



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**RESULTADOS INICIALES DEL MODELO ESCOLAR HUELLITAS-CAPAS-MX PARA
LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE CONDUCTAS DE RIESGO**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

RODRIGO SÁNCHEZ RAMOS

DIRECTORA:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. CESAR CARRASCOZA VENEGAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARINA MENEZ DÍAZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

OCTUBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Esta tesis fue realizada como parte del proyecto PDCPN-2014-248428 “Evaluación de un modelo escolar para la prevención integral de conductas de riesgo en escolares a partir del desarrollo de habilidades sociales y de prácticas de parentalidad positiva en niños y sus cuidadores” financiado por CONACYT.

A Jorge Villatoro, María de Lourdes Gutiérrez y Nancy Amador, responsables del proyecto, agradezco la oportunidad, la confianza y las enseñanzas que me han otorgado.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca 299204.

A todo el equipo Huellitas-CAPAS-Mx.

A la Dra. Lydia Barragán, Dr. Cesar Carrascoza, Dr. Samuel Jurado, Dra. Marina Menez y la Mtra. Violeta Felix por su apoyo como comité evaluador.

Dedicatorias

A Guadalupe Ramos y Enrique Sánchez, este logro es resultado suyo, me debo completamente a su esfuerzo y perseverancia de cada día durante estos 28 años. Aquí presento su legado.

A mis hermanos, porque su apoyo, ejemplo y consejos durante mi desarrollo, han sido un privilegio.

A Anayeli H. Serrano cuya presencia alegre y llena de amor mi vida, vislumbrando un futuro prometedor.

A Eli y Valeria por su apoyo, por la convivencia familiar, por traer a este mundo a mis sobrinos que llenan de felicidad nuestras vidas y quienes son la motivación para trabajos como el aquí presentado.

Si se pudiera saber qué tan rápido se van a experimentar ciertas etapas de la vida y a qué velocidad va el reloj en distintos momentos. ¿Sabríamos cuándo hay que ser más apasionados? ¿Y así con la intensidad de lo vivido perder la noción del tiempo? ¿Eso es acaso el secreto de vivir un instante eterno? Hoy solo puedo decir ¡Apasíonate! ¡Vive intensamente!
El tiempo puede pasar pero tú no solo pases por la vida.

Para participar en un proyecto de prevención se tiene que tener en claro que: "el trabajo que no se empieza es el que tarda más en finalizarse" que no sabemos si nosotros somos la generación que observará los resultados, que lo que se vive durante el proceso; las sonrisas de los niños, una madre de familia brindándote su agradecimiento, un padre que rompe su timidez para encontrar ayuda, una comunidad escolar que busca y da apoyo, todo es inconmensurable.

Rodrigo Sánchez Ramos

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de las intervenciones conjuntas Dejando Huellitas en tu vida (Huellitas) y Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México (CAPAS-Mx) sobre los problemas de conducta, el desarrollo de habilidades sociales en niños y el desarrollo de estrategias de parentalidad positiva en sus cuidadores. El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado con cuatro condiciones (Huellitas, CAPAS-Mx, Huellitas-CAPAS-Mx y Control) con 2 mediciones (pre-test y post-test). Se realizó en 4 escuelas de la Ciudad de México. Participaron 217 cuidadores y 202 niños. La intervención Huellitas se enfoca en el desarrollo de habilidades sociales en niños. La intervención CAPAS-Mx tiene por objetivo el desarrollo de prácticas de parentalidad positiva. La intervención Huellitas-CAPAS-Mx consistió en la implementación de ambas intervenciones simultáneamente en la misma escuela. Se encontró que en Huellitas-CAPAS-Mx se obtuvieron menores puntuaciones de problemas externalizados y mayor puntuación en parentalidad positiva que en Huellitas y el grupo control, además se observó un tamaño del efecto mayor que en las demás condiciones. En los niños que recibieron Huellitas-CAPAS-Mx aumentó de manera significativa la media de la puntuación de autonomía y rechazo ante presión de pares. En conclusión se pudo observar un efecto conjunto de las intervenciones en la condición Huellitas-CAPAS-Mx, mostrando que cuanto más integral es una intervención hay mejores resultados. Esta investigación muestra la posibilidad de contar con una intervención de múltiples componentes probada en México y con evidencia de que se puede implementar en el sistema escolarizado con resultados prometedores.

