



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD

CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO: SALUD MENTAL PÚBLICA

**EFFECTOS DE LA PARENTALIDAD SOBRE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
SOMATIZACIÓN DE ESTUDIANTES DE PRIMARIA**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:
GUADALUPE RAMÍREZ MARTÍNEZ

TUTOR:
DR. RICARDO OROZCO ZAVALA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

TUTOR ADJUNTO: LIC. NANCY G. AMADOR BUENABAD
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
TUTOR EXTERNO: DRA. MELANIE M. DOMENECH RODRÍGUEZ
UNIVERSIDAD ESTATAL DE UTAH, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

CIUDAD DE MÉXICO, **FEBRERO 2022**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicado a todos aquellos aprendices de esta vida
que enfrentan o han enfrentado alguna conducta
internalizada. Con especial agradecimiento a todos
los cuidadores que buscan guiar con validación.

Ricardo Orozco, Nancy Amador, sin ustedes este trabajo
no sería posible. Gracias por su mentoría.

Índice

Resumen	4
Introducción.....	5
Antecedentes	7
Conducta internalizada	7
Desarrollo esperado para niños entre 6 a 12 años	9
Depresión	11
Intervenciones para la depresión en la infancia	12
Ansiedad.....	12
Intervenciones para la ansiedad en la infancia.....	13
Somatización.....	15
Intervenciones para la somatización en la infancia	15
Resumen de evidencia de intervenciones para conducta internalizada	16
Asociación entre parentalidad y conducta internalizada	16
Marco teórico.....	21
Teoría del aprendizaje por interacción social	21
PMTO	22
PMTO en Ciudad de México.....	23
Planteamiento del problema	24
Pregunta de investigación.....	24
Hipótesis	24
Objetivos	25
Método	26
Diseño	26
Participantes	26
Procedimiento.....	27
Intervención	29
Instrumentos.....	31
Variables	33
Definiciones conceptuales	33
Definiciones operacionales.....	34
Variables descriptivas	35
Análisis estadístico.....	37

Resultados.....	38
Características de los participantes: cuidadores	40
Características de los participantes: niños.....	41
Prácticas parentales de los cuidadores durante el estudio	43
Efecto de la intervención sobre los problemas internalizados – puntajes	44
Efecto de la intervención sobre los problemas internalizados - Ausencia o presencia de problemas clínicamente significativos	45
Discusión	53
Fortalezas y limitaciones	56
Conclusiones	57
Referencias.....	59

Resumen

El que los adultos ejerzan límites con violencia, no supervisen, se involucren poco o hagan uso de la crítica en lugar de alentar a sus niños, se ha asociado con mayor probabilidad de problemas de ansiedad, depresión y/o somatización en la infancia (Henken et al., 2007; Horwitz et al., 2015; Leve, et al., 2005; Olofsdotter, et al., 2018), problemas que se han categorizado con el nombre de “conducta internalizada” (CI) (Achenbach y Rescorla, 2001).

En otros países se ha logrado disminuir los problemas de conducta internalizada, a través de reducir la disciplina severa y aumentar las prácticas de crianza positivas por medio de programas de intervención basados en un modelo llamado “Generación PMTO” (Bjørknes et al., 2012; Gonzalez & Jones, 2016). Dicho modelo ha sido adaptado de manera exitosa a la población mexicana, nombrado como “CAPAS-MX” (Baumann et al., 2014) y su efectividad ha sido probada para la disminución de la conducta externalizada (Amador et al., 2019). Sin embargo, hasta el momento no se había probado para la disminución de la conducta internalizada. Es por ello que el presente estudio se enfoca en probar la efectividad de CAPAS-MX sobre la conducta internalizada en una muestra de familias con niños de primaria de la Ciudad de México.

El estudio aporta evidencia estadística de una disminución en los niveles de somatización después de la intervención, aunque el efecto no se logra mantener en la medición de seguimiento. Los niveles de ansiedad y depresión no tuvieron disminuciones estadísticamente significativas.

Se discuten las implicaciones de estos hallazgos en los programas de prevención y tratamiento de la conducta internalizada en nivel clínico.

Introducción

El presente trabajo se centró en describir, en una muestra escolar no clínica de niños¹ de la Ciudad de México, sus niveles de ansiedad, depresión y somatización, incluyendo sus rangos límites y clínicos, y las habilidades parentales positivas con las que contaban sus “cuidadores”². Todo ello, como parte del proceso de indagar si había una disminución en los niveles de estas tres variables de los niños debido a que se expusiera a los cuidadores a una intervención psicosocial diseñada para incrementar cinco componentes parentales principales: involucramiento positivo, disciplina libre de violencia, uso del estímulo para el desarrollo de nuevas habilidades, supervisión y solución de problemas en familia.

En nuestro país se ha encontrado la manera de apoyar psicológicamente a las familias que tienen niños con problemas de conducta, conducta llamada externalizada (CE), como agresividad, rompimiento de reglas, comportamiento oposicionista desafiante, inatención e hiperactividad (Morales & Vázquez, 2014; Amador et al., 2019), sin embargo, los niños mexicanos no sólo presentan problemas de conducta, también tienen dificultades emocionales - conocidas como conductas internalizadas (CI)-, que requieren atención y una detección temprana, ya que se ha visto que en algunos casos las dificultades emocionales tienden a permanecer a lo largo de la vida de los individuos y puede llegar a agravarse. Sumado a esto, la conducta internalizada se ha notado en algunos estudios como predictora de la conducta externalizada (Fuentes-Balderrama et al., 2020). Lo anterior señala que, si logramos intervenir en la parte internalizada, además de sumar al bienestar emocional de los niños, estamos apoyando a la reducción de conductas de orden externalizado,

¹ Se hará uso indiscriminado de las palabra “niños” para el plural del grupo de niñas y niños y “niño” o “menor” para el singular.

² Padres, madres o aquellas personas que pasan mayor tiempo con los niños.

Por otra parte, el interés del presente trabajo por proponer soluciones a partir de intervenciones que ponen atención en los cuidadores, se debe a que son intervenciones breves, estructuradas, que se pueden hacer de manera grupal, lo cual presume que se puede maximizar los beneficios de un mismo terapeuta a un mayor número de personas. Esto ayuda a romper barreras de costo y accesibilidad a los tratamientos; además, no sólo ayudan a mejorar los resultados en los niños, también mejoran la salud mental de los cuidadores.

En los próximos capítulos se abordará la naturaleza de las conductas internalizadas en los niños, las diferentes aproximaciones terapéuticas que existen, ahondando en una intervención que aumenta las habilidades parentales y que cuenta con evidencia internacional de disminuir conductas externalizadas e internalizadas, pero que hasta el momento no se había replicado en México. Por ello, se indagará el efecto de dicha intervención sobre las dimensiones de depresión, ansiedad y somatización, considerando el impacto en cada una de ellas y con el esfuerzo adicional de identificar el efecto sobre rangos clínicos orientados al Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales edición cinco [DSM 5] (2012).

Antecedentes

Conducta internalizada

Para el sano desarrollo de una persona, se requiere que desde la infancia se adquieran fortalezas en diferentes áreas del funcionamiento. Una de esas áreas es la conducta internalizada; categoría en la que se encuentran tres tipos de problemas (también llamados comúnmente "conductas") de naturaleza emocional-afectiva: ansiedad, descrita como sentimientos de miedo, pavor e incomodidad que a veces se presentan como reacción a un estado de tensión o estrés; depresión, entendida como presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; y somatización, que hace referencia a problemas físicos (e.g., vómito, náusea y dolor de cabeza) sin un diagnóstico médico atribuible (Achenbach y Rescorla, 2001), aunque para la actualización del DSM 5, somatización será el equivalente de lo que ahora se llama trastorno de síntomas somáticos (Achenbach, 2013).

La categoría de conducta internalizada en menores de edad se derivó a partir de estudios epidemiológicos realizados internacionalmente, en Estados Unidos de América, Colombia, Australia e Inglaterra, en los que se identificaron la ocurrencia y co-ocurrencia de patrones de problemas, tomando en cuenta factores contextuales, la edad y el género. Una vez que se identificaron los factores frecuentes, se le dio el nombre de Conducta internalizada (CI) a la agrupación de síntomas de ansiedad, depresión y somatización (Achenbach y Rescorla, 2001). Ese resultado fue consistente en investigaciones posteriores, especialmente en un estudio con 31 poblaciones diferentes (Rescorla, et al., 2007). Por ello, esta clasificación ha sido adoptada a nivel internacional y en el presente trabajo.

En el mundo, de acuerdo a la última revisión sistemática de las mediciones de 41 estudios en 27 países, la prevalencia de los problemas de los trastornos mentales en niños y adolescentes es aproximadamente del 13.4 % (IC 95% 11.3–15.9), el más frecuente es cualquier

problema de ansiedad con un 6.5 % (IC 95% 4.7–9.1), la somatización no contó con mediciones suficientes para ser reportado y cualquier trastorno depresivo obtuvo el 2.6% (CI 95% 1.7–3.9) (Polanczyk, et al., 2015).

De acuerdo con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA] (2020), en niños las problemáticas más frecuentes son el trastorno por déficit de atención, trastornos de alimentación, problemas de ansiedad, trastorno del lenguaje, problemas de explosividad, de depresión y trastorno de la conducta.

El registro de enfermedad en Ciudad de México, en la población de edades entre 4 a 16 años, ha mostrado que la prevalencia de síndromes internalizados en este grupo de edad es mayor (4.46%) que la prevalencia de síndromes externalizados (2.38%), sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Caraveo, 2007). Datos específicos, por sexo y diagnóstico, son: probable trastorno depresivo un 4.2% de prevalencia en hombres, 0.9% en mujeres y 2.6 total; en probables trastornos de ansiedad se tiene el registro con inhibición en hombres del 5.0%, 3.1% en mujeres y 4.0% total; para ansiedad generalizada los números se encuentran en 5.4% hombres, 2.9% mujeres y 4.1 total (Caraveo, 2007).

Algo que resaltar es que una conducta internalizada puede llegar a desencadenar otra; para ejemplo, la ansiedad en la infancia, se encontró como uno de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad (OR, 1.30; 95% CI, 1.16-1.45) de presentar síntomas de depresión, corroborado con una cohorte seguida desde 1990 hasta 2018 (Kwong, 2019).

Además, se ha intentado identificar si existe relación entre la aparición de las conductas internalizadas y externalizadas, al respecto hay dos estudios que parecieran contradecirse y que fueron publicados el mismo año: el primero de ellos es un estudio con población mexicana que identifica por medio de un modelo de ecuaciones estructurales y de la percepción de los cuidadores a la conducta internalizada como predictora de la conducta externalizada (Fuentes-Balderrama et al., 2020). El segundo, es un estudio longitudinal con

población holandesa, ponderando la percepción de los propios niños y adolescentes. Encontraron que no hay correlaciones significativas entre la ocurrencia de problemas internalizados y externalizados. Aunque sí los hay entre la ocurrencia de problemas internalizados con la probabilidad de un trastorno internalizado, es decir que el aumento en los niveles de problemas internalizados con el tiempo conducen a más trastornos internalizantes en la adultez (Van Der Ende, Verhulst y Tiemeier, 2020).

Por otro lado, en el quehacer diario de los profesionales de la salud que desean trabajar con la CI, el reto es elegir la prueba para diagnosticarla. El DSM, es un manual que proporciona definiciones operacionales de trastornos, sin embargo no especifica de qué manera se deben evaluar; cada profesional elige sus pruebas diagnósticas para lograr identificar si un individuo cumple o no los requisitos clínicos. Achenbach, hace una propuesta de instrumento que ha logrado ser consistente con los criterios del DSM para la detección de trastornos de ansiedad, depresión y somatización en menores (Achenbach, 2013), mismo que es usado en esta investigación.

En suma, se denota que en la Ciudad de México la prevalencia de la conducta internalizada está por encima de la de la conducta externalizada y que, de acuerdo con los datos más actuales encontrados, las principales problemáticas encontradas dentro de la conducta internalizada son los trastornos de alimentación, la ansiedad y la depresión.

Desarrollo esperado para niños entre 6 a 12 años

La Organización Mundial de la salud [OMS] (2021), ha declarado como concepto de salud a un estado de “completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. En niños de 6 a 12 años, nuestra población objetivo, significa un desarrollo que integre dichas áreas.

En el contexto social del país mexicano, la ley máxima es la Constitución Política de los Estados Mexicanos, la cual detalla en el artículo 4° los derechos de los niños dentro del núcleo familiar en el marco de igualdad de la mujer y el hombre ante la ley:

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez (Constitución Política de los Estados Mexicanos, 2021)

Desde el neurodesarrollo se esperaría que de los 6 a los 10 años predomine el desarrollo del pensamiento formal que involucra habilidades de pensamiento crítico y abstracto, así como la sofisticación del lenguaje (lectura, escritura y uso del lenguaje oral). Se espera que mejore la comprensión de su entorno, haciendo muchas preguntas para desarrollar su punto de vista, genere el concepto de bien y mal, con curiosidad del cómo de las cosas y tenga juegos con reglas complicadas. Además de que entre los 8 y los 13 años comienza la pubertad que significa cambios físicos y hormonales como el crecimiento de características físicas sexuales tanto de mujeres como de hombres desencadenando típicamente sentimientos de inseguridad por la apariencia (Mas, 2018).

Mas (2018), señala que justo por estas expectativas, es en esta etapa que se pueden confirmar los diagnósticos del espectro autista y de trastorno por déficit de atención. Es aquí donde se podrían notar de manera acentuada los déficits asociados a estos aspectos, de acuerdo a la edad.

Es decir, la edad entre 6 a 12 años es una etapa de cambios que sientan la base para la adolescencia y la adultez no sólo físicamente sino a nivel de procesamiento de la información, es por ello que es vital apoyar al desarrollo esperado, sin embargo, a continuación haremos notar que hay algunas variables que pueden llegar a alterar esa expectativa hasta el punto de llegar a la conducta internalizada.

Depresión

El primer ejemplo de trayectorias que se pueden ver afectadas en el desarrollo esperado es el estudio de Kwong y colaboradores (2019), en donde hicieron seguimiento de individuos desde los 10 hasta los 24 años. Durante dicho lapso de tiempo se hicieron mediciones sobre variables sociodemográficas, de salud mental e interpersonales. Encontraron que la sintomatología depresiva estaba asociada a aquellas personas que nacieron mujer, tenían alto riesgo de ser poligénicos, estuvieron expuestos a la crueldad de la pareja hacia la madre cuando tenían entre 2 a 4 años de edad; presentaron ansiedad en la infancia (alrededor de los 8 años de edad se hizo el corte para la medición), y sufrieron de intimidación (*bullying*).

La depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo debido al gran sufrimiento y las alteraciones en las actividades laborales, escolares y familiares que implica, además de generar una carga mundial general de morbilidad. En los casos más severos puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En 2016 hubo cerca de 800 000 muertes por suicidio en todo el mundo; estos datos se publicaron en 2018. En el momento de la medición, México registró 8.2 muertes por suicidio por 100 000 habitantes.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017), en la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH), midió sentimiento de depresión y encontró una tendencia nacional mayor en mujeres (35.4%) que en hombres (25.3%), tendencia que se repite en Ciudad de México con un 40% en mujeres y 29.7% en hombres, durante el periodo entre 2014 a 2017 en población desde 7 años en adelante.

En 2020, el Instituto Nacional de Salud Pública, reportó que 10.8% de los mexicanos de entre 10 a 19 años presentan sintomatología depresiva, lo cual indica depresión moderada o grave, siendo 1.5 veces más elevada en mujeres que en hombres. Los grupos de mayor prevalencia son los adolescentes de entre 15 a 19 años y los de residencia urbana.

