hutchings, J., Lane, E., Owen, R. E., & Gwyn, R. (2004). The introduction of the Webster-Stratton Classroom Dinosaur school programme in Gwynedd, North Wales: a pilot study. *Educational & Child Psychology*, 21(4), 4- 15.

Institute of Medicine (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton R., & Martin, J. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 215-222.

Jané, M.C. (1998). Evaluación del desarrollo en preescolar I. En E. Domènech & M.C. Jané (Eds). *Actualizaciones en Psicopatología Infantil II (de cero a seis años)*. 1ª Ed. (pp. 259-283). Barcelona: Servei de Publicacions UAB.

Jané, M.C., Viñas, F., Araneda, N., Valero, S., & Doménech-Llaberia, E. (2001). Prevalencia de los síntomas de trastornos conductuales en los niños y niñas preescolares catalanes: relación niño/a, padres y variables familiares. *Psiquiatria.com*, 5(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/815>

Keogh, B.K. (2006). *Temperamento y rendimiento escolar. Qué es, cómo influye, cómo se valora* (6ª ed). Madrid: Narcea, S.A. Ediciones.

Kim, B. W.; Kennedy,D.N., Lehár, J., Lee, M.J., Blood, A.J., et al. (2010). Recurrent, Robust and Scalable Patterns Underlie Human Approach and Avoidance. *PLoS ONE* 5(5), pp. e10613, [doi:10.1371/journal.pone.0010613](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010613)

- Kraemer, H.C., Stice, E., Kazdin, A.E., Offord, D.R., & Kupfer, D.J. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators and independent, overlapping and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.
- Ladd, G.W., Kochenderfer, B.J., & Coleman, C. (1997). Classroom peer acceptance, friendship, and victimization: Distinct relational systems that contribute uniquely to children's school adjustment. *Child Development*, 68, 1181-1197.
- Lahey, B.B. (2004). Role of temperament in developmental models of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 88- 93.
- Lambert, M. (2006). Normal and Abnormal Development. En C.Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: theoretical and clinical implications* (1a Ed., pp. 1-25). New York: Routledge.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology: Models, definitions and prediction. En A.J. Sameroff, M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd Ed., pp. 3-22). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1358- 1368.
- Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia* (pp. 77-164). Madrid: Pirámide.

Masi, G., Mucci, L., Favilla, L., Brovedani, P., Millepiedi, S., & Perugi, G. (2003).

Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and in their families. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 245-251.

March, J.S., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Hoza, B., Conners, C.K., Hinshaw, S.P., et al.

(2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 527-541.

Mena, B., Nicolau, R., Salat, R., Tort, P., & Romero, B. (2007). *Guía práctica para*

educadores. El alumno con TDAH. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (3.ª ed). Barcelona: Editorial Mayo .

Miranda, A., Jarque, S., & Tárraga, R. (2005). Escuela. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de*

riesgo en psicopatología del desarrollo (pp. 203-224). Barcelona, España: Editorial Masson.

Moffit, T.E., Caspi, A., Rutter, M. & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior:*

Conduct disorder, delinquency and violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Moffit, T & Scott, S. (2008). Conduct disorders of Childhood and Adolescence. In M.

Rutter, D. Bishop, D. Pine, et al. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5th Ed., pp. 543- 564).* UK: Wiley-Blackwell.

Muñoz-Rivas, M. & Graña, J.L. (2005). Influencia del grupo de iguales y satisfacción

con la ocupación del tiempo libre. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo (pp. 389-410).* Barcelona, España: Editorial Masson.

- Narbona, J. (2008). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En I. Orjales & A. Polaino (Eds.), *Programas de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (8ª Ed., pp. 9-15)*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What Works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A., & Sanserni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Nichols, S. & Wachbusch, D.A. (2004). A review of the validity of laboratory cognitive tasks used to assess symptoms of ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 34, 297-315.
- Nigg, J.T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 395-422.
- Offord, D.R. & Bennett, K.J. (2002b). Prevention. En M.Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent psychiatry (4ª. Ed., pp. 881-899)*. Oxford: Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Panak, W.F. & Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology*, 4, 145-165.