Palabras clave: prevención, escolar, conductas de riesgo, habilidades sociales, parentalidad positiva.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of the joint interventions Dejando Huellitas en tu vida (Huellitas) y Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México (CAPAS-Mx) in the improvement of behavior problems, the development of social skills in children and the development of positive parenting strategies in their caregivers. The research was based on a randomized clinical trial with four conditions (Huellitas, CAPAS-Mx, Huellitas-CAPAS-Mx and Control), every group had two observations: pre-test and post-test. It was carried out in 4 schools in Mexico City. 217 caregivers and 202 children participated. The Huellitas intervention was focused on the development of social skills in children. The CAPAS-Mx intervention aimed to develop positive parenting strategies. The intervention Huellitas-CAPAS-Mx consisted in the implementation of both interventions simultaneously in the same school. Results show that Huellitas-CAPAS-Mx obtained lower scores in externalized problems and higher scores in positive parenting than in Huellitas and control groups. In fact, the effect size was greater than in the other conditions. Finally, children who received Huellitas-CAPAS-Mx significantly increased the mean autonomy score and peer pressure rejection. In conclusion, it was possible to observe a joint effect of the interventions in the Huellitas-CAPAS-Mx condition, showing that the more integral an intervention is, the better results are obtained. This research shows the potential of having a multi-component intervention tested in Mexico and provides evidence for joint programs implemented in the school system with promising results.

Key words: prevention, school, risk behaviors, social skills, positive parenting.

Índice

Epidemiología de salud mental en niños y adolescentes.	1
Prevalencias de consumo de Alcohol y Drogas en estudiantes.	3
Violencia en el contexto escolar y salud mental.	4
Búsqueda de atención especializada en salud mental.	6
Planteamiento.	8
Método.	10
Resultados.	20
Discusión.	27
Referencias.	33
Anexos.	40

Epidemiología de salud mental en niños y adolescentes.

El estudio de los mecanismos de inicio y mantenimiento de los problemas de conducta y trastornos mentales es parte fundamental para la elaboración científica de programas de prevención (Wolitzky-Taylor et al., 2017). Una manera de introducirse al tema es a través de los estudios epidemiológicos que dan cuenta de la prevalencia de los problemas de conducta y trastornos mentales de la infancia a la adolescencia. Es preciso destacar que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales inician antes de llegar a la edad adulta, deteriorando el desarrollo de la persona que los padece (Benjet et al., 2016).

Se ha reportado que la prevalencia de problemas de conducta y trastornos del estado de ánimo es mayor que las complicaciones físicas más frecuentes en la adolescencia, según datos de la National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A) estas problemáticas marcan su inicio a los 6 años para los trastornos de ansiedad, a los 11 años para los trastornos de conducta, a los 13 años para los trastornos del estado de ánimo y a los 15 años para los trastornos por consumo de sustancias (Merikangas et al., 2010).

A nivel internacional son pocos los países que realizan encuestas de salud mental en niños, Waddell, Shepherd, Schwartz y Barican, (2014) en una revisión sistemática reportan que solo Estados Unidos, Reino Unido, Puerto Rico, Israel y Hong Kong cuentan con encuestas epidemiológicas de salud mental infantil de alta calidad, de éstas se estima que el 12.6% de niños y jóvenes de 4 a 17 años padeció algún trastorno mental en algún momento. Incluso el 29% cumple los criterios de dos o más trastornos. Las comorbilidades más frecuentes son entre depresión y ansiedad o trastornos de consumo de sustancias, mientras que los trastornos de conducta se conjuntan con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastornos de consumo de sustancias. A través de su análisis, reportan una prevalencia internacional de 3.8% para los trastornos de ansiedad, 2.5% para TDAH, 2.4% para trastornos por consumo de sustancias, 2.1% para trastornos de conducta, 1.6% para depresión, 0.6% para trastorno

bipolar y espectro autista, 0.2% para trastornos alimenticios y 0.1% para esquizofrenia.