Los datos anteriores son congruentes a que la prevalencia de intento de suicidio aumentara del 2012 al 2018, de un 2.70% a 3.91% en la población adolescente, en los cuáles se observa mayor prevalencia en grupo de edad de 16 a 19.

Intervenciones para la depresión en la infancia

Aunque hay tratamientos para la depresión, la OMS estima que más de la mitad de los afectados en todo el mundo -y más del 90% de algunos países- no reciben esos tratamientos debido a barreras como mal diagnóstico, falta de recursos y de personal capacitado. Además, la OMS señala como contraindicado el uso de tratamiento farmacológico en niños, lo que deja como alternativa a los tratamientos psicológicos como la activación conductual, la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal. De las opciones anteriores, las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta se sugieren a nivel internacional ya que pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos (OMS, 2020).

Ansiedad

Por su parte, la ansiedad es otro padecimiento emocional de gran relevancia ya que se ha notado que en la infancia suele ser estable y crónica hasta la vida adulta. De presentarse estas condiciones de ansiedad, ha demostrado estar asociada al uso, abuso y dependencia de consumo de sustancias (Caraveo, 2006; Olofsdotter, et al., 2018). Además de ser una variable que también está asociada al suicidio, sobre todo en comorbilidad con depresión (Baca y Aroca, 2014) influye en la aparición de problemas de somatización y de depresión (Kwong et al., 2019)

La ansiedad es una respuesta detonada por un estímulo real o no, que el individuo determine como peligroso y se considera adaptativa cuando esto tiene la función de mantener a salvo a la persona, sin embargo se convierte en trastorno cuando la intensidad aumenta a un punto en donde el individuo ve amenaza ante eventos que no le representan un daño y que por

lo tanto ya no tienen la función de protección, sino que limita a la persona porque ya no puede desenvolverse sin percibirse amenazada y eso afecta su desempeño en sus diferentes escenarios (Gomer y Mandil, 2010). El DSM 5 (2012), amplió el criterio del tiempo mínimo que deben estar presentes los síntomas para ser diagnosticado, a 6 meses en población menor de 18 años para disminuir la probabilidad de confundir miedos transitorios normales de desarrollo con un trastorno de ansiedad.

Es el segundo ejemplo de cómo la trayectoria esperada de desarrollo se puede ver afectada por diversos factores es la ansiedad, ya que se considera que tiene influencias no sólo ambientales sino también genéticas. Dentro de las cargas genéticas, se han visto que aquellos que tienen la forma corta del gen transportado de la serotonina (5-HTT) pueden presentar mayor neuroticismo, conductas evasivas hacia el peligro y ansiedad, en comparación con aquellos que presentan la variante larga. Se suma el temperamento, en donde hay individuos que desde nacimiento tienden a inhibir sus conductas, tienen a reaccionar con evitación (reticencia o retirada) ante las situaciones novedosas. Finalmente, como parte del ambiente, se ha notado como factor de riesgo el que los padres presenten trastorno de ansiedad ya que suelen utilizar estrategias de crianza intrusivas o controladoras que suelen fomentar directa e indirectamente patrones de respuesta poco adaptativos ante situaciones ambiguas, además de que parecen modelar conductas ansiosas, por ello se piensa que la familia puede afectar a través de las interacciones padre-hijo, en asociación con la predisposición genética (Tayeh, Agamez y Chaskel, 2016).

Intervenciones para la ansiedad en la infancia

La propuesta de intervención con mejores resultados para el manejo y atención de la ansiedad son aquellas que están dirigidas a los niños y adolescentes, bajo un enfoque cognitivo-conductual, enfocados en ayudar al niño a notar sus sensaciones de ansiedad y respuestas somáticas de ansiedad, aclarar los pensamientos que detonan ansiedad, desarrollar habilidades

para enfrentar dichos pensamientos, así como el manejo de la ansiedad mediante exposición (James et al., 2015)

Sin embargo, algunos estudios coinciden en que el tratamiento psicoterapéutico centrado en el menor puede ser funcional sólo cuando hay diagnósticos leves a moderados, en diagnósticos severos el efecto de cambio no logra mantenerse a lo largo del tiempo ni logra ser significativo (James et al., 2015; Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016). Este tipo de enfoque es más efectivo a corto plazo que el tratamiento farmacológico, placebo, la lista de espera, sin que esto difiera en la modalidad (grupal, individual) y otras aproximaciones psicológicas (James et al., 2015).

Se han puesto en escena los tratamientos basados en la conciencia plena (prestar atención al momento presente) con mejoría en las evaluaciones de seguimiento a seis y doce meses como una opción que puede tener tamaños del efecto un poco mayores a los tratamientos cognitivos conductuales, a la relajación aplicada, los ejercicios aeróbicos y al tratamiento habitual, sin embargo sin que esto implique diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación. Además, estos estudios y comparaciones se han hecho en adultos (Hodann y Serrano, 2016).

En suma, se hace notar la poca evidencia de estudios con seguimiento de los efectos de los tratamientos disponibles en niños a largo plazo, es decir a más de 6 meses o un año después de que se implementó el tratamiento. Los datos sugieren que los efectos a largo plazo no se logran mantener cuando hablamos de un nivel severo en niños (James et al., 2015), y los ejemplos que tienen evidencia de mantener el efecto positivo a largo plazo, tienen registro de dos años y en población preventiva, es decir, población escolar no clínica (Sottani, Barilá y Vuelta, 2014).

Somatización

En el caso de los síntomas de somatización, se sabe que suelen comenzar antes de los 30 años y son persistentes, siendo predominante en mujeres. Se ha detectado que son más frecuentes entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes, en poblaciones rurales y en grupos con menor nivel educacional e intelectual. En datos de los reportes epidemiológicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de México (2007), se describe que los estudios epidemiológicos estiman una prevalencia del 0.5% en la población general, en donde hay 5 a 20 veces más mujeres que hombres con esta sintomatología. En consultas de médicos generales o de nivel primario de atención, el 10% de las consultas son por este patrón y, en ellas, el 30% presenta comorbilidad con algún otro trastorno mental.

Es el tercer ejemplo de que una trayectoria esperada de desarrollo se puede ver afecta, y en este caso, las variables relacionadas a la etiología son situaciones ambientales, principalmente eventos que pudieron ser traumáticos como vivir situaciones bélicas o abuso sexual (Florenzano et al., 2002).

En el DSM 5 (2012), ya no se conoce como somatización, se le ha dado el nombre de trastornos por síntomas somáticos ya que la somatización es la expresión de fenómenos mentales en forma de síntomas físicos (somáticos) y los trastornos que se caracterizan por la expresión de esta somatización incluyen a aquellos que se desarrollan inconsciente e involuntariamente hasta aquellos en los que los síntomas se desarrollan consciente y voluntariamente.

Intervenciones para la somatización en la infancia

Las intervenciones habituales con efectos de cambio positivo en niños con diagnóstico de trastornos de somatización, actualmente conocidos como síndromes de distrés corporal, incluyen el tratamiento farmacológico para disminuir los síntomas físicos más terapia cognitiva

conductual centrada en la adquisición de habilidades del individuo, sin embargo hace algunos años, se ha comenzado a poner en competencia intervenciones que incluyen componentes de atención plena para el manejo del estrés, que han ayudado a que los efectos de cambio se noten con mayor velocidad, sin que esto implique una mejora significativamente diferente a largo plazo en comparación con el tratamiento habitual (Fjorback et al., 2013).

Resumen de evidencia de intervenciones para conducta internalizada

En suma, se cuenta con evidencia sobre intervenciones diseñadas a la disminución de las tres variables de naturaleza internalizada. La gran mayoría se basan en entrenar a la persona que está cursando con la enfermedad en habilidades para el manejo de las conductas y pensamientos asociados. Es notable que en la somatización existen evidencias de intervenciones efectivas con efectos a largo plazo, sin embargo, en el caso de la ansiedad no se han logrado mantener los efectos de cambio positivo a largo plazo en aquellos que ya presentan un nivel clínico, además en la depresión se invita a la implementación de intervenciones desde la perspectiva familiar.

En los tres casos, parece que se dejan de lado la retroalimentación que existe entre el comportamiento del cuidador y la del niño y los efectos secundarios que eso implica en la salud mental de ambas partes, es por ello que a continuación se hace referencia a dicha retroalimentación y a las áreas de oportunidad que se abren cuando se toma en cuenta el contexto del menor.

Asociación entre parentalidad y conducta internalizada

Todo evento o circunstancia que haga sentir amenazado a un individuo entre los 0 a 17 años puede llegar a tener efectos negativos que van a tener impacto a corto y largo plazo en su salud mental. Especialmente aquellas experiencias relacionadas con los adultos con los que convive principalmente en tres áreas: Relación cuidador-niño: violencia física o psicológica, negligencia; aspectos del cuidador: que un familiar intente o muera por suicidio, violencia en

casa; del entorno: vivir en un hogar con consumo de sustancias; problemas de salud mental o inestabilidad debido a separación de los padres o encarcelamiento de un miembro de la familia. La manera de contrarrestar estos efectos adversos es que exista un adulto que los cuide (Centro de control y prevención de enfermedades, 2019).

Sim embargo, cuando el adulto que los cuida es un generador de estrés de manera crónica, esto puede vulnerar al menor a ser más sensible al estrés lo que aumenta la probabilidad de desarrollar patologías relacionadas con los trastornos del ánimo, depresión o ansiedad, así como mayor percepción de estrés en estímulos poco estresantes e incluso neutros (Amores y Mateos, 2017).

Leve, Kim y Pears (2005), llevaron a cabo un estudio longitudinal en niños de cinco años, a lo largo de doce años, que sometió en competencia cuatro áreas de influencia: temperamento del niño en dos dimensiones (impulsividad por un lado y timidez/miedo por otro); disciplina severa (regañar, insultar y golpear), sintomatología depresiva de la madre, y ajuste marital que implica satisfacción, cohesión, consenso y expresión afectiva en la pareja.

El primer dato que hallaron fue que la trayectoria de la conducta internalizada aumentó progresivamente desde los cinco hasta los diez años. En los niños, disminuyó progresivamente hasta los 17 años; en las niñas, se mantuvo a los 14 años y disminuyó un poco a los 17, los resultados del estudio aportan una clara evidencia de que existe diferencia del proceso entre hombres y mujeres.

El segundo dato relevante del trabajo de Leve y colaboradores es que, en las mujeres, el miedo/timidez a los 5 años y una madre con sintomatología depresiva estuvieron asociados positivamente con CI a los 17 años. Lo que estaba relacionado a un cambio a lo largo del tiempo fue la sintomatología depresiva materna y menores ingresos en la familia, el modelo reportado por los autores explicó el 49 % de la varianza a los 17 años de las adolescentes.

Para concluir con el estudio de Leve et al., en los hombres, los niños con niveles más altos de miedo/timidez a los 5 años, los que tenían una madre con sintomatología depresiva y aquellos que experimentaron disciplina severa, presentaron los niveles más altos de CI a los 17 años. Y, aunque ninguna variable predijo significativamente el cambio a lo largo del tiempo, el modelo alcanzó a explicar un 42% de la varianza (Leve, Kim y Pears, 2005).

Otros estudios se han enfocado a explorar diversas áreas de la madre, padre o cuidador para conocer qué tanto permea el ajuste del niño. Por ejemplo, exponer a un niño a un evento de violencia de pareja, depresión, estrés postraumático, preocupaciones y miedos, está asociado al proceso de recuperación de la angustia del niño (Gewirtz, et al., 2011).

Particularmente, se puede hablar de los efectos del involucramiento del cuidador con la presencia de problemas somatomorfos. Horwitz y colaboradores (2015), hacen notar que a mayor presencia de comportamientos de crítica e irritables de cuidadores hacia los niños, hay mayor presencia de problemas de somatización.

Cuando Muris y Meesters (2004), indagaron sobre lo que los cuidadores decían y hacían ante las conductas de sus niños, observaron que las experiencias alentadoras de la enfermedad, no fueron significativamente vinculadas a la somatización pero sí el que los cuidadores transmitieran la idea de que los síntomas eran peligrosos. Los niños reportaron mayor reforzamiento y transmisión de ansiedad de sus padres en relación a la somatización, en comparación a las niñas. Por otro lado, se conjuntó a la sensibilidad a la ansiedad, los rasgos de ansiedad y las experiencias de aprendizaje para determinar el grado en el que estas contribuían a la somatización, explicando el 41.9% de la varianza de la somatización infantil.

Se ha podido documentar en un estudio de seguimiento a tres años que, independientemente de la parentalidad, se puede notar que una ansiedad temprana influye en la presencia de ansiedad más tarde. Sin embargo, existe la posibilidad de que las variables parentales ejerzan un peso de bajo a moderado dependiendo la edad del menor. Para evidencia

de lo anterior, Olofsdotter y colaboradores (2018), hicieron seguimiento en la adolescencia temprana a adolescencia tardía. Encontraron un efecto pequeño, que se puede expresar como 1/10 de la parentalidad. Explican que la parentalidad puede llegar a tener mayor peso dependiendo de diferencias individuales relacionados con el desarrollo y el curso de su ansiedad, por ello sugieren hacer mayor investigación sobre los efectos moderadores de la influencia parental sobre la ansiedad (Olofsdotter, et al., 2018).

En revisiones sistemáticas con metaanálisis (Breinholst, et al., 2011), se ha apuntado a que la crianza explica el 4% de la varianza de la ansiedad en menores de 2 a 19 años. Los autores ratifican que los comportamientos del cuidador contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad infantil. Sin embargo, para ellos, los ensayos clínicos que se revisaron no muestran soporte a que intervenir directamente sobre la parentalidad pueda tener un efecto positivo para la disminución de la ansiedad en sus niños, debido a que califican a los resultados como inconsistentes y ambiguos. Breinholst y colaboradores, encuentran que las posibles explicaciones de estos hallazgos se deban a las diferencias metodológicas, a los componentes parentales aplicados y a que se mide la efectividad del tratamiento de acuerdo a si hay un cambio en el diagnóstico del niño, en lugar de medirlo en el funcionamiento del cuidador o de la familia.

Por su parte, la investigación alrededor de las variables asociadas a la depresión ha dado a notar que el uso de fármacos para su disminución no ha logrado tasas diferenciales o remisión en los ensayos que involucran solamente a niños, sólo algunos cambios sin significancia estadística (Hazell y Mirzaie, 2013). En contraste, la comparación de estudios que hacen uso de estrategias psicoterapéuticas, ha alcanzado una evidencia moderada para disminuir la depresión de adolescentes y aumentar el funcionamiento familiar (Henken, et al., 2007).

Una de las variables familiares documentadas que ha aportado a menor riesgo de enfermedad mental como ansiedad y depresión, y que contribuye a un mayor bienestar

emocional, es el involucramiento positivo, que Chen y colaboradores (2019), midieron como la satisfacción en la relación entre la familia y cenar regularmente en familia.

En México se ha documentado que las prácticas disciplinarias coercitivas están presentes en por lo menos el 63.1% de las familias, las categorías específicas son castigo físico en un 37.8%, castigo severo en un 5.9% y agresión psicológica en más del 50% de la población (Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de las Naciones Unidas para la infancia [UNICEF], 2016).