- Pérez, I.P. & Garanto, J. (2001). *Comprender las habilidades sociales en la educación*. Buenos Aires: Fundec.
- Pine, D. & Kline, R. (2008). Anxiety Disorders. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th Ed pp.628-647). UK: Wiley-Blackwell.
- RAE (2010). *Diccionario De la lengua española* (22^a ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Ramírez, M.C. & Rodríguez, A. (2006). Variables predictoras de la actitud hacia los inmigrantes en la Región de Murcia (España). *Anales de Psicología*, 22(1), 76-80.
- Reid, J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a Classroom Social Competence and Problem-Solving Curriculum by Offering Parent Training to Families of Moderate- to High-Risk Elementary School Children, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 605–620.
- Rodríguez, J. (2002) La ansiedad y sus trastornos en la infancia. En J. Rodríguez, P. Mesa & J. Lozano (Eds.), *Psicopatología Infantil Básica: Teoría y casos clínicos* (pp. 184-209). Sevilla: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez-Sacristán, A. (2000). *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Rodríguez, J., Lozano, J.F., & Caballero, R. (2000). El desarrollo psicológico normal y patológico en la infancia. Los problemas psicopatológicos mayores y menores y sus causas. En J. Rodríguez, P. Mesa & J. Lozano (Eds.), *Psicopatología Infantil Básica: Teoría y casos clínicos* (pp. 21-43). Sevilla: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, J., Lozano, J.F. & Rodríguez-Sacristán, A. (2000). La constitución conceptual de la psicopatología infantil. Las claves del hecho clínico psicopatológico

- infantil. En J. Rodríguez, P. Mesa & J. Lozano (Eds.), *Psicopatología Infantil Básica: Teoría y casos clínicos* (pp. 45-57). Sevilla: Ediciones Pirámide.
- Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (2006). Temperament. En W. Damon, & R. Lerner (Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*. Vol 3. *Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp 99-166). New York: wiley.
- Ruble, DN., Alvarez, J., Bachman, M., Cameron, J., Fuligni, A.J., García Coll, C.T. et al., (2004). The development of sense of “we”: The emergence and implications of children’s collective identity. En M. Bennett & F. Sani (Eds.), *The Development of the Social Self* (pp. 29-76). East Sussex, England: Psychology Press.
- Rutter, M. (2008). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 44-52.
- Rutter, M. (2011) Classification of psychiatric disorder: Problems, dilemmas, challenges and opportunities. 14 *International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry*. Helsinki, Finland.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2003). Crucial paths from risk indicator to causal mechanism. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 3.24). New York: Guilford Press.
- Rutter, M. & Schopler, E. (1992). Classification of pervasive development disorders: Some concepts and practical considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 459-482.

Rutter, M. & Stevenson, J. (2008). Developments in Child and Adolescent Psychiatry Over the Last 50 Years. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5th Ed pp. 3-17)*. UK: Wiley-Blackwell.

Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5th ed)*. UK: Wiley-Blackwell.

Sameroff, A.J. (2000). Dialectical processes in developmental psychopathology. En A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology (2nd ed., pp. 24-40)*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Sergeant, J., Oosterlaan, J. & Van del Meere, J. (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 75-104)*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Shaffer, D.R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia (5a ed.)*. México: International Thomson Editores.

Stansbury, K. & Harris, M.L. (2000). Individual Differences in Stress Reactions during a Peer Entry Episode: Effects of Age, Temperament, Approach Behavior, and Self-Perceived Peer Competence, *Journal of Experimental Child Psychology*, 76, 50-63, doi:10.1006/jecp.1999.2541

Stephan, W.G. (1987). The contact hypothesis in intergroup relations. *Review of Personality and Social Psychology*, 9, 13-40.

- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Valero, L., & Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: Análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Vasa, R. & Pine, D. (2006). Anxiety Disorders. En C.Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: theoretical and clinical implications* (pp. 78-112). New York: Routledge.
- Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (2008). Clarifying and Maximizing the Usefulness of Targeted Preventive Interventions. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E.Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th Ed pp. 989-1008). UK: Wiley-Blackwell.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C. & Herman, K.C. (2010). Disseminating Incredible Years Series early-intervention programs: Integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the schools*, 47 (1), 36-54.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2003). Treating conduct problems and strengthening social emotional competence in young children (ages 4-8 years): The Dina Dinosaur treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 130-143.

- Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children – the foundation for early school readiness and success: Incredible Years Classroom Social Skills and Problem-Solving Curriculum. *Journal of Infants and Young Children*, 17, 196–113.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001b). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 943–952.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471–488, doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01861.x
- Webster-Stratton, C., Mihalic, S., Fagan, A., Arnold, D., Taylor, T., & Tingley, C. (2001). Blueprints for violence prevention, Book 11: The incredible years: Parent teacher and child training series. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Woodward, L.J. & Fergusson, D.M. (1999). Childhood peer relationship problems and psychosocial adjustment in late adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 87-104.

6. ANEXOS

6.1. *Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ)*

Versión experimental para maestros

Cuestionario de temperamento en la infancia media

INSTRUCCIONES: Rogamos que lea detenidamente las siguientes indicaciones antes de comenzar el presente cuestionario.

En las páginas siguientes usted podrá ver la descripción de las reacciones de los niños ante determinadas situaciones. Deseamos que usted nos indique qué reacción es la más probable de su alumno/a en estas situaciones. Sabemos que no existe una forma "correcta" de reaccionar; los niños se diferencian mucho en sus reacciones; son precisamente estas diferencias las que pretendemos captar. Por favor, lea cada descripción y decida si es verdadera o falsa en relación con la reacción de su alumno/a. Si usted no puede contestar a una de estas preguntas porque nunca ha visto a su alumno/a en una situación determinada, marque con un círculo la opción NA (No Aplicable). **Por favor, asegúrese de que responde a todas las preguntas.**

Utilice la escala siguiente para indicar el grado en que cada una de las afirmaciones se adecúa al comportamiento de su alumno/a:

1-Falsa, 2-A menudo falsa, 3-A veces falsa, a veces verdadera, 4-A menudo verdadera, 5-Verdadera

Le gusta ser físicamente activo.	1	2	3	4	5	NA
Le resulta difícil permanecer sentado después de una actividad excitante.	1	2	3	4	5	NA
Siempre está en movimiento	1	2	3	4	5	NA
Es muy difícil tranquilizarlo cuando se enfada.	1	2	3	4	5	NA
Prefiere jugar en la calle antes que en el aula o la escuela, cuando el tiempo lo permite.	1	2	3	4	5	NA
Prefiere practicar deporte a ver la televisión.	1	2	3	4	5	NA
Tiende a entristecerse si los planes no se llevan a cabo.	1	2	3	4	5	NA
A veces parece estar agotado sin razón.	1	2	3	4	5	NA
Se entusiasma rápidamente.	1	2	3	4	5	NA
Se entristece cuando se le dice de hacer algo que él/ella no quiere.	1	2	3	4	5	NA
Llora desconsoladamente cuando su juguete favorito se rompe o se pierde.	1	2	3	4	5	NA
Le gusta estar fuera del aula/escuela y hacer actividad física.	1	2	3	4	5	NA
Le gusta correr.	1	2	3	4	5	NA
Lloriquea si se cansa.	1	2	3	4	5	NA
Se enfada bastante cuando otro niño le quita su juguete.	1	2	3	4	5	NA
Se enfada si se le interrumpe su juego antes de terminarlo.	1	2	3	4	5	NA
Cuando llora, suele hacerlo durante más de un par de minutos.	1	2	3	4	5	NA
Es enérgico.	1	2	3	4	5	NA
Permanece disgustado durante horas cuando alguien hiere sus sentimientos.	1	2	3	4	5	NA
Se enfada cuando tiene problemas con una tarea.	1	2	3	4	5	NA
Se dirigen a él para animarlo y hacerle sentir mejor.	1	2	3	4	5	NA
Se enfada cuando comete un error.	1	2	3	4	5	NA
Sus sentimientos son dañados fácilmente.	1	2	3	4	5	NA
Le gustan los juegos activos.	1	2	3	4	5	NA
Cuando se enfada por alguna razón, tiende a estar disgustado durante cinco minutos o más.	1	2	3	4	5	NA
Tiende a desmoralizarse cuando no consigue realizar una tarea.	1	2	3	4	5	NA
Coge rabietas cuando no consigue lo que quiere.	1	2	3	4	5	NA
Le gusta correr por la calle.	1	2	3	4	5	NA
Se siente triste con frecuencia.	1	2	3	4	5	NA
Se siente nervioso durante un largo tiempo tras recibir un susto.	1	2	3	4	5	NA
Tiende a sentirse triste incluso cuando otras personas están contentas.	1	2	3	4	5	NA
Se pone furioso cuando es provocado por otros niños.	1	2	3	4	5	NA
Se enfada cuando no encuentra lo que busca.	1	2	3	4	5	NA