En México no existen estudios epidemiológicos a nivel nacional de salud mental infantil, sin embargo, los reportes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” estiman que el 15% de los niños padece algún trastorno mental. De 2005 a 2010 se reportó una incidencia de esquizofrenia de 0.75% a 1.18%, para trastorno disocial de la conducta en niños socializados se reportó una incidencia de 0.34%, para trastorno disocial desafiante y opositorista 2.99% y para trastorno disocial no especificado 0.31%. Cabe señalar que el trastorno más atendido fue la depresión que en ese periodo tuvo una incidencia anual de 10 a 15% y se registró un aumento en la incidencia del trastorno obsesivo compulsivo de 0.15% a 0.63% (Secretaria de Salud, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e). En 2007, de las personas que asistieron por primera vez 29.87% presentaron el diagnóstico de TDAH (Secretaria de Salud, 2010f).

La Encuesta de Salud Mental de Adolescentes en la Ciudad de México reporta que 51.3% cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida; las fobias, los trastornos de ansiedad, los trastornos de impulsividad, los trastornos afectivos y los trastornos por consumo de sustancias son las principales problemáticas de esa etapa (Benjet et al., 2009). Las edades de inicio varían según el tipo de trastorno; para el 50% de los entrevistados, los trastornos de ansiedad tienen el inicio más temprano; 5 años para fobia específica, 6 años para ansiedad de separación y 12 años para ansiedad generalizada. El inicio es de alrededor de los 11 y 12 años de edad para los trastornos afectivos y de impulsividad, con excepción del trastorno por déficit de atención que inicia desde los 5 años. Por último, los trastornos por consumo de sustancias en esa encuesta se presentaban alrededor de los 13 y 14 años (Benjet et al., 2009). En cuanto al consumo de sustancias en México, también se ha encontrado que el consumo de drogas tiene una edad de inicio de 13 años y para el consumo de alcohol de 12 años, además de que aquellas personas con un inicio temprano de depresión y que tienen un trastorno por consumo de sustancias tienen 18.3 veces más

probabilidad de generar dependencia hacia las sustancias (Villatoro et al., 2016). El 2% de la población ha presentado algún episodio de depresión mayor antes de los 18 años y el 27.5% tuvo su primer episodio durante la infancia y/o adolescencia (Benjet, Borges, Medina, Fleitz & Zambrano, 2004). Las personas con depresión que tuvieron un inicio temprano del padecimiento, tienen una probabilidad siete veces mayor de haber presentado trastorno negativista desafiante en la infancia. (Benjet et al., 2004). Así mismo, se ha estimado que el 2.8% de mujeres y el 0.9% de varones adolescentes que cursan la escuela en México presentan algún tipo de trastorno de la alimentación (Benjet, Mendez, Borges, & Medina-Mora, 2012).

Posteriormente, Benjet et al. (2016), evaluaron la incidencia retrospectiva de trastornos mentales en un periodo de 8 años (de la adolescencia a la adultez) y encontraron que el 37.9% experimentaron el inicio de algún trastorno psiquiátrico en dicho periodo y el 28.4% buscaron atención por primera vez. Así mismo, identificaron a los trastornos por consumo de sustancias entre aquellos de mayor incidencia seguidos de trastornos de conducta y del estado de ánimo.

Prevalencias de consumo de Alcohol y Drogas en estudiantes.

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) realizada en 2014, se encontró que 53.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han bebido alcohol alguna vez en su vida y 14.5% reportó consumo excesivo de alcohol (cinco copas o más en una sola ocasión en el último mes). En los estudiantes de 5° y 6° de primaria, 16.9% ha bebido alcohol alguna vez en su vida y 2.4% reportó consumo excesivo. El 12.5% de los niños reportaron intención de consumir alcohol y el 22.6% de los que ya consumieron alcohol lo volverían a hacer. En cuanto al consumo de drogas el 17.2% de los jóvenes de secundaria y bachillerato han consumido drogas alguna vez en la vida, el 12.5% de los estudiantes de secundaria y el 25.1% de bachillerato. Las drogas más recurridas entre los adolescentes son la marihuana (10.6%), los inhalables (5.8%) y la cocaína (3.3%). En los estudiantes de 5° y 6° de primaria, el 3.3% ha consumido drogas alguna vez en su vida. Las drogas que reportan haber consumido fueron la

marihuana (2.3%) y los inhalables (1.8%). El 8.3% reportó que tiene la intención de consumir drogas por primera vez y el 10.7% de los que ya la consumieron lo volverían a hacer (Villatoro et al., 2016).

Violencia en el contexto escolar y salud mental.