Organismos internacionales han señalado como fundamentales los programas que promueven una interacción positiva entre padres u otros cuidadores con los niños, ya que coinciden en que una relación sana entre estos apoya el desarrollo saludable del niño (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013) e interrumpe la trayectoria de conductas antisociales en etapas posteriores (Forehand, 2013). Dichos programas deben tomar en cuenta las diferencias culturales para lograr que la intervención tenga mayor significado e impacto en las familias como lo señalan las experiencias en procesos de adaptación cultural (Niec et al., 2014; Bauman et al., 2015).

Una de las intervenciones dirigida a padres que ha sido exitosa en varios países, es la denominada “Generación PMTO”, cuya premisa principal es que sea el cuidador quien reciba capacitación para que él o ella sea la figura de cambio del comportamiento de sus niños, a través de cinco prácticas principales: poner límites libre de violencia, ejercer una supervisión activa, hacer uso del estímulo en diferentes niveles para desarrollar habilidades y buenos comportamientos, involucrarse positivamente con ellos y resolver los problemas bajo un protocolo familiar basado en la comunicación y los acuerdos entre todos los miembros (Forgatch y Domenech, 2015)

Los grupos de investigación que pertenecen a la Generación PMTO, suelen hacer uso de un instrumento que evalúa conductas internalizadas y externalizadas de los niños, e incluye

subescalas de agresividad, rompimiento de reglas, depresión, ansiedad y somatización. Algunos autores reportan los beneficios en el puntaje total del instrumento, que nos hablaría del comportamiento en general del niño (Patterson 96, 2002), algunos otros reportan sólo el puntaje de problemas de conducta -que es el llamado comportamiento externalizado y para lo que se ocupa principalmente la intervención- (Degarmo, Patterson y Forgatch, 2004), a tiempo que otros han señalado como efecto secundario la mejora de la CI (Thijssen et al., 2016) que incluiría a la depresión, ansiedad y somatización.

Marco teórico

Teoría del aprendizaje por interacción social

Desde el año 1982, el doctor Patterson comenzó a hacer notar la retroalimentación que existía entre el comportamiento del niño y el comportamiento del cuidador, derivado del reforzamiento de conductas en escenarios de socialización clave que podrían fomentar un proceso de coerción familiar (Reid y Patterson, 1989; Patterson, Reid y Dishion, 1992; Forgatch, Patterson, Degarmo y Beldavs, 2009).

Los programas de intervención del Programa de Entrenamiento a Padres de Oregón (PMTO), se basan en la teoría y principios del aprendizaje por interacción social. El modelo identifica cinco prácticas parentales positivas como mecanismos esenciales del ajuste del niño y adolescente. El estímulo al desarrollo de nuevas habilidades involucra el uso del andamiaje (*e.g.* romper conductas complejas en pasos que sean fáciles de lograr y en aproximaciones hacia la meta) y el reforzamiento positivo para enseñar nueva conducta (prosocial). El uso de la disciplina (establecimiento de límites) se enmarca como otra herramienta de aprendizaje, usada para desalentar las conductas consideradas inaceptables o incompatibles con las reglas de casa, con pequeñas sanciones negativas que se presentan de forma contingente. El monitoreo involucra el seguimiento de las actividades de los hijos por parte de sus padres, es decir, dónde se encuentran, qué lugares frecuentan, con quien conviven, y cómo se comportan dentro y fuera

de casa, así como la provisión de una supervisión adulta apropiada. La solución de problemas involucra el establecimiento de metas, el desarrollo de estrategias para lograr estas metas, un balance decisional, el compromiso con las decisiones tomadas y el ensayo de las medidas implementadas para hacer los ajustes necesarios. Finalmente, el involucramiento positivo incluye las diversas formas en las que los padres muestran a sus hijos el amor y el interés en ellos (Patterson, Reid y Dishion, 1992).

PMTO

El *Oregon Social Learning Center* y sus investigadores han reportado la efectividad clínica del modelo PMTO específicamente en un cambio efectivo de conducta y la disminución de conducta problemática en los niños a los que iba dirigida la intervención en varios países, con diversas muestras y adaptaciones, es por ello que actualmente no se identifica a PMTO como una intervención única, sino como una generación de intervención, la “Generación PMTO” (Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi y Fisher, 1997).

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo PMTO ha obtenido beneficios sobre la conducta externalizada y, aunque no todos los estudios de Generación PMTO lo reportan, las conductas internalizadas también se han visto disminuidas cuando sus cuidadores aumentan el ejercicio de prácticas de crianza positivas, específicamente las conductas que promueve el modelo de intervención: disciplina libre de violencia, supervisión, involucramiento positivo, solución de problemas y el uso del estímulo para el desarrollo de nuevas habilidades (Thijssen, et al., 2017).

Para que los efectos de la parentalidad se vean en el comportamiento del menor, se requiere de tiempo, esto se hace notar en un estudio con madres separadas, realizado por DeGarmo, Patterson y Forgatch (2004). Se llevaron a cabo evaluaciones cada seis meses durante dos años y medio después de la intervención. Lo que encontraron fue que existe un patrón secuencial de cambio positivo en las familias, es decir: lo primero en cambiar es el

comportamiento del cuidador (a los doce meses), seguido del cambio en los niños y, finalmente, un cambio positivo en la depresión materna que se expresó a los 30 meses. La depresión de la madre disminuye gracias a la mediación de la disminución en el comportamiento externalizado del hijo; el comportamiento externalizado del niño disminuye gracias al efecto mediador de la disminución de la depresión en el mismo niño. A manera en que se movía la depresión, el sentimiento de soledad y la satisfacción de los niños con sus pares, el resultado en el comportamiento externalizado también se movía, lo cual parece indicar que estos problemas afectivos predicen el comportamiento externalizado; aun así, la intervención de PMTO tuvo efectos directos tanto en los problemas externalizados como en los afectivos, aunque la mejor explicación en la disminución del comportamiento externalizado, es a través de disminuir los problemas de depresión, soledad e insatisfacción con los pares por medio de la parentalidad positiva.

PMTO en Ciudad de México

En nuestro país, se realizó una adaptación cultural a población mexicana de los componentes de Generación PMTO bajo el nombre de “CAPAS-MX”, nombre compuesto por siglas que significan: “Criando con amor, promoviendo armonía y superación en México”. El proceso implicó ajustar el lenguaje, ejemplos y contenido gráfico (Baumann et al., 2014).

Hasta el momento, CAPAS-MX ha logrado publicar dos grandes efectos de la intervención en la Ciudad de México. El efecto principal es la disminución de problemas de conducta en niños de primaria (Amador et al., 2019). El segundo es la disminución de la violencia física de los cuidadores hacia los niños (Amador et al., 2018). Ambos hallazgos se lograron a través de un ensayo controlado en donde se sometieron en competencia dos intervenciones que buscaban la mejora del comportamiento de niños en escuelas primarias.

Planteamiento del problema

Además de la carga de la enfermedad de las conductas internalizadas, se ha visto que pueden ser antecedente de la conducta externalizada (Fuentes-Balderrama et al., 2020), por lo cual se puede sospechar que otra forma de prevenir la aparición de la conducta externalizada, es detenerla justo en el periodo donde existe la expresión de conductas tales como somatización, depresión o ansiedad. Eso, sin tomar en cuenta que, tanto problemas externalizados como algunos internalizados, como es el caso de la ansiedad, son antecedentes de posibles problemas de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo como el suicidio (OMS, 2020; Baca y Aroca, 2014).

El compromiso de la investigación puede ir más allá de sólo reportar el tamaño del problema, el compromiso ético es encontrar y aportar una alternativa de solución que pueda mantener el efecto a lo largo del tiempo y que además optimice los recursos de una misma intervención. En el caso de CAPAS-Mx, puede que no sólo disminuya los problemas externalizados, sino que también pueda apoyar a la disminución de problemas internalizados según los antecedentes de las intervenciones parecidas a ella, es por ello que es de suma relevancia someterla a prueba para dichos fines.

Pregunta de investigación

¿La intervención Criando con Amor, promoviendo Armonía y Superación en México es efectiva para disminuir los problemas de ansiedad, depresión y somatización en niños de primaria?

Hipótesis

Ho: La intervención CAPAS-Mx no tiene efectos sobre los problemas de ansiedad, depresión ni somatización.

Ha: La intervención CAPAS-Mx tiene efectos sobre los problemas de ansiedad, depresión o

somatización

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de la intervención “Criando con Amor, Promoviendo Armonía y Superación en México” para la disminución de problemas internalizados en niños de primaria

Objetivos particulares

- Reportar los problemas de ansiedad, depresión y somatización en la muestra de estudio.
- Reportar las prácticas parentales positivas de los cuidadores en la muestra de estudio.
- Describir el efecto de CAPAS-Mx post intervención y a tres meses de seguimiento, en el grado de depresión, ansiedad, somatización de los estudiantes.

Método

Diseño

Ensayo aleatorizado por conglomerados, grupos paralelos con dos condiciones: grupo intervención CAPAS-Mx (G1) y grupo control (G2) en lista de espera, con un conglomerado por condición (Varnell et al., 2001), con medición al inicio del estudio (pre), al finalizar la intervención de doce semanas de tratamiento (post) y una evaluación de seguimiento doce semanas después (seguimiento).

Tabla 1

Desglose de intervención, de acuerdo con el diseño

Condición	Pretest	Intervención	Postest	Seguimiento	Intervención
G1	O ₁	X	O ₂	O ₃	-
G2	O ₁	-	O ₂	O ₃	X

Nota: G1 es grupo de intervención; G2 es grupo control (grupo de espera); O indica que es una medición de evaluación; X indica intervención; - indica no intervención.

Participantes

La muestra fue obtenida de dos escuelas públicas urbanas de la Ciudad de México. Un total de 111 cuidadores cumplieron con los criterios de inclusión y constituyó la muestra asignada a las condiciones experimentales (51 a grupo experimental y 60 a grupo control. Ver Fig. 1), en donde cada cuidador reporta la información/percepción de un niño.

Los criterios de inclusión para los cuidadores fueron:

(a) Mayores de 18 años

(b) Pasar tiempo con el niño regularmente

(c) Aceptar participar

(d) Completar las evaluaciones previas

Para los participantes en condición experimental de tratamiento, se agregó el siguiente criterio de inclusión para continuar en el proceso de selección hasta análisis:

(e) Asistir a 7 o más sesiones completas y que dentro de esas sesiones estuvieran los 5 componentes principales de intervención.

Procedimiento

La propuesta para esta investigación es un análisis secundario del proyecto titulado “Evaluación de un modelo escolar para la prevención integral de riesgo en escolares a partir del desarrollo de habilidades sociales y de prácticas de parentalidad positiva en niños y sus cuidadores”. El proyecto original fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El proceso de levantamiento de los datos se describe a continuación.

Se celebraron reuniones con los directivos de cada escuela. Una vez que las escuelas acordaron participar en el proyecto de investigación, se invitó a los cuidadores a reuniones de información. En estas reuniones, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. El consentimiento informado fue obtenido por personal del estudio capacitado en el manejo ético.

Las dos escuelas se seleccionaron por conveniencia, los criterios mínimos de inclusión fueron:

- Ser una escuela primaria pública de tiempo completo
- Tener una Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva

- Contar con el consentimiento de las autoridades escolares y los maestros para participar en el estudio

Las escuelas fueron asignadas al azar al grupo de tratamiento y control. Los grupos al interior de la escuela, los supervisores y evaluadores fueron asignados aleatoriamente en presencia de los coordinadores del proyecto y las autoridades escolares. Todos los procesos de aleatorización antes mencionados utilizaron el método de lotería. En cuanto a las condiciones experimentales, las escuelas, los participantes, los estadísticos, los supervisores y los evaluadores fueron cegados durante todo el estudio hasta que se completó el pre-test. Para evitar la comunicación entre los participantes, cada escuela estaba en un área diferente en el sur de la ciudad de México.

Los participantes fueron evaluados en febrero (pretest), junio (postest) y septiembre (seguimiento) de 2016. Las evaluaciones se realizaron dentro de cada escuela con la supervisión de un equipo de evaluación previamente capacitado en el manejo de grupo y contenido de los instrumentos, bajo la consigna de seguir un protocolo de apertura a responder preguntas sobre cualquier inquietud relacionada con los cuestionarios evitando promover algún sesgo en la respuesta del participante. Cada cuidador contestó tres cuestionarios de autoinforme acerca de sus prácticas de crianza y el comportamiento de sus niños, en una o dos sesiones, cada una de aproximadamente 60 minutos.

En los casos en que el tamizaje de los niños arrojó puntajes clínicos, se proporcionaron referencias de clínicas para atender problemáticas que no estaban consideradas en el objetivo de la intervención (por ejemplo, enuresis, problemas de salud y comportamiento sexual) o cuando los adultos necesitaban de atención especial como terapia de pareja, asesoría legal o sintomatología depresiva).

Como parte de estrategias para mejorar la retención de los participantes y obtener datos de evaluación a lo largo del proyecto, se hizo uso de volantes, comunicación con los cuidadores a

través de los maestros, llamadas telefónicas, carteles de contacto al comienzo y al final de la jornada escolar. Además, los cuidadores fueron compensados con \$100, por cada evaluación completada (evaluación completa por etapa del proyecto).

Para asegurar la mayor participación posible al grupo de intervención, los horarios y días de los grupos de tratamiento fueron seleccionados por los cuidadores.

Intervención

CAPAS-Mx es una intervención manualizada (Amador et al., 2012), que consta de 12 sesiones que duran aproximadamente 90 minutos cada una. Para promover el desarrollo de habilidades, los educadores de padres o bien llamados facilitadores, utilizan una metodología de enseñanza activa (por ejemplo, juego de roles y modelado). Después de cada sesión, los cuidadores tienen una tarea para practicar la habilidad que se aprendió en casa, y entre cada sesión, un facilitador realiza una llamada telefónica para dar seguimiento a la tarea de práctica en el hogar. Todas las sesiones fueron impartidas de manera grupal, bajo la dirección de al menos dos facilitadores. Cuando los padres o cuidadores se perdieron una sesión, se proporcionaron sesiones de reemplazo. Al final de cada sesión, los participantes completaron un cuestionario de satisfacción. Las prácticas de crianza enseñadas fueron: (a) involucramiento positivo, (b) estímulo de habilidades, (c) disciplina efectiva, (d) monitoreo y supervisión, y (e) resolución de problemas familiares. Estas son las prácticas básicas de crianza de los hijos abordadas en las intervenciones Generation PMTO (Dishion et al., 2016); además de la inclusión de tres prácticas transversales complementarias: buenas instrucciones, comunicación efectiva y regulación emocional. En cada escuela se ofrecieron grupos de crianza en diferentes días y horarios para maximizar la probabilidad de que los cuidadores pudieran asistir.

Los facilitadores fueron capacitados por una entrenadora de Generation PMTO (Nancy G. Amador Buenabad), siguiendo el modelo de capacitación de 18 días a lo largo de 12 meses. Entre los talleres, los educadores para padres practicaron habilidades y recibieron

entrenamiento del líder del taller con un enfoque en mejorar la fidelidad. Las sesiones de entrenamiento se videograbaron y se verificó la fidelidad a la capacitación utilizando el Sistema de Fidelidad de Implementación desarrollado para GenerationPMTO (Knutson et al., 2019), cuya utilidad se ha verificado repetidamente en la investigación (Thijssen, Albrecht, Muris y Ruiter, 2017). Se evaluó que todos los educadores de crianza tenían niveles de fidelidad adecuados o superiores antes de la implementación de CAPAS-Mx. Durante los grupos CAPAS-Mx relacionados con el estudio, los facilitadores videograbaron todas las sesiones grupales y recibieron entrenamiento para garantizar que se mantuviera la fidelidad.