Ítems temperamento de nivel de actividad

- Le gusta ser físicamente activo.
- Siempre está en movimiento.
- Prefiere jugar en la calle antes que en el aula o la escuela, cuando el tiempo lo permite.
- Prefiere practicar deporte a ver la televisión
- Le gusta estar fuera del aula/escuela y hacer actividad física.
- Le gusta correr.
- Es enérgico.
- Le gustan los juegos activos.
- Le gusta correr por la calle.

Ítems temperamento de ira

- Se enfada bastante cuando otro niño le quita su juguete.
- Se enfada si se le interrumpe su juego antes de terminarlo.
- Se enfada cuando tiene problemas con una tarea.
- Se enfada cuando comete un error.
- Sus sentimientos son dañados fácilmente.
- Coge rabietas cuando no consigue lo que quiere.
- Se pone furioso cuando es provocado por otros niños.
- Se enfada cuando no encuentra lo que busca.

Ítems temperamento de tristeza

- Tiende a entristecerse si los planes no se llevan a cabo.
- A veces parece estar agotado sin razón.
- Se entristece cuando se le dice de hacer algo que él/ella no quiere.

- Lloro desconsoladamente cuando su juguete favorito se rompe o se pierde.
- Lloriquea si se cansa.
- Se dirigen a él para animarlo y hacerle sentir mejor.
- Tiende a desmoralizarse cuando no consigue realizar una tarea.
- Se siente triste con frecuencia.
- Tiende a sentirse triste incluso cuando otras personas están contentas.

Ítems temperamento de autoregulación

- Le resulta difícil permanecer sentado después de una actividad excitante.
- Es muy difícil tranquilizarlo cuando se enfada.
- Se entusiasma rápidamente.
- Cuando llora, suele hacerlo durante más de un par de minutos.
- Permanece disgustado durante horas cuando alguien hiere sus sentimientos.
- Cuando se enfada por alguna razón, tiende a estar disgustado durante cinco minutos o más.
- Se siente nervioso durante un largo tiempo tras recibir un susto.

6.2 Currícula de impartición del programa *Classroom Dinosaur School* para Dos Años

Primer Año (30 Lecciones)

Si el tiempo es limitado el modelo abreviado que mostramos a continuación se considera el número mínimo de lecciones, utilizando 30 lecciones del modelo de 64 lecciones. Esta secuencia es seguida por el Programa para el Segundo Año.