Una problemática suscitada en años recientes, es el acoso escolar y la violencia, ya que se han posicionado como uno de los principales problemas a nivel primaria, secundaria y preparatoria en México (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2014). Incluso se ha reportado el aumento de las manifestaciones conflictivas, agresivas o disruptivas en la escuela por parte de los alumnos (Aguilera, Muñoz & Orozco, 2007).

Según datos de la OCDE (2014) de los países que la integran, México es el primer lugar en número de casos de acoso escolar (bullying), ya que 18.8 millones de estudiantes de nivel primaria y secundaria de escuelas públicas y privadas reportaron haber padecido este tipo de problema. El 40.24% de los estudiantes de nivel básico mencionó haber sufrido algún tipo de acoso, el 25.35% indicó que había recibido insultos o amenazas de parte de algún compañero, el 17% reveló que había sido golpeado y el 44.47% vivió algún episodio de violencia verbal, física, psicológica y/o por internet (Mayen, 2015). Entre los adolescentes de la Ciudad de México el 14.1% de la población estudiantil mencionó que ha sufrido acoso escolar (Fleiz et al, 2013). De alumnos de primaria el 19% ha participado en peleas, 10.9% ha participado con un grupo de estudiantes que ha amenazado o robado a otro alumno, mientras que de los alumnos de secundaria el 11.1% ha participado en peleas y 6.8% ha participado con un grupo de estudiantes que ha amenazado o robado a otro alumno. En la relación entre promedio escolar y actos de violencia se encuentra que los alumnos que tienen menor promedio realizan más actos de violencia y viceversa (Aguilera et al., 2007).

Hay muchos factores de riesgo subyacentes a la violencia, como son la desigualdad económica, el consumo de alcohol y el involucramiento parental inadecuado, lo que incrementa la probabilidad de maltrato infantil, violencia juvenil,

violencia de pareja y violencia sexual contra las mujeres; a menudo las personas que tienen un comportamiento agresivo y antisocial en su desarrollo o en la edad adulta, fueron niños que sufrieron rechazo, negligencia, castigos físicos severos, abuso sexual o vivían en un entorno violento, ya sea en casa o en la comunidad (Youngblade et al., 2007). Afortunadamente se han identificado estrategias efectivas para prevenir actos de violencia o ser víctimas de ella, como: favorecer relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores; fomentar las aptitudes para la vida en los niños y los adolescentes; reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol; reducir el acceso a las armas de fuego y las armas blancas; promover la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer; cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia y por último, establecer programas de detección, atención y apoyo a las víctimas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En una revisión sistemática de intervenciones escolares para reducir el acoso escolar, Vreeman y Carroll (2007), evaluaron cuatro tipos de intervenciones clasificadas como integración curricular (10 estudios), intervenciones multidisciplinarias o "toda la escuela" (10 estudios), grupos de habilidades sociales (4 estudios), tutoría (1 estudio) y apoyo de los trabajadores sociales (1 estudio). Sólo 4 de los 10 estudios de integración curricular mostraron una disminución del acoso escolar. De los 10 estudios que evaluaron el enfoque de toda la escuela, 7 revelaron una disminución del acoso escolar y los niños más pequeños tuvieron menos efectos positivos. Tres de los estudios de entrenamiento en habilidades sociales no mostraron una clara reducción del acoso escolar. El estudio de tutores encontró disminución del acoso escolar para los niños tutorados. El estudio del apoyo de los trabajadores sociales en la escuela encontró disminución del acoso escolar, el ausentismo, el robo y el consumo de drogas. Concluyen que las intervenciones escolares que involucran múltiples componentes y diversas disciplinas reducen el acoso escolar.

Búsqueda de atención especializada en salud mental.

Caraveo, Colmenares y Martínez (2002), realizaron un estudio para estimar la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes, así como los motivos por los cuáles los padres de familia buscaban atención de salud mental para sus hijos. Encontraron que casi la mitad de la población estudiada (1685 menores) presentó algún síntoma psicopatológico; en el caso de los padres solamente el 25% consideró buscar ayuda para sus hijos y únicamente el 13% buscó atención en servicios de salud mental. En el caso de consumo de drogas el 1.3% de los niños y adolescentes requiere tratamiento especializado por su consumo de drogas (Villatoro et al, 2015). La percepción de la necesidad de atender problemas de salud mental en población infantil es baja debido a la poca información con la que cuentan las familias, la poca disponibilidad de recursos y las expectativas de apoyo no cubiertas por parte de los profesionales de la salud, lo que genera un retraso en la atención formal a la salud mental en este sector de la población (Mora-Ríos & Ito-Sugiyama, 2005).