La Intervención CAPAS-Mx implicó asistencia mínima a las ocho sesiones señaladas con * en la lista. Estas sesiones, estímulo de habilidades, disciplina, solución de problemas y supervisión, incluyen los cinco componentes principales de la intervención. Se enlistan según el orden en cómo fueron impartidas:

1. Expectativa clara
2. Buenas instrucciones
3. Estímulo de habilidades 1*
4. Estímulo de habilidades 2*
5. Estímulo de habilidades 3*
6. Regulación de emociones
7. Disciplina 1*
8. Disciplina 2*
9. Disciplina 3*
10. Comunicación efectiva
11. Solución de problemas*
12. Supervisión y éxito escolar*

Lista de espera

El grupo asignado a una lista de espera fungirá como grupo control para este análisis. Cuando terminaron las sesiones de evaluación, se les proporcionó la intervención completa y de la misma manera en que se impartió al grupo experimental.

Instrumentos

Comportamiento del niño:

Los comportamientos de los niños se midieron utilizando la Lista de verificación de comportamiento infantil para las edades de 6 a 18 años (CBCL / 6-18; Achenbach y Rescorla, 2001), una herramienta de autoinforme para cuidadores. En la versión latinoamericana en español para adultos (Albores-Gallo et al., 2007), el CBCL consta de 118 ítems con tres opciones de respuesta (0 = no es cierto, 1 = ocasionalmente, a veces y 2 = muy cierto o frecuente), que evalúa la frecuencia de ciertos síntomas conductuales y emocionales. La escala proporciona una puntuación global de problemas de internalización, externalización y comportamiento total. Albores-Gallo y col. (2007) informaron un alfa de Cronbach de .90 para problemas de internalización, .94 para problemas de externalización y .97 para la escala completa. En nuestra muestra, la consistencia interna fue de .89 para problemas de internalización, .88 para problemas de externalización y .92 para el puntaje global.

Los puntajes T de la escala se detectan a través del resultado obtenido por ASEBA-Network-2015-v1, en el cual los puntajes brutos del cuestionario se introducen y verifican en una segunda captura automática (ASEBA-Network-2015-V1).

Prácticas parentales:

Utilizamos cinco escalas diseñadas para evaluar las prácticas de crianza de GenerationPMTO (Amador, 2014; Domenech Rodríguez et al., 2009), disponibles a través de Open Science Framework.

Los participantes responden en una escala de 1 (nunca) a 5 (siempre). Las escalas de involucramiento positivo, estímulo al desarrollo de nuevas habilidades y supervisión fueron traducidas y adaptadas del Cuestionario de Padres de Alabama (APQ) por Shelton et al. (1996) La Escala de Disciplina se basó en el Cuestionario para padres de Martínez y Eddy (2005), y la Escala de solución de problemas se basó en la escala para medir el estilo de resolución de problemas de las familias mexicanas, diseñado por Domenech Rodríguez et al. (2007)

La escala de involucramiento positivo tiene 13 ítems y mide si los cuidadores pasan tiempo con sus hijos y muestran interés y afecto en una interacción positiva (escala original $\alpha = .82$; presente estudio $\alpha = .89$). La escala de supervisión consta de 16 elementos que miden si los cuidadores conocen a los amigos de los niños, los lugares que frecuentan y sus actividades y comportamientos, dentro y fuera del hogar. La escala tenía buena confiabilidad (escala original $\alpha = .64$, presente estudio $\alpha = .88$). La Escala de estímulo al desarrollo de nuevas habilidades, que consta de 16 ítems que miden el uso de contingencias positivas, desarrollo de habilidades y refuerzo, mostró una confiabilidad aceptable (escala original $\alpha = .87$; presente estudio $\alpha = .90$). La solución de problemas tiene 13 ítems y mide estrategias familiares para establecer acuerdos, reglas y consecuencias (escala original $\alpha = .86$; presente estudio $\alpha = .93$). La Escala de Disciplina tiene 16 ítems que miden el establecimiento de reglas y si las conductas inapropiadas (no físicas) desalientan los comportamientos inapropiados de acuerdo con el comportamiento y la edad del niño (escala original $\alpha = .66$; presente estudio $\alpha = .72$). Para cada escala se obtuvo el promedio de los ítems para los análisis de datos. Los puntajes más altos reflejan mayor uso de cada práctica parental.

Características demográficas:

El Cuaderno de herramientas para cuidadores (Amador, 2014) tiene una sección sobre datos sociodemográficos (por ejemplo, edad, sexo, estado civil), algunas de las características de

los niños (por ejemplo, promedio de calificaciones, cuántas horas pasa el cuidador con el niño y si los niños han experimentado situaciones adversas) y las cinco escalas de crianza.

Variables

Definiciones conceptuales

- Intervención CAPAS-Mx: Intervención basada en evidencia que implica la capacitación a los cuidadores principales, es decir a la figura que pasa el mayor tiempo con el niño. Está compuesta por cinco componentes principales abordados en las intervenciones Generation PMTO (Dishion et al., 2016): (a) involucramiento positivo: dedicar tiempo a sus hijos, demostrar interés y afecto en una interacción positiva, (b) estímulo de habilidades: usar contingencias positivas para promover el desarrollo o refuerzo de habilidades, (c) disciplina efectiva: desalentar el comportamiento a través de pequeñas sanciones negativas (no físicas) según el comportamiento y la edad del niño, además de establecer reglas claras y explicar su importancia, (d) monitoreo y supervisión: conocimiento de los padres sobre los amigos del niño, los lugares que frecuentan, actividades y comportamientos dentro y fuera del hogar, para garantizar su seguridad, y (e) solución de problemas en familia: estrategias familiares para establecer acuerdos, reglas y consecuencias a través de contratos de contingencia. Además, se integraron tres prácticas transversales complementarias: buenas instrucciones, comunicación efectiva y regulación emocional.
- Conducta internalizada: Se habla de conducta internalizada como sinónimo de una categoría en la que se encuentra la expresión tres dimensiones: ansiedad, depresión y/o somatización; conductas de naturaleza emocional-afectiva, que están principalmente dentro del yo (Achenbach y Rescorla, 2001).
 - Ansiedad: Incluye ansiedad generalizada, ansiedad por separación, y fobia específica. De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales edición cinco [DSM

5] (2012), la ansiedad generalizada entendida como la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente al menos seis meses. La fobia específica se caracteriza por una ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Y la ansiedad por separación se refiere a las preocupaciones clínicamente significativas derivadas de la separación a las personas vinculadas o del hogar más que a estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada.

- Depresión: Distimia y desorden de depresión mayor. La distimia comprende más días de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor El desorden de depresión mayor implica uno o más episodios depresivos mayores, es decir al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión (DSM 5, 2012).
- Somatización: somatización y desorden somatomorfo. La somatización se entiende como un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos que no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. En el desorden somatomorfo hay presencia de factores psicológicos y síntomas físicos, pero no hay una enfermedad médica que explique por completo la presencia de los síntomas, sin embargo los factores psicológicos afectan de modo adverso a una enfermedad médica diagnosticable (DSM 5, 2012).

Definiciones operacionales

- Parentalidad: Se midió la parentalidad como el efecto de los cinco componentes principales de la intervención, los cuales se midieron de la siguiente manera:

(a) involucramiento positivo: dedicar tiempo a sus hijos, demostrar interés y afecto en una interacción positiva, (b) estímulo de habilidades: usar contingencias positivas para promover el desarrollo o refuerzo de habilidades, (c) disciplina efectiva: desalentar el comportamiento a través de pequeñas sanciones negativas (no físicas) según el comportamiento y la edad del niño, además de establecer reglas claras y explicar su importancia, (d) monitoreo y supervisión: conocimiento de los padres sobre los amigos del niño, los lugares que frecuentan, actividades y comportamientos dentro y fuera del hogar, para garantizar su seguridad, y (e) solución de problemas en familia: estrategias familiares para establecer acuerdos, reglas y consecuencias a través de contratos de contingencia

- Conducta internalizada: Se establece la medición por separado de tres dimensiones de CI: Ansiedad, depresión y somatización, cada una medida a través de los puntajes estandarizados para poder establecer la gravedad, donde a mayor puntaje, mayor gravedad. Además, existen puntos de corte que son rangos de referencia para delimitar las categorías de gravedad de los tres problemas internalizados.

Niños en rango normal: Puntaje T de 64 o menos

Niños con rango límite: Puntaje T entre 65 a 69

Niños con rango clínico: Puntaje T de 70 o más.

Variables descriptivas

- Maltrato infantil: Se usó la escala de maltrato infantil que mide cuatro tipos de maltrato: físico, físico severo, emocional y por negligencia (Caballero et al., 2002). Para cada subtipo, se generó una lista de conducta y se identificó como presente o ausente si ejercía una o más de los indicadores de ese tipo de maltrato.

- **Sintomatología depresiva del cuidador:** La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977) tiene 20 ítems que miden síntomas depresivos por medio del informen sobre la frecuencia con la que han tenido síntomas durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son 0 días, 1 o 2 días, 3 a 4 días y 5 a 7 días, codificadas con valores de 0 a 3, respectivamente. El rango posible de puntuación de respuesta es de 0 a 60, y una puntuación más alta representa una mayor presencia de síntomas depresivos. Se han establecido diferentes puntos de corte. En México, Salgado De Snyder (1994) sugiere 35 para identificar casos de posible depresión entre mujeres adultas mexicanas en áreas rurales, sin embargo, no se ha establecido un punto de corte para mujeres en áreas urbanas porque como señalan Herrero y Gracia (2007) fuera, este es un instrumento que indica niveles de síntomas depresivos y no proporciona un diagnóstico clínico. La consistencia interna (alfa de Cronbach) reportada para la población mexicana es 0.76 (Aguilera-Guzmán, Carreño y Juárez, 2004).
- **Estrés parental:** El índice de estrés parental abreviada (PSI: SF por sus siglas en inglés; Abidin, 1995) se utilizó para medir diferentes aspectos del estrés en el sistema padre-hijo e identificar si existe una crianza disfuncional o riesgo de sufrirla. Identifica tres dimensiones como fuentes de estrés: La subescala del dominio de los Padres evalúa la angustia de los padres debido a la restricción de otros roles debido a las demandas de crianza de los hijos. La subescala de Niño Dificil evalúa la percepción de dificultad en el manejo de la conducta de los niños reflejada en patrones de conducta aprendidos como mala conducta y conducta de oposición y exigencia. Y la subescala Interacción padre-hijo evalúa la insatisfacción de los padres con su relación con sus hijos y el grado en que los padres perciben el abuso o el rechazo de sus hijos. Este instrumento tiene 36 preguntas con respuestas tipo Likert que van desde 1, “totalmente de acuerdo”, hasta 5, “totalmente en desacuerdo”. Los coeficientes de consistencia interna encontrados en la población mexicana fueron: 0.90 para el total de la escala, 0.87 Dominio Padre, 0.85 Niño Dificil y

0.80 Interacción Padre-Hijo (Vázquez, 2013). Una puntuación bruta igual o superior a 90 en la puntuación total de la escala indica la necesidad de atención para manejar el estrés en la crianza de los hijos (Abidin, 1995). Para este estudio, todos los ítems del PSI-SF se recodificaron para que las puntuaciones más altas en la escala indicaran mayores niveles de estrés parental (Reitman, Currier y Stickle, 2002; Keefe, Kajrlsen, Lobo, Kotzer y Dudley, 2006).

Análisis estadístico

Para el objetivo específico uno, se reportan los estadísticos descriptivos (por ejemplo, media y desviación estándar) de los puntajes de ansiedad, depresión, somatización, y problemas internalizados en la muestra, así como la proporción de sujetos que cumplen con los puntos de corte de gravedad.

Para el objetivo específico dos, se reportaron los estadísticos descriptivos (por ejemplo, media y desviación estándar) así como la proporción de sujetos.

Para el objetivo específico tres, a fin de analizar el efecto de la intervención sobre los puntajes de depresión, ansiedad, somatización, se realizaron modelos marginales, por medio de regresiones lineales con ecuaciones de estimación generalizada (GEE) y matriz de correlación autorregresiva y errores estándares robustos, con el fin de considerar en el análisis la falta de independencia entre las mediciones, en los que se incluyeron las interacciones de la intervención con el tiempo. La misma estrategia de análisis se siguió, con modelos logísticos marginales, para evaluar la intervención sobre la gravedad de las CI (Albert, 1999).

Resultados

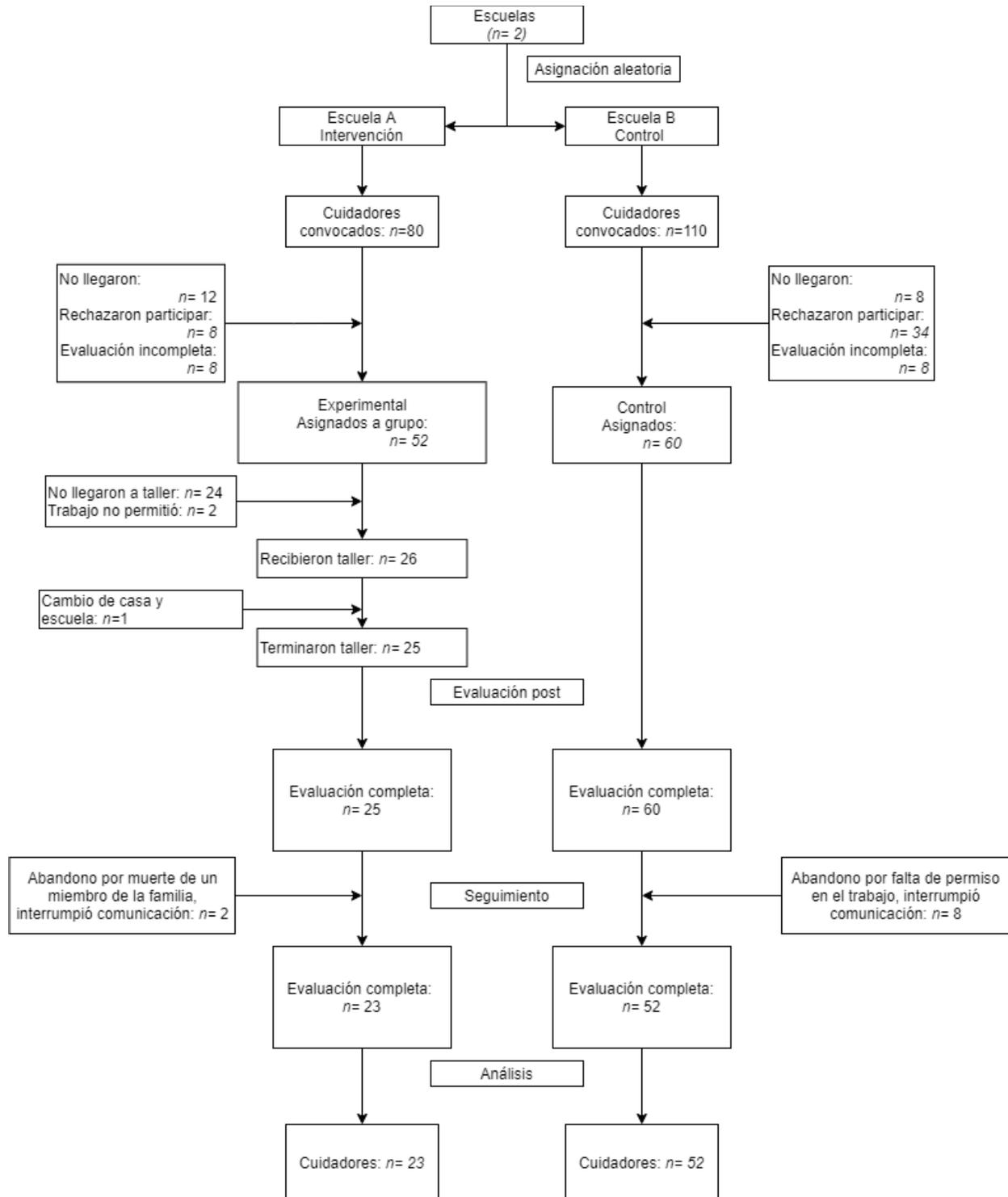
Se logró tener acceso a dos escuelas. Fueron asignadas aleatoriamente a grupo de intervención y lista de espera. La Figura 1 muestra el flujo de la participación por escuela.