Otoño	Invierno	Primavera
Apatosaurus Unidad 1 Wally y Dina Enseñan las Normas Escolares 1. Introducción 2. Normas del Aula 3. Consecuencias de Romper las Normas Iguanodon Unidad 2 Dina Enseña a Dar lo Mejor de Ti en la Escuela 4. Habilidades de Escucha 6. Habilidades de Escucha y de Espera 9. Siguiendo Instrucciones	Triceratops Unidad 3 Wally Enseña a Entender y Detectar Sentimientos 10. Secretos de Relajación 11. Viendo los Sentimientos con Nuestros Ojos 12. Orgulloso/a y Frustrado/a 13. Escuchando los Sentimientos por medio de Palabras 14. Termómetro de Relajación Enfado y Tristeza 15. Sentimientos Heridos 16. Sintiendo Solo/a y Especial 17. Sintiendo Feliz 18. Dando cumplidos. Estegosaurio Unidad 4 Wally Enseña a Solucionar Problemas 19. Resolución de Problemas Paso Uno 20. Resolución de Problemas Paso Dos y Tres 21. Generando Soluciones 22. Más Soluciones y el Club de Detectives 23. Más Soluciones y Disculpas 24. Más Soluciones y Consecuencias 25. Consecuencias (A salvo, Justo, Buenos Sentimientos)	Estegosaurio Unidad 4 Wally Enseña a Solucionar Problemas 29. Revisión Tiranosaurio Rex Unidad 5 Tortugueta Enseña el Control de la Rabia 30. Rabia 31. Controlando la Rabia 32. Afrontando el ser Molestado y el ser Excluido 33. Revisión 38. Revisión 39. Revisión y Finalizando el Año 40. Celebración

Nota: Los números se refieren a las lecciones.

Segundo Año (33 Lecciones) (Avanzado)

El programa del segundo año asume que los estudiantes han cursado el programa del primer año. Nótese que las lecciones siguen un orden diferente y comienzan con una revisión de las Normas Escolares y Dando lo Mejor de Ti en la escuela de las Unidades 1 & 2 Lecciones del Segundo Año. Después siguen las lecciones de Braquiosaurio de este manual, seguidas por lecciones Triceratops Segundo Año. (Muchas de las actividades en el Segundo Año son más apropiadas para estudiantes de 1° y 2° curso).

Otoño - Segundo Año	Invierno - Segundo Año	Primavera - Segundo Año
Apatosaurio Unidad 1 Wally y Dina Enseñan las Normas Escolares 1. Reunión con Dina y Normas del Aula 2. Revisión de Solución Iguanodon Unidad 2 Dina Enseña a Dar lo Mejor de Ti en la Escuela 3. Habilidades de Concentración - Para, Piensa, Mira, Revisa 4. Habilidades de Concentración Braquiosaurio Unidad 7 5. Reconociendo y Aceptando Diferencias Individuales 6. Presentándose y Haciendo Preguntas 7. Pidiendo las Cosas Prestadas 8. Contando una Idea y Haciendo Sugerencias 9. Escuchando 10. Aprendiendo a decir que NO a las cosas Malas 11. Deteniendo el <i>Bullying</i>	Triceratops Unidad 3 Wally Enseña a Entender y Detectar Sentimientos 12. Revisión y Sentimientos Heridos 13. Sintiendo Especial 14. Cambiando Sentimientos 15. Sintiendo Bien Acerca de Si Mismo 16. Controlando la Rabia Estegosaurio Unidad 4 Wally Enseña a Solucionar Problemas 17. Hablando de los Problemas 18. Resolución de Problemas, Pasos 1, 2 & 3. 19. Generando Soluciones y el Club de Detectives 20. Consecuencias (A Salvo, Justo, Buenos Sentimientos) 21. Consecuencias continuación (Paso 5) 22. Consecuencias continuación (Pasos 6 & 7) 23. Obras de Misterio del Detective Tiranosaurio Rex Unidad 5 Pequeña Tortugueta Enseña el Control de la Rabia 24. Afrontando el ser Molestado y Excluido	Tiranosaurio Rex Unidad 5 Pequeña Tortugueta Enseña el Control de la Rabia 25. Manejando la Rabia de Otra Persona 26. Revisión de Soluciones Alosaurio Unidad 6 Molly Enseña a ser Amigable 27. Ayudando a amigos, padres y maestros 28. Habilidades de Juego Positivo 29. Compartiendo y Habilidades de Inclusión Grupal 30. Trabajo en Equipo en la Escuela 31. Trabajo en Equipo en la Casa Wally, Molly y Dina, Revisión 32. Revisión y Finalizando el Año 33. Graduación

Nota: Los números se refieren a las lecciones.