En 2011 la OMS señaló que en México sólo el 27% de niños y adolescentes recibían atención de salud mental en unidades ambulatorias y el 6% en hospitales psiquiátricos. El sistema de salud que está enfocado a la atención formal de trastornos psiquiátricos y conductas problemáticas en población infantil y adolescente, resulta aparentemente insuficiente dada la demanda que existe de dicho servicio, pues para la población en general únicamente existen 46 hospitales especializados en salud mental, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados a establecimientos de salud mental ambulatorios. De tal forma que hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. Por otro lado, cabe destacar que pocas escuelas de nivel básico, medio y medio superior proporcionan apoyo psicológico a quienes lo requieren, así como tampoco realizan suficientes actividades de promoción y prevención en salud mental (OMS, 2011).

En cuanto a la violencia, contar con atención de alta calidad y servicios de apoyo a las víctimas es fundamental para disminuir las consecuencias físicas y

mentales que conlleva, así como para impedir que la víctima vuelva a serlo o que repita el acto violento. Aunque se sabe de las consecuencias que la violencia ocasiona sobre la salud mental, menos de la mitad de los países cuentan con servicios de salud mental para las víctimas, por región declaran contar con servicios de salud mental a gran escala para las víctimas de violencia 71% de los países en la Región de las Américas, 66% en la Región de Europa y el 15% en la Región de África. Afortunadamente los servicios de protección de los niños son los más frecuentes de todos (69%). Sin embargo, la OMS menciona que la calidad de esos servicios y su accesibilidad para las víctimas no se comprobaron (OMS, 2014).

Las consecuencias inherentes a este tipo de problemas representan un alto costo social, pues se ha visto que la presencia temprana de patrones de conducta antisocial y los altos niveles de agresión en la vida de un niño son predictores de delincuencia, comportamiento violento y consumo de drogas en años posteriores de la vida (Wolitzky-Taylor et al., 2017).

De acuerdo con lo anterior, diversos estudios empíricos y epidemiológicos han dado cuenta de la importancia de atender y prevenir los problemas de salud mental y las conductas problemáticas desde edades tempranas, pues se ha observado que con el tiempo éstas pueden conducir a patologías y/o conductas disruptivas y de riesgo en la adolescencia y la adultez (Benjet et al., 2016; Caraveo, 2006; Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2008; Quiroz et al., 2007). Además de que se han reportado asociaciones entre los trastornos mentales de los adolescentes y las características de los padres, por lo que se debe considerar el contexto familiar en el desarrollo de programas de prevención (Merikangas et al., 2010).

Planteamiento

El aumento en los últimos años del consumo de drogas y la conducta antisocial durante la adolescencia es un tema que necesita ser abordado en conjunto por diferentes sectores de la sociedad. Es necesario que profesionales de la salud, de la educación, encargados de políticas públicas y la comunidad, actúen de manera coordinada para enfrentar la problemática de manera integral. Una de las maneras para actuar sobre dicha problemática es a través del desarrollo de programas de prevención que incorporen múltiples componentes. Mover las intervenciones más allá de un enfoque individual, involucrando la participación de una gama más amplia de agentes (maestros, padres, comunidad, pares, etcétera) y contextos (familiar, escolar, comunitario), permite dar una respuesta a la necesidad de contar con intervenciones de prevención con mayor alcance y efectividad (Weare & Nind, 2011).

El momento adecuado para implementar programas de prevención es a edades tempranas, debido a que es una acción oportuna que influye positivamente en el desarrollo de la salud mental y en la prevención de conductas de riesgo. Postergar la intervención que se puede realizar en la infancia aumenta la dificultad de reducir o revertir conductas negativas, pues éstas se consolidan en las etapas posteriores del desarrollo (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2003; Webster-Stratton & Bywater, 2015).

Las escuelas ofrecen la manera más sistemática y eficiente de acceder a un número considerable de jóvenes cada año y en la mayoría de los países las escuelas pueden adoptar e imponer un espectro amplio de políticas educativas (Faggiano et al., 2006). Por lo tanto, el contexto escolar es un ámbito adecuado para la implementación de programas de prevención.