En la escuela asignada a intervención se invitó a todas las familias que estaban inscritas oficialmente al momento de nuestra llegada, lo que da un total de 80 cuidadores, de los cuales veinticinco lograron terminar el taller bajo los criterios de inclusión descritos en el método. Los principales motivos por los que abandonaron fueron que las condiciones laborales no se los permitió, hubo modificaciones importantes en el apoyo familiar o simplemente dejaron de contestar a nuestras llamadas de rescate (es decir, mínimo tres intentos de llamadas telefónicas en diferentes horarios y días; dos mensajes a los contactos de respaldo sin seguimiento por parte de la familia). Al final sólo veintitrés fueron incluidos a análisis.

Por su parte, en la escuela en lista de espera se mandaron ciento diez invitaciones, que también corresponden al número de niños inscritos oficialmente. Después de exponer a la consideración de las familias la intervención, bajo todas las normas éticas y sin coerción, se logró el compromiso de participación de sesenta familias, de las cuales cincuenta y dos fueron incluidas en el análisis. Los principales motivos de abandono de estos cuidadores fueron las condiciones laborales e interrupción de la comunicación.

Figura 1

Flujo de participantes en cada etapa del estudio. Esquema adaptado del CONSORT



Características de los participantes: cuidadores

Como se observa en la Tabla 2, en el grupo de intervención se observa que en su gran mayoría son madres las cuidadoras que pasan mayor tiempo con los niños. La edad promedio es de 35.3 años; además hay la misma cantidad de personas casadas que en unión libre o en concubinato. En escolaridad se nota el mayor número de personas con preparatoria, seguido de nivel secundaria.

En cuanto a los diferentes tipos de maltrato, el emocional (78.3%) es el que domina, lo cual implica gritarle, dejarle encerrado, insultar con o sin groserías, amenazarle con o sin objetos, dejarle de hablar, burlarse del menor frente a otras personas, decirle que es una carga o que ya no lo soporta; seguido del maltrato físico (43.5%) que incluye aventar cosas, jalar del cabello u orejas, empujar o sacudir, dar cachetadas, nalgadas, patadas, mordidas, puñetazos y/o golpear o tratar de golpear con objetos. Sobre la sintomatología depresiva se puede señalar que el puntaje promedio no apunta a un grupo con sintomatología depresiva, ya que está por debajo de la mitad del puntaje máximo que sería sesenta. Los puntajes promedio de estrés no alcanzan niveles clínicos, aunque el más relevante es el estrés derivado de las características del menor. Todo esto dentro de un grupo que reporta el 30% de los cuidadores con atención psicológica o psiquiátrica previa.

El grupo de lista de espera también hace notar como mayoría a las madres, aunque en este grupo se puede observar la presencia de once abuelos; con una media de edad de 40.9 años, la gran mayoría casados o divorciados/separados. Aquí la escolaridad es predominantemente de preparatoria, aunque hay participantes con posgrado. En este grupo también hay presencia de maltrato emocional, coincidiendo en que es el tipo de maltrato de mayor puntaje en ambos grupos. Los valores de estrés tampoco llegan a lo clínico.

Hay diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los grupos en maltrato, donde el nivel de maltrato físico en el grupo de intervención es mayor que en el grupo de lista de

espera. Por otro lado, también se observa que la edad promedio del grupo de lista de espera es mayor que la del grupo de intervención y que hay más personas casadas y en unión libre en el grupo de intervención.

Características de los participantes: niños

En el grupo de intervención se observa un grupo con aproximadamente la misma cantidad de hombres que de mujeres, con un promedio de edad de 8.4 y casi setenta por ciento de los estudiantes con un rendimiento escolar por encima del 8.1, siendo el más repetido entre 9.1 a 10. En el grupo de lista de espera habían más hombres que mujeres, con un promedio de edad de 11.5. El rendimiento escolar más frecuente se encontró entre el 7.1 a 9. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas entre los grupos de niños.

Tabla 2

Datos socioeconómicos e indicadores de salud mental previo a tratamiento

Característica	Intervención (n=23)	Lista de espera (n=52)	Prueba	p
	% / \bar{x} (DE) [min-máx]	% / \bar{x} (DE) [min-máx]	Chi-cuadrada o T	
CUIDADORES				
Sexo (Mujer)	87	88	.03	.853
Parentesco				
Madre	82.6	73.1	2.5	.765
Padre	13	9.6		
Abuelo/a	4.3	11.5		
Tío	0	1.9		
Madrastra/padrastro	0	1.9		
Vecina	0	1.9		
Edad	35.3(7.5) [26 - 55]	40.94(11) [24 - 71]	-2.1	0.032*
Edo. Civil				
Soltero	0	9.6	12.9	0.011*

Característica	Intervención (n=23)	Lista de espera (n=52)	Prueba	p
	% / \bar{x} (DE) [mín-máx]	% / \bar{x} (DE) [mín-máx]	Chi-cuadrada o T	
Casado	47.8	30.8		
Divorciado/separado	4.3	32.7		
Unión libre Concubinato	47.8	23.1		
Viudo	0	3.8		
Escolaridad				
Primaria	0	11.8		
Secundaria o equivalente	34.8	19.6		
Preparatoria, vocacional, técnico o equivalente	39.1	49	6.3	.174
Universidad	26.1	15.7		
Posgrado	0	3.9		
Atención psicológica o psiquiátrica previa para el cuidador	30.4	19.2	1.5	.471
Horas al día que conviven				
1 a 2 hrs	26.1	19.2		
3 a 4 hrs	13	23.1	6.43	.592
5 a 6 hrs	34.8	21.2		
7 o más	26.1	36.5		
Maltrato emocional	78.3	71.2	.63	.527
Maltrato físico	43.5	13.5	2.5	.015*
Maltrato físico severo	0	0	-	-
Negligencia	13	13.5	-.04	.961
Estrés derivado de su rol como cuidador	21.7(7.1)	22.6(9.66)	-.39	.693
Estrés derivado de la relación con el niño	23.7(6.1)	24.1(9.8)	-.16	.868
Estrés derivado por las características del menor	24.3(6.4)	24.1(7.6)	.11	.908
Sintomatología depresiva	12.1(10)	12(8.2)	.04	.968
NIÑOS				
Sexo (mujer)	52	40	.9	.343
Edad	8.4(1.2) [7 - 11]	8.8(1.4) [7 - 12]	-1.2	.215

Característica	<i>Intervención</i> (n=23)	<i>Lista de espera</i> (n=52)	<i>Prueba</i>	<i>p</i>
	% / \bar{x} (DE) [mín-máx]	% / \bar{x} (DE) [mín-máx]	<i>Chi-cuadrada</i> o <i>T</i>	
Escolaridad				
2°	47.8	34.6	4.2	.120
4°	39.1	28.8		
5°	13	36.5		
Promedio				
<=7	8.7	11.5	1	.285
7.1 a 8	21.7	26.9		
8.1 a 9	30.4	26.9		
9.1 a 10	39.1	25		

Nota: *- Diferencia estadísticamente significativa

La variable de escolaridad de los cuidadores presentó un valor perdido.

Prácticas parentales de los cuidadores durante el estudio

La tendencia de los puntajes de las habilidades de parentalidad de los cuidadores fue en aumento, lo que quiere decir que después de la intervención e incluso tres meses después de ella, se sostuvo un aumento de sus habilidades.

Tanto grupo de lista de espera, que corresponde al grupo control, como el grupo de intervención, denotan los puntajes más altos de parentalidad en involucramiento positivo, lo que quiere decir que comienzan y se mantienen con un nivel alto de involucramiento positivo. En contraste, los puntos más bajos para ambos grupos son en disciplina, lo que significa que el mayor reto que presentaron las familias fue el poner límites contingentes y libres de violencia (tabla 3).

Tabla 3

Puntaje promedio de prácticas parentales positivas en los cuidadores

Práctica parental	Intervención (n= 23)	Lista de espera (n = 52)	Intervención post (n= 23)	Lista de espera post (n = 52)	Intervención s1 (n= 23)	Lista de espera s1 (n = 52)
	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$
Involucramiento Positivo	4.2 (0.5)	4.2 (0.5)	4.5 (0.4)	4.3 (0.5)	4.3 (0.5)	4.3 (0.5)
Solución de problemas o	3.5 (0.5)	3.7 (0.6)	3.9 (0.5)	3.7 (0.5)	3.7 (0.5)	3.6 (0.5)
Disciplina	2.9 (0.4)	2.9 (0.3)	2.7 (0.4)	2.9 (0.3)	2.7 (0.4)	2.8 (0.3)
Supervisión	4 (0.4)	4.1 (0.4)	4.3 (0.3)	4.2 (0.4)	4.3 (0.4)	4 (0.4)
Uso del estímulo	3.8 (0.4)	3.9 (0.5)	4.4 (0.4)	4 (0.5)	4.1 (0.5)	4 (0.5)

Efecto de la intervención sobre los problemas internalizados – puntajes

El nivel de enfermedad promedio de los casos tanto del grupo de lista de espera como del de intervención se encontraba en rango normal al momento de la medición basal y se mantuvo así a lo largo de la investigación, con una tendencia hacia la disminución en las tres conductas medidas en los alumnos. La disminución más notoria es la de somatización lo que se puede observar en la tabla 3 y con mayor detalle en las figuras 2, 3 y 4 que muestran la dispersión de los datos por condición.

Tabla 4

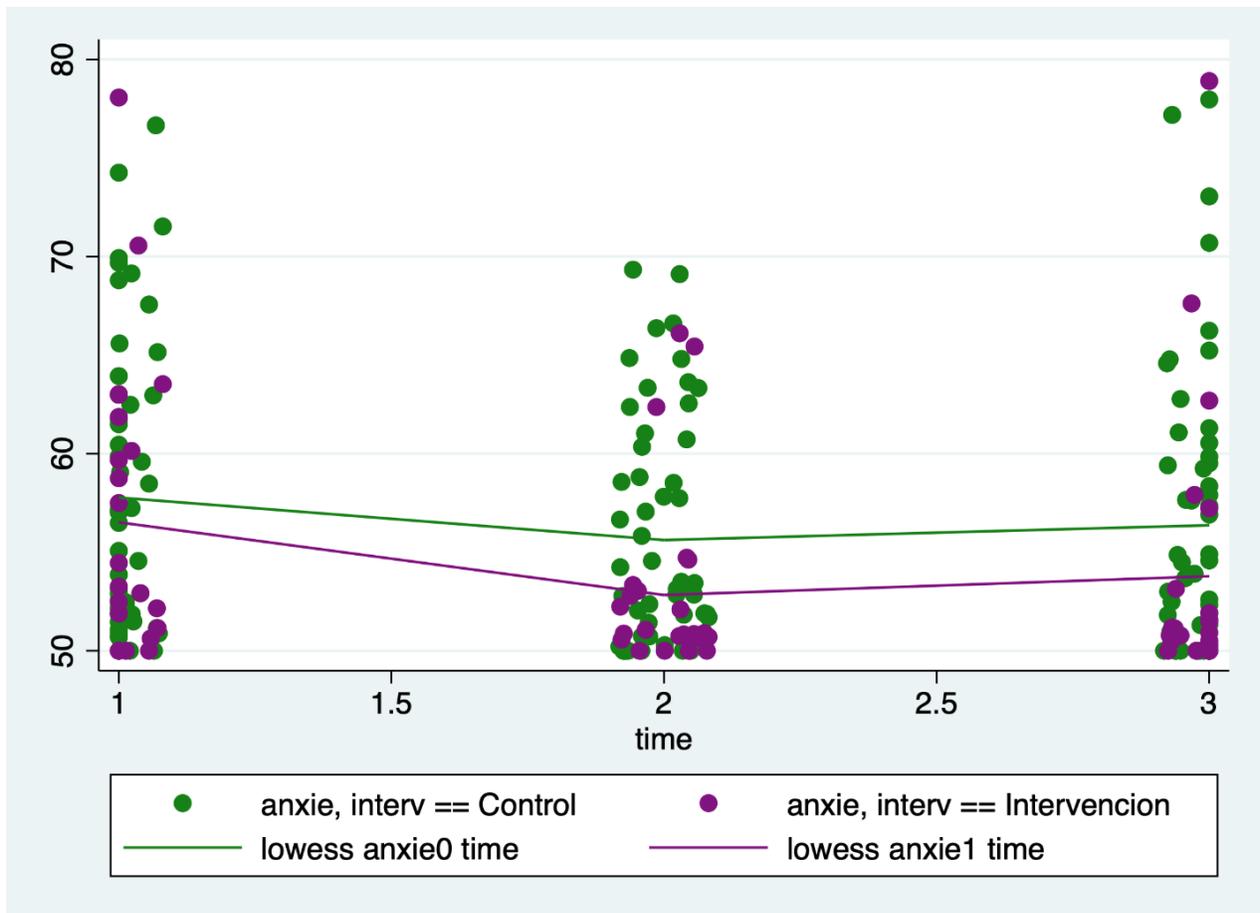
Problemas internalizados en la muestra pretest, post-test y de seguimiento. Puntajes promedio

Característica	Intervención (n= 23)	Lista de espera (n = 52)	Intervención post (n= 23)	Lista de espera post (n = 52)	Intervención s1 (n= 23)	Lista de espera s1 (n = 52)
	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$	$\bar{x}(DE)$
Depresión	56.7 (5.9)	57.3 (6.6)	53.1 (4.9)	55.7 (6.2)	53.6(7.5)	55.5(6.4)
Ansiedad	57.6 (7.7)	58.3 (8.1)	53.7 (5.9)	55.7 (5.8)	55 (7.8)	57.5 (8.6)
Somatización	56.6 (7.8)	56.3 (6.8)	52 (3.7)	56.3 (7.5)	53.9 (9.2)	55 (6.1)

Nota: Rango normal 64 o menos; rango límite 65 a 69; rango clínico 70 o más.

Figura 2

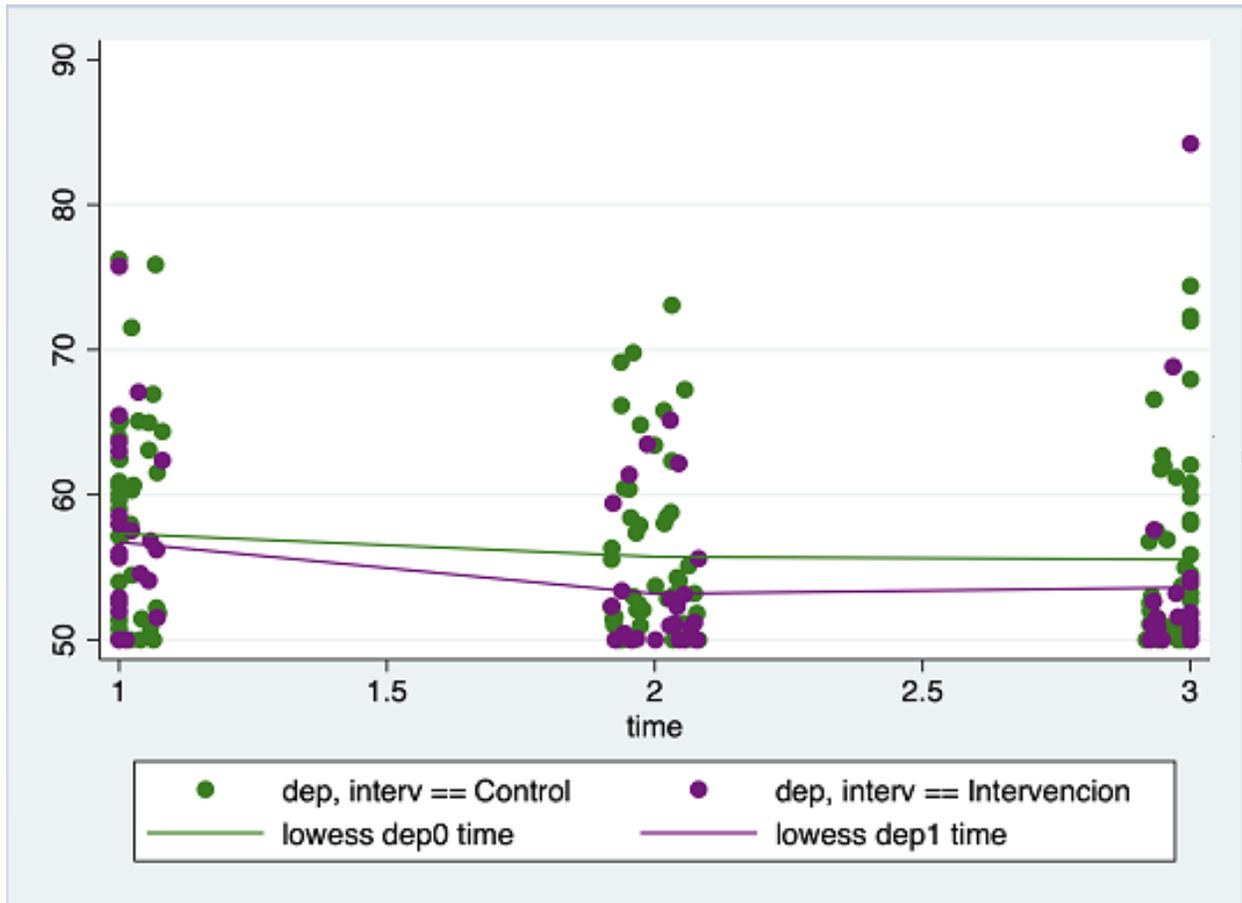
Dispersión de los casos de ansiedad por condición



Nota: Rango normal 64 o menos; rango límite 65 a 69; rango clínico 70 o más.

Figura 3

Dispersión de los casos de depresión por condición

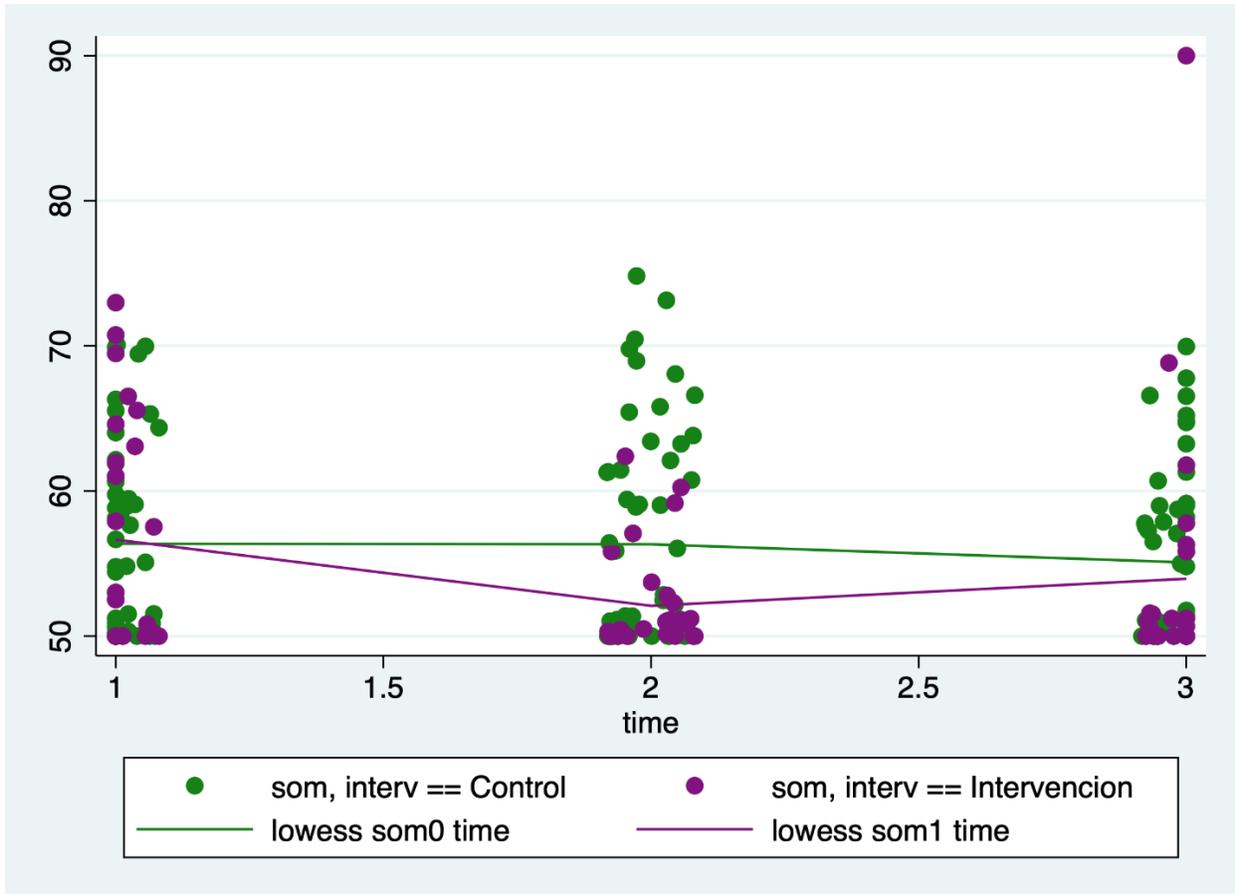


Nota: Rango normal 64 o menos; rango límite 65 a 69; rango clínico 70 o más.

En los puntajes de somatización se puede notar que entre el pretest y el post-test, en la condición de intervención hay una disminución en la dispersión de los casos que se encontraban con puntajes por encima del 64, que es el punto de corte entre normal y límite, no así para la condición en lista de espera. En la medición de seguimiento se notan algunos casos que vuelven a subir a rango clínico (Figura 4).

Figura 4

Dispersión de los casos de somatización por condición



Nota: Rango normal 64 o menos; rango límite 65 a 69; rango clínico 70 o más.

La tabla 5 muestra los resultados de los modelos marginales para cada una de las CI. El modelo de ansiedad muestra que, en general, hay una disminución estadísticamente significativa de los puntajes promedio de ansiedad entre la medición basal y el post-test, pero sin diferencias entre el grupo intervención y lista de espera. En cuanto al modelo de somatización, se observa una disminución estadísticamente significativa entre el grupo control y lista de espera entre la pre y post medición, sin embargo, esa disminución no se mantiene significativa hacia la medición de seguimiento.

Tabla 5

Efecto de la intervención sobre ansiedad, depresión, y somatización (puntajes). Modelos multivariable de regresión lineal GEE.

	Ansiedad			Depresión			Somatización		
	Coef	IC 95%	p	Coef	IC 95%	p	Coef	IC 95%	p
Efectos principales									
Intervención (ref: grupo de lista de espera)	-1.7	(-5.7, 2.3)	0.408	-1.3	(-6.2, 3.7)	0.610	-0.8	(-4.8, 3.3)	0.708
Tiempo (ref: pre)									
Post	-2.2	(-3.8, -0.5)	0.013*	-1.7	(-4, 0.6)	0.154	0	(-1.8, 1.7)	0.966
Seguimiento	-1.4	(-3.2, 0.4)	0.124	-1.9	(-4.1, 0.4)	0.109	-1.3	(-2.7, 0.1)	0.073
Interacciones									
Int X post	-1.5	(-4.3, 1.2)	0.269	-3.1	(-6.8, 0.5)	0.095	-4.5	(-7.9, -1.2)	0.008*
Int X seg	-1.3	(-4.9, 2.3)	0.467	-0.5	(-4.1, 3.1)	0.782	-1.4	(-5.2, 2.4)	0.472

Nota: Modelos ajustados por edad del cuidador, estado civil, y maltrato físico, en la medición basal.

Modelos GEE con matriz de correlación autorregresiva (2) y errores estándares robustos.

IC - Intervalo de confianza

*- Diferencia estadísticamente significativa

Efecto de la intervención sobre los problemas internalizados - Ausencia o presencia de problemas clínicamente significativos

La tendencia de presencia de casos límite de ansiedad y depresión se mantuvo estable en un 4.3% para el grupo de intervención; aunque los datos de somatización se presentaron al menos 4 veces más que en depresión y ansiedad en la medición inicial; tuvo una disminución total en la medición post-test y luego aumentaron los casos presentes en el seguimiento, sin que estos casos alcanzaran los mismo números basales.

En el caso de la presencia de niveles clínicos, el mayor porcentaje en medición basal presente fue de depresión tanto para el grupo de intervención como de lista de espera. En ambos se vio una disminución para la segunda medición y la de seguimiento (tabla 6). Esta tendencia se observa gráficamente en las figuras 8, 9 y 10.

Tabla 6

Problemas internalizados en la muestra pretest, post-test y de seguimiento. Porcentajes presentes por condición

Característica	Intervención (n= 23)	Lista de espera (n = 52)	Intervención post (n= 23)	Lista de espera post (n = 52)	Intervención s1 (n= 23)	Lista de espera s1 (n = 52)
	%	%	%	%	%	%
Depresión						
Límite	4.3	9.6	4.3	13.5	4.3	3.8
Clínico	4.3	5.8	0	1.9	4.3	5.8
Ansiedad						
Límite	4.3	11.5	4.3	7.7	4.3	11.5

Clínico	13	11.5	4.3	1.9	4.3	5.8
Somatización						
Límite	17.4	11.5	0	11.5	4.3	9.6
Clínico	4.3	5.8	0	7.7	4.3	1.9

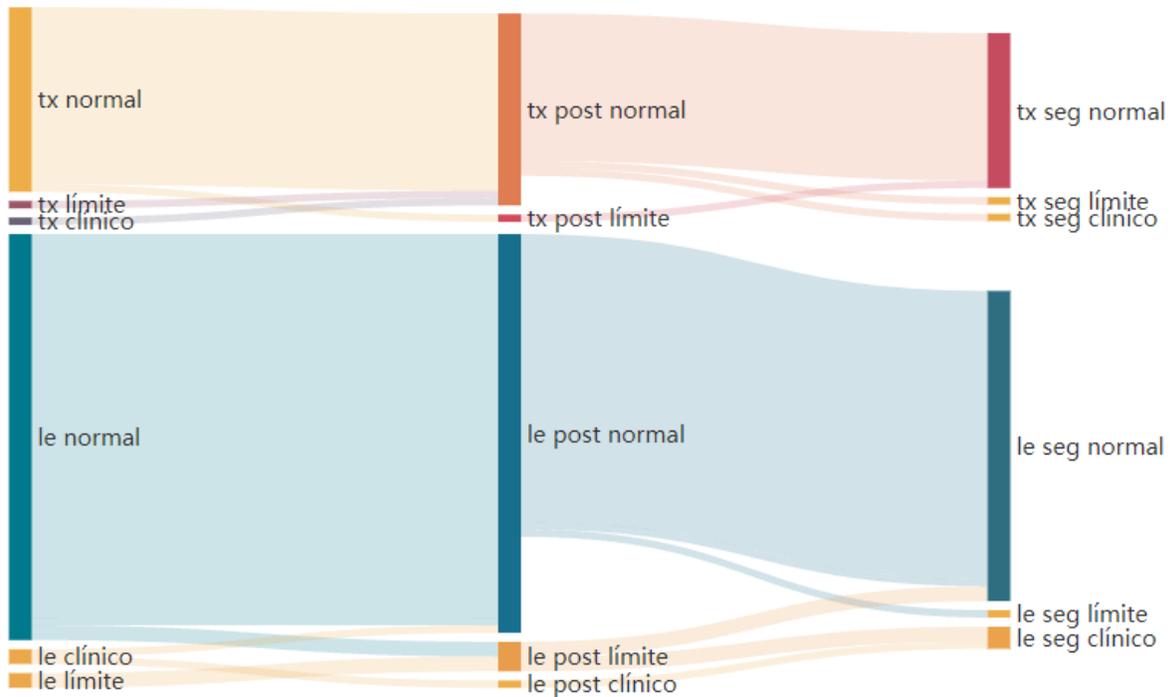
En los datos de depresión, se encontró que diecinueve de los veintitrés casos que recibieron intervención comenzaron en nivel normal y para la medición post-test y de seguimiento permanecieron en ese nivel. Hubo un caso que comenzó en límite y disminuyó a normal, además de uno más que comenzó en nivel clínico y disminuyó a límite. También se obtuvo un caso que comenzó en nivel normal, en el post-test se reportó como normal y para seguimiento aumentó a nivel clínico (figura 5).

En la condición de lista de espera, treinta y nueve de los cincuenta y dos casos comenzaron y se mantuvieron en las mediciones en nivel normal. Por otro lado, dos casos disminuyeron de clínico a normal y dos más de límite a normal, mientras que hubo un caso que comenzó y se mantuvo en límite y otro más en clínico.

Figura 5

Cambio en las categorías de depresión en el grupo intervención y lista de espera, a lo largo del seguimiento

Puntajes T de depresión



Nota: tx = intervención; le = lista de espera; normal = puntaje T en nivel considerado normal; límite= puntaje T en nivel considerado límite; clínico = puntaje T en nivel considerado clínico

En el caso específico de ansiedad, en la condición de intervención, se obtuvieron dieciséis casos de veintitrés que comenzaron y se mantuvieron en las mediciones post-test y seguimiento en rango normal. En la condición de control se repite que la mayoría (treinta y siete casos de cincuenta y dos) comienzan y se mantienen a lo largo del estudio en rango normal.

En la condición de intervención se observaron tres casos que pasaron de ser nivel clínico en basal a ser normal en seguimiento, y uno que comenzó en límite y terminó en normal. Sin

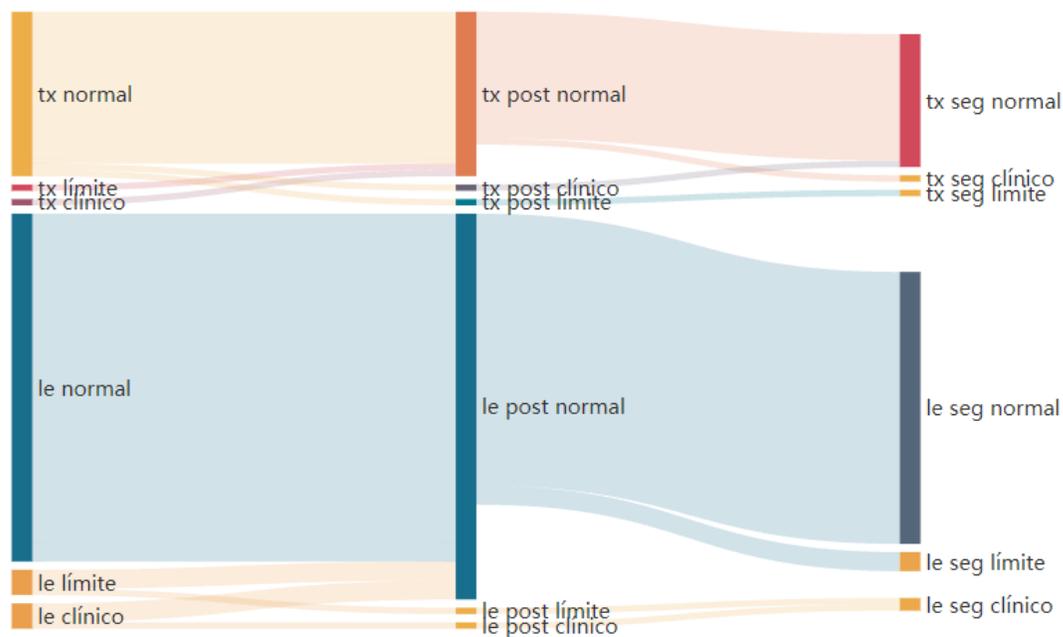
embargo hubo un caso que pasó de ser nivel normal en medición basal a ser límite y otro más a clínico en la medición de seguimiento.

En la condición de lista de espera también hubieron tres casos que comenzaron como clínico y en seguimiento quedaron como normal; otros dos cosas iniciaron siendo nivel clínico y permanecieron así hasta seguimiento; dos más comenzaron en límites y permanecieron así hasta el seguimiento. Las tendencias se pueden ver claramente en figura 6.

Figura 6

Cambio en las categorías de ansiedad en el grupo intervención y lista de espera, a lo largo del seguimiento

Puntajes T de ansiedad



Nota: tx = intervención; le = lista de espera; normal = puntaje T en nivel considerado normal; límite= puntaje T en nivel considerado límite; clínico = puntaje T en nivel considerado clínico

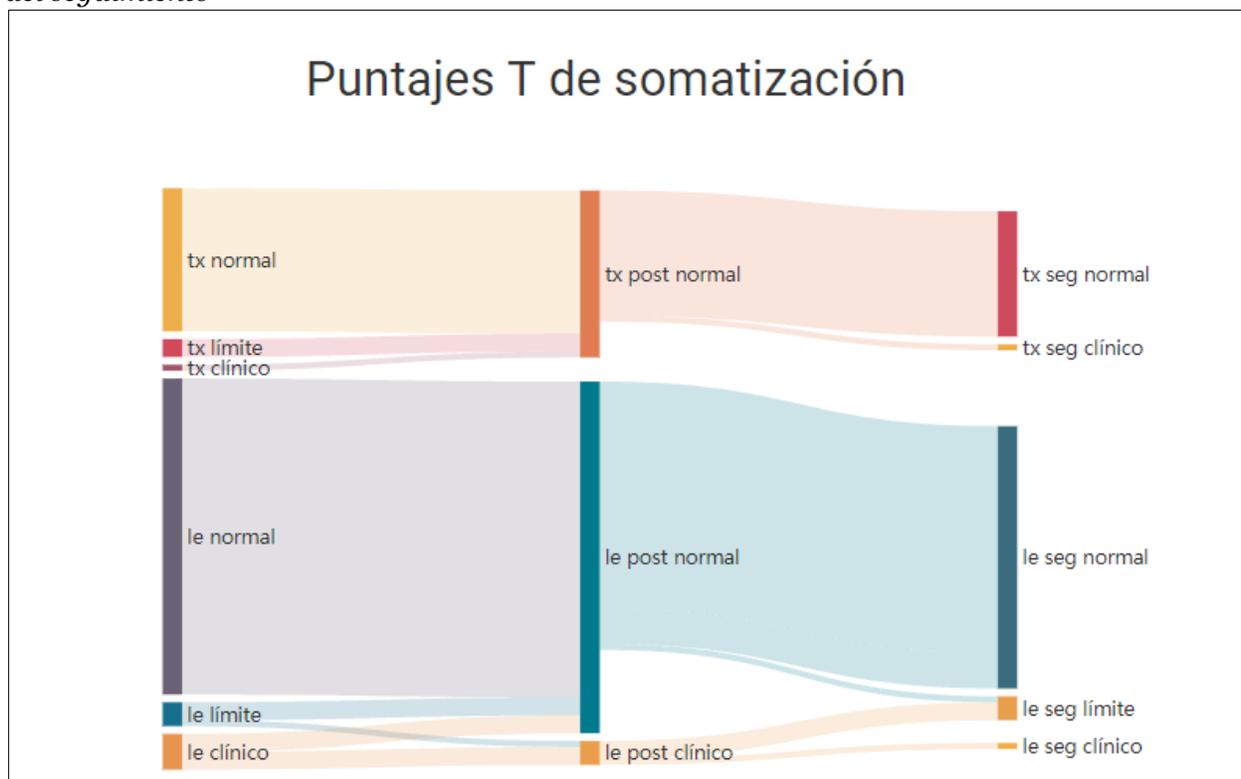
En somatización se puede observar que la gran mayoría de los casos comienzan y se mantienen a lo largo de las mediciones en nivel normal, tanto en condición de intervención (diecisiete de veintitrés) como de lista de espera (treinta y ocho de cincuenta y dos) (figura 7).

En grupo de intervención hubo tres casos que disminuyeron de límite a normal y otro más de clínico a normal, así como un caso que aumentó de normal a clínico.

Para el grupo de control se obtuvieron cuatro casos que disminuyeron de límite a normal y dos de clínico a límite a lo largo de las mediciones. También hubo un caso que aumentó de normal a límite.

Figura 7

Cambio en las categorías de somatización en el grupo intervención y lista de espera, a lo largo del seguimiento



Nota: tx = intervención; le = lista de espera; normal = puntaje T en nivel considerado normal; límite= puntaje T en nivel considerado límite; clínico = puntaje T en nivel considerado clínico

La tabla 7 muestra los resultados de los modelos logísticos marginales para ansiedad y depresión. El modelo de ansiedad muestra que, en general, hay una disminución estadísticamente significativa de las proporciones de niños con rangos clínicos de ansiedad entre la medición basal y el post-test, pero sin diferencias entre el grupo intervención y lista de espera. Debido a que todos los niños en el grupo intervención estaban por debajo del rango clínico de somatización en la medición de post-test, el modelo no pudo ser ajustado para dicha variable. Estos resultados sugieren un efecto muy importante de la intervención en la disminución de los síntomas de somatización en la medición post (figura 10).

Tabla 7

*Efecto de la intervención sobre la presencia de rangos clínicos de ansiedad y depresión.**

Modelos multivariable de regresión logística GEE

	Ansiedad			Depresión		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Efectos principales						
Intervención	0.5	(0.1, 2.6)	0.451	0.5	(0.1, 3.2)	0.450
Tiempo						
Post	0.3	(0.2, 0.7)	0.005*	1	(0.4, 2.3)	0.992
Seguimiento	0.7	(0.3, 1.4)	0.312	0.6	(0.2, 1.7)	0.317
Interacciones						
Int X post	1.3	(0.2, 10.8)	0.792	0.5	(0, 7.3)	0.594
Int X seg	0.7	(0.1, 5.3)	0.691	1.7	(0.3, 11.6)	0.568

Nota: Modelos ajustados por edad del cuidador, estado civil, y maltrato físico, en la medición basal.

Modelos GEE con matriz de correlación autorregresiva (2) y errores estándares robustos.

El modelo de somatización no fue incluido debido a que todos los participantes en el grupo intervención estaban en la categoría normal en el post.

IC - Intervalo de confianza; OR - Odds Ratio

* - Diferencia estadísticamente significativa

La variable dependiente fue categorizada como Normal (codificación 0) y Limite/Clínico (codificación 1)

Figura 8

Comparación de porcentajes de depresión en nivel límite o clínico por condición

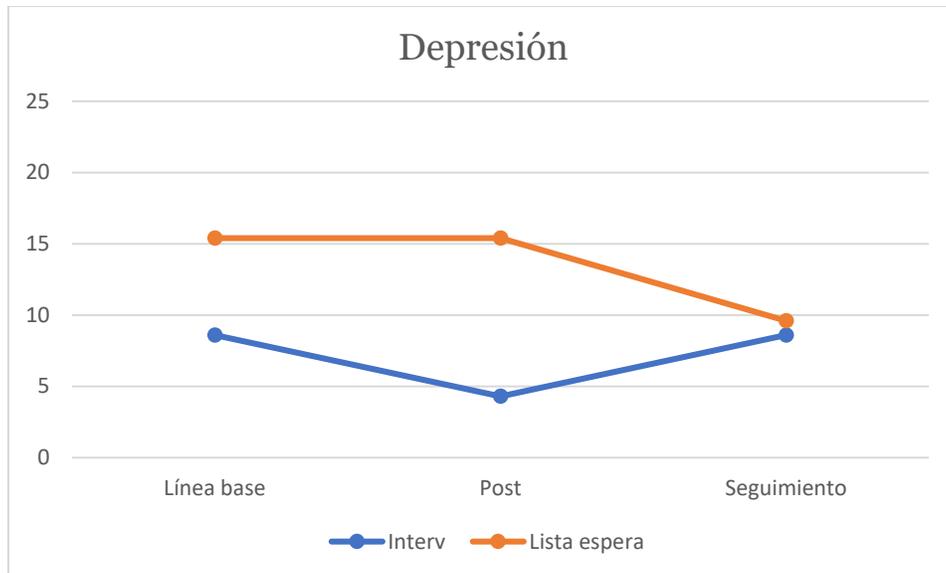


Figura 9

Comparación de porcentajes de ansiedad en nivel límite o clínico por condición

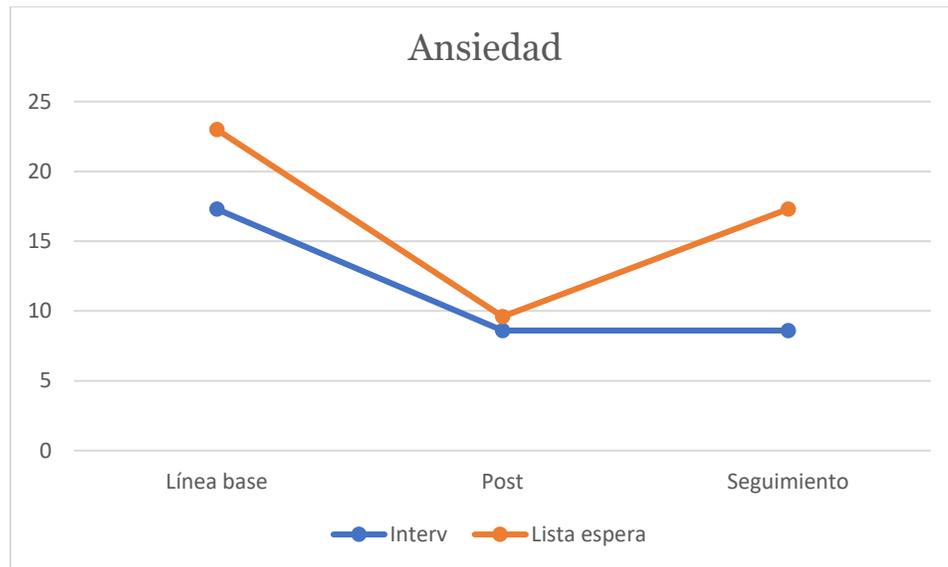
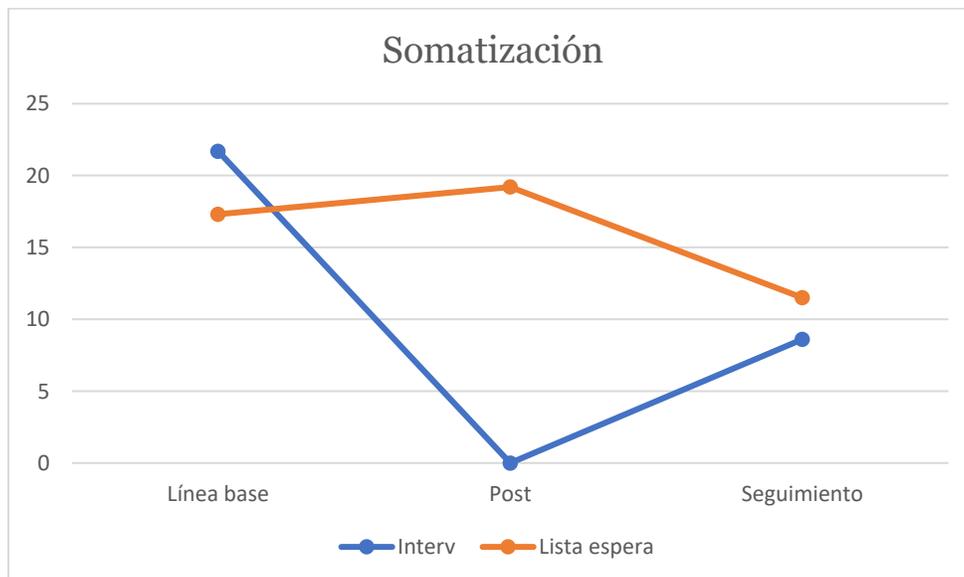


Figura 10

Comparación de porcentajes de participantes en nivel límite o clínico por condición



Discusión

El primer objetivo del estudio era reportar los problemas de ansiedad, depresión y somatización en la muestra de estudio, y como la epidemiología nacional (Caraveo, 2007) e internacional (Polanczyk, et al., 2015) lo marca en una muestra no clínica la prevalencia de casos en nivel límite y clínico en esta muestra fue pequeña, siendo la más frecuentes los problemas de ansiedad (17.3) que de depresión (8.6%), aunque los problemas de somatización fueron los más populares con un 21.7%, que incluye los que estaban en nivel límite y clínico.

Para el segundo objetivo que fue reportar las prácticas parentales positivas de los cuidadores, encontramos que las familias iniciaron con la fortaleza de contar con un involucramiento positivo en ambos grupos estimados. Además de contar con un alto nivel de supervisión. Donde coincidió con los retos reportados por la literatura, es en poner límites que sean libres de violencia, ya que fue la puntuación promedio más baja en ambos grupos, sumado a que se identificó presencia de maltrato físico en ambos grupos, siendo significativamente mayor el uso de esta conducta en el grupo de intervención que en el de lista de espera. La segunda estrategia de menor puntaje fue el uso del estímulo para el desarrollo de nuevas habilidades, al tiempo que se reportó un maltrato emocional en un 78.3% en el grupo de intervención y de 71.2% en el de lista de espera.

Dado estos datos de maltrato, es congruente con la literatura encontrar casos que estén presentando conductas internalizadas ya que estas conductas parentales están reportadas como factores que van volviendo sensible e hiperreactivo al menor ante el estrés y aumenta la probabilidad de presentar tanto ansiedad como depresión (Amores y Mateos, 2017). Además, la muestra tiene otro factor de riesgo de acuerdo con los datos de Leve, Kim y Pears (2005), al tener presencia de sintomatología depresiva materna; por ello era de esperarse observar estas conductas internalizadas en los niños. De acuerdo a los datos de estos últimos tres autores, la

sintomatología depresiva materna es una de las dos variables que ayudan a explicar más del 40% de la varianza de la conducta internalizada en menores de 17 años.

Y finalmente, el tercer objetivo fue describir el efecto de la intervención CAPAS-Mx y para lograrlo, hicimos dos mediciones post intervención, la primera fue al finalizar la intervención, es decir cuatro meses después de línea base, y la segunda 3 meses después de la primera evaluación, lo que nos da un seguimiento de 7 meses en total.

Nuestra hipótesis era que la intervención en parentalidad podría apoyar a la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y somatización ya que lo que hace es suplir las conductas de los cuidadores que están altamente asociadas a la presencia de estos trastornos en la infancia por alternativas que se han visto que disminuyen las problemáticas emocionales, sin embargo el estudio aporta evidencia estadística de un efecto en los niveles de somatización pero no se cumple para depresión ni ansiedad.

En el caso de somatización, se cumplió la hipótesis lo que podría significar que hay componentes de la intervención que están ayudando a disminuir la somatización. Una posible explicación de esto es que los cuidadores hayan logrado aplicar el uso del estímulo para ayudarles a sus hijos a desarrollar habilidades y esto haya logrado suplir o disminuir la crítica; esta última variable Horwitz y colaboradores (2015), la han reportado como una de las principales variables presentes en los sujetos con somatización.

Aunque, si bien se notó una disminución después de la intervención, el efecto significativamente estadístico no se logró mantener para la medición de seguimiento. Lo que podría deberse a que la sensibilidad a la ansiedad (hecho que ya hicimos notar previamente que está presente en nuestra muestra derivado de la exposición a los diferentes tipos de maltrato encontrados) y los rasgos de ansiedad (lo cual también está presente en la muestra; aunque no tenemos el dato de las comorbilidades, se espera que dentro del total de los sujetos se presenten juntas dichas problemáticas), pueden estar jalando la varianza ya que son variables que no

podemos revertir aumentando las habilidades de los cuidadores y que se han hecho notar con un porcentaje de explicación de la somatización en más del 40% (Muris y Meesters, 2004).

Al respecto de la ansiedad, los efectos esperados en ansiedad de manera inmediata y a largo plazo no fueron estadísticamente significativos, aunque hay una tendencia hacia la disminución, lo cual podría apuntar a un efecto clínicamente importante. Si bien se sabe que hay cargas genéticas (Amores y Mateos, 2017) y condiciones orgánicas (Tayeh, Agamez y Chaskel, 2016) altamente relacionadas a la aparición y cronicidad de la ansiedad, también se ha hecho notar que una conducta parental intrusiva y/o controladora puede fomentar y modelar la conducta ansiosa (Tayeh, Agamez y Chaskel, 2016). Previo a los análisis, contábamos con el dato sobre que la parentalidad sólo se ha visto relacionada en un 4% de la explicación de la ansiedad y que el efecto esperado era de 1/10 (Olofsdotter, et al., 2018), lo cual parece repetirse en nuestro estudio, al mismo tiempo, la tendencia hacia la disminución nos alienta a pensar que puede haber algo de la intervención que pueda ser útil ya que la gran mayoría no empeoró y algunos casos lograron la disminución de clínico a normal. Además, un dato interesante de analizar es que posiblemente el cambio esperado en el comportamiento del menor requiera de más tiempo para verse expresado, como se ha visto reflejado en evidencia experimental con la misma intervención, en donde el primer cambio que logran percibir en el tiempo es el comportamiento del cuidador (a los doce meses), seguido del cambio en los niños y, finalmente, un cambio positivo en la depresión materna notado hasta los 30 meses (DeGarmo et al, 2004); nosotros sólo pudimos hacer seguimiento a 7 meses debido a las limitaciones que se mencionarán en la siguiente sección del trabajo.

Si bien no se tiene evidencia estadística, las estimaciones sugieren un efecto en la dirección esperada en depresión y ansiedad, esto coincide con el metaanálisis de Yap y colaboradores (2016), en donde resaltan que los efectos se acercan a la significancia sin lograr serlo para ansiedad y depresión, aunque logran una mejora mediadora en la conducta

internalizada, es por ello que sugieren a las intervenciones de parentalidad basadas en evidencia como una estrategia de prevención de la ansiedad y la depresión.

Fortalezas y limitaciones

Una fortaleza del estudio es el esfuerzo de hacer seguimiento de los sujetos con un grupo de comparación, ya que nos permitió identificar dos escenarios clave. El primero fueron los cambios a lo largo del tiempo, y el segundo, por consecuencia, fue observar si la intervención presentaba riesgo de que empeoraran las problemáticas de los niños derivado de la intervención (Van Belle et al., 2004). Al respecto, este estudio no arroja información de que el grupo de intervención aumentó el riesgo. Al mismo tiempo es importante hacer notar que esta evidencia es del efecto promedio en dicha muestra y que aquellos casos que divergen del efecto promedio (figuras 3, 5 y 7), necesitarían de un estudio de caso para poder conocer las razones por las cuales pasaron de puntuaciones normales a límites o clínicas, incluso cuando estuvieron expuestos a la intervención.

Por otro lado, debido a las acotaciones presupuestales, las escuelas tuvieron que ser elegidas por conveniencia, lo que redujo las bondades probabilísticas de la muestra, por ello, los resultados obtenidos sólo representan a la muestra del estudio y en el futuro se buscará intentar replicar el estudio con una muestra completamente aleatoria. Otra de las limitaciones importantes es que debido a la n , no se pueden hacer análisis por sexo, lo cual de acuerdo a las instituciones epidemiológicas del país (INEGI, 2017) y datos internacionales (Leve et al., 2005; Polanczyk et al., 2015) sería deseable debido a las diferencias en la trayectoria de la conducta internalizada entre hombres y mujeres.

En 2020 se confirmó en una muestra longitudinal que el autoinforme de los niños y las niñas fue el mayor predictor de los problemas internalizados y externalizados, frente al informe de los maestros y cuidadores (Van der Ende, Verhulst y Tiemeier, 2020). En nuestro estudio

incluimos el reporte de los cuidadores como el indicador para detectar la sintomatología internalizada, así como de sus prácticas. Para futuras investigaciones se sugiere que se tome en consideración esta información para aumentar la precisión de la detección de las conductas internalizadas.

Conclusiones

A pesar de que se han notado efectos positivos para la disminución de sintomatología internalizada, en esta población, no fue suficiente la intervención en la modificación de las prácticas parentales para generar un cambio estadísticamente significativo en los niveles clínicos.

Esto es una primera aproximación del efecto de la intervención en estas tres problemáticas en nivel clínico, para poder hacer la declaración de que la intervención no funciona, tendríamos que mejorar las limitaciones metodológicas y hacer un estudio de al menos 30 meses de seguimiento. Se sugiere no descartar la hipótesis, ya que se gestó debido a la evidencia en otros países sobre la disminución de conductas internalizadas.

Tal vez, una vez que se llega a niveles clínicos de la CI la aportación de la intervención no sea suficiente para lograr una disminución estadísticamente significativa de la depresión, ni la ansiedad de los niños y el abordaje deba ser multinivel para incluir habilidades no sólo para el manejo del contexto, sino también de las condiciones propias del padecimiento y enfocarse en que el individuo logre la adquisición de habilidades para que sea él mismo el agente de cambio de su propia conducta y eso aumente los efectos de la intervención como ocurrió en el estudio de conducta externalizada (Amador et al., 2019). Por ello, la recomendación final para futuras líneas de investigación es apostar por unir esfuerzos entre intervenciones basadas en evidencia desde una perspectiva multifactorial y dimensional, que tenga en cuenta los diversos factores de riesgo pero sin perder de vista la búsqueda de maximizar los beneficios de un mismo

componente. Es decir, no sólo dar dos o tres intervenciones al mismo tiempo sino seguir explorando los componentes principales de cambio de cada intervención e investigar si alguno de estos componentes puede ser suficiente para suplir alguno de los otros tratamientos a fin de tener intervenciones breves, estructuradas y accesibles a la población, en lugar de intervenciones cada vez más largas y costosas.

Referencias

- ASEBA-Network-2015-V1 [Computer Software] (2016). Retrieved from:
<https://aseba.org/aseba-network/>. Accessed 8 November 2019.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. (2013). DSM Guide for the ASEBA. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families
- Albert, P. S. (1999). Longitudinal data analysis (repeated measures) in clinical trials. *Statistics in Medicine*, 18(13), 1707-1732. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19990715\)18:13<1707::AID-SIM138>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19990715)18:13<1707::AID-SIM138>3.0.CO;2-H)
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Zetina, J. A., Soriano, A. M., & Colin, G. V. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 35(6), 393-399.
- Amador, N. G., Guillén, S. G., Sánchez, D., Domenech, M., & Baumann, A. (2012). CAPAS-Mx: Criando con amor promoviendo armonía y superación en México. Manual para madres, padres y otros cuidadores. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Amador, N., Sánchez, R., Castillo, C.E., Ramírez, G., Suárez, T., & Villatoro, J.A. (Octubre, 2018). Efecto del entrenamiento en parentalidad positiva sobre el maltrato físico: ensayo controlado aleatorizado. Cartel presentado en la XXXIII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

- Amador, N. G., Sánchez, R., Schwartz, S., Gutiérrez, M. L., Díaz, A. D., Ortiz, A. B., González T. G., Vázquez, L., Medina-Mora, M. E., Domenech, M. M., & Villatoro, J. A. (2019). Cluster Randomized Trial of a Multicomponent School-Based Program in Mexico to Prevent Behavioral Problems and Develop Social Skills in Children. *Child & Youth Care Forum*. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09535-3>
- Baumann, A. A., Domenech Rodríguez, M. M., Amador, N. G., Forgatch, M. S., & Parra-Cardona, J. R. (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTOTM) in Mexico City: Integrating cultural adaptation activities in an implementation model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 32–47. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12059>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Recuperado de:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf
- Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P., & Pelham, W. E. (2016). The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From intervention design to promoting large-scale system change. *Behavior Therapy*, 47(6), 812–837. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.002>
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, 5(2), 73–89. <https://doi.org/10.1023/b:prev.0000023078.30191.e0>
- Domenech Rodríguez, M., Villatoro Velázquez, J.A., & Gutiérrez López, M.L. (2007). Solución de Problemas: Escala para medir el estilo de solución de problemas en familias mexicanas [Problem Solving: A scale to measure problem solving style in Mexican families]. *Revista SESAM: Servicios de Salud Mental*, 11, 6-11.

- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes — Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31–40. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.09
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 47-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100006>
- Forgatch, M. S. & Domenech Rodríguez, M. M. (2015). *Interrupting Coercion*. Oxford Handbooks Online. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199324552.013.17>
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., Degarmo, D. S. & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637-660. doi:10.1017/s0954579409000340
- Fuentes-Balderrama, J., Cruz del Castillo, C., Ojeda, A., Díaz, R., Turnbull, B., & Parra, J. R. (2020). The Effects of Parenting Styles on Internalizing and Externalizing Behaviors: A Mexican Preadolescents Study. *International Journal of Psychological Research*, 13(1), 9–18. <https://doi.org/10.21500/20112084.4478>
- Gewirtz, A. H., DeGarmo, D. S., & Medhanie, A. (2011). Effects of mother's parenting practices on child internalizing trajectories following partner violence. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1037/a0022195>
- Gomar, M., & Mandil, J. Terapia cognitiva comportamental para la ansiedad en niños: componentes claves”. En *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Editorial Polemos; 2010

- Hodann-Caudevilla, R. M., & Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 39–45. doi:10.1016/j.anyes.2016.04.001
- Horwitz, B. N., Marceau, K., Narusyte, J., Ganiban, J., Spotts, E. L., Reiss, D., ... Neiderhiser, J. M. (2015). Parental criticism is an environmental influence on adolescent somatic symptoms. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 283–289.
<https://doi.org/10.1037/fam0000065>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Defunciones por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, 2010 a 2018.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_07&bd=Salud
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Encuesta Nacional de Hogares. Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de depresión, 2014, 2015 y 2017. (Mayo, 2018).
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_04&bd=Salud
- Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Encuesta Nacional de los niños, niñas y mujeres en México [ENIM], Resultados principales. México: Secretaría de Salud. <https://www.insp.mx/enim2015/informe-resultados-2015.html>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004690.pub4>
- Kwong ASF, López-López JA, Hammerton G, Manley D, Timpson NJ, Leckie G, Pearson RM. Genetic and Environmental Risk Factors Associated With Trajectories of Depression Symptoms From Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Netw Open*. 2019 Jun

5;2(6):e196587. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6587. PMID: 31251383; PMCID: PMC6604106.

Knutson, N. M., Forgatch, M. S., Rains, L. A., Sigmarsdóttir, M., & Domenech Rodríguez, M. (2019). Fidelity of implementation rating system (FIMP): The manual for Generation PMTO (3rd ed.). Eugene, OR: Implementation Sciences International.

Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 505–520.

<https://doi.org/10.1007/s10802-005-6734-7>

Mas, M. J. (2018). La aventura de tu cerebro. El neurodesarrollo: de la célula al adulto. Next door publishers.

Morales, S., & Vázquez, F. (2014). Prácticas de Crianza Asociadas a la Reducción de los Problemas de Conducta Infantil: Una Aportación a la Salud Pública. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(3), 1701–1716. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(14\)70975-5](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(14)70975-5)

Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychological Reports*, 94(3_suppl), 1269-1275. <https://doi.org/10.2466/pro.94.3.1269-1275>

Niec, L. N., Acevedo-Polakovich, I. D., Abbenante-Honold, E., Christian, A. S., Barnett, M. L., Aguilar G., & Peer, S. O. (2014). Working together to solve disparities: Latina/o parents' contributions to the adaptation of a preventive intervention for childhood conduct problems. *Psychological Services*, 11, 410-420. doi:10.1037/a0036200

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Serie de Guías de Justicia Penal. (2013). Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social

de Delincuentes. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_SocialReintegration_ESP_LR_final_online_version.pdf

Olofsdotter, S., Furmark, T., Åslund, C., & Nilsson, K. W. (2018). The mediating role of parenting behaviors in the relationship between early and late adolescent levels of anxiety: Specificity and informant effects. *Journal of Adolescence*, 69, 118–129.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.09.011>

Organización Mundial de la Salud. (Enero, 2020). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización mundial de la salud (2021). Concepto de salud.
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Oregon, Eugene: Castalia Pub Co.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Reid, J. B. & Patterson, G. R. (1989). The development of antisocial behavior patterns in childhood and adolescence. *European Journal of personality*, 3(2), 107-119.

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). “Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries”. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(2). 351-358.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.2.351>

Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México:

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (Abril, 2020). Salud mental.

<http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>

Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L,

Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. (2007). Epidemiología de los trastornos somatomorfos.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14054/2007_sem27.pdf

Sottani, C. G., Barilá, C., & Vuelta, B. L. (2014). Ansiedad Infantil: Un tratamiento basado en la evidencia. *Anxia*, 21.

Tayeh, P., Agamez, P., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18.

Thijssen, J., Albrecht, G., Muris, P., & de Ruiter, C. (2017). Treatment Fidelity during Therapist Initial Training is related to Subsequent Effectiveness of Parent Management Training—Oregon Model. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1991–1999.

<https://doi.org/10.1007/s10826-017-0706-8>

Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & de Ruiter, C. (2016). The Effectiveness of Parent Management Training—Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 136–150.

<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0660-5>

Van der Ende, J., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2020). Multitrait-multimethod analyses of change of internalizing and externalizing problems in adolescence: Predicting

internalizing and externalizing DSM disorders in adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 343–354. <https://doi.org/10.1037/abn0000510>

Yap, M. B. H., Fowler, M., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2015). Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 183, 330–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.031>