Se ha encontrado que los programas de prevención en contextos escolares en los que se involucra a la familia y a la comunidad son más efectivos que cuando solo se aborda el comportamiento de los niños (Weare & Nind, 2011). Además de que

existe un efecto bidireccional, encontrando cambios en las familias y comunidades como resultado de las intervenciones escolares (Durlak & Weissberg 2007).

De acuerdo con lo anterior, se deben desarrollar intervenciones basadas en evidencia que permitan llevar a cabo acciones oportunas en etapas críticas del desarrollo psicosocial de los individuos. En México el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” ha puesto a prueba dos intervenciones con base en un marco cognitivo-conductual: “Dejando Huellitas en tu Vida” (Huellitas; Gutiérrez, Villatoro, Gaytán, L., Sandoval & Gaytán, R., 2011), tiene por objetivo desarrollar habilidades sociales en niños de educación primaria bajo un enfoque universal de bajo costo; Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México (CAPAS-Mx; Amador, Guillén, Sánchez, Domenech & Baumann, 2012), se enfoca en desarrollar prácticas de parentalidad positiva para prevenir de forma universal e intervenir de forma selectiva los problemas de conducta en niños de 6 a 11 años. Ambos modelos fueron evaluados de forma independiente obteniendo resultados positivos sobre las variables de interés.

Huellitas se probó mediante un estudio experimental con niños de segundo a quinto grado de primaria con un rango de edad de 7 a 12 años. Se encontró que los niños que recibieron la intervención (n = 376) desarrollaron más habilidades sociales en comparación con los niños del grupo control (n = 348). Por su parte, los maestros reportaron mejoras en la dinámica grupal, que se evidenció a través de la disminución de burlas, ausencia de comportamientos discriminatorios, robos y agresiones. Así mismo, los padres de familia reportaron que las conductas antisociales y la agresividad de sus hijos disminuyeron al final de la intervención (Gutiérrez et al., 2011).

CAPAS-Mx se implementó y adaptó en la Ciudad de México (Baumann, Domenech, Amador, Forgatch & Parra-Cardona, 2014) basada en el “Parent Management Training, Oregon model” (Generation PMTO™), ha demostrado ser un modelo efectivo en prevención y con muestras clínicas. Fue evaluado a través de un ensayo clínico aleatorizado cuyos resultados mostraron que la intervención

fue efectiva en el aprendizaje de estrategias de parentalidad positiva, las cuales a su vez tuvieron un efecto positivo en los niños al disminuir los problemas de conducta (Amador, Villatoro, Guillén & Santamaria, 2013) y logró impactar en la salud mental de los padres con la reducción de la sintomatología depresiva y de estrés parental (Castillo et al., en revisión).

Con la evidencia de los resultados de la aplicación de ambas intervenciones evaluadas individualmente y la aportación de éste estudio en el que se evaluó el efecto de ambas intervenciones aplicadas en conjunto, se pretende contribuir con evidencia científica sobre la posibilidad de incorporar intervenciones de múltiples componentes en el sistema educativo y así hacer un uso más eficiente de los recursos públicos y actuar en la comunidad para evitar que los problemas de la infancia progresen hacia conductas de riesgo.

Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones Huellitas y CAPAS-Mx sobre los problemas de conducta, el desarrollo de habilidades sociales en niños y el desarrollo de estrategias de crianza positiva de sus cuidadores.

MÉTODO

Diseño

El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado con 4 condiciones (Huellitas, CAPAS-Mx, Huellitas-CAPAS-Mx y Control) y 2 evaluaciones (pre-test y post-test).

Participantes

La muestra se obtuvo de 4 escuelas urbanas de la Ciudad de México. De 378 niños de los grupos participantes, el 92.06% de los cuidadores atendieron la convocatoria y recibieron la información del proyecto (n = 390 cuidadores, de esa cantidad en 42 casos asistieron 2 cuidadores por un niño). Aceptaron participar 287 cuidadores y 329 niños, de los que 237 cuidadores y 222 niños cumplieron los criterios de inclusión y constituyeron la muestra que fue asignada a las

condiciones experimentales. Se incluyeron en los análisis de datos los cuidadores y niños que completaron pre-test y post-test ($n = 215$ y $n = 202$ respectivamente, en 15 casos participaron 2 cuidadores por 1 niño y en 2 casos participó un cuidador por dos niños).

Características de los niños

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: a) que cursaran 2º, 4º ó 5º grado de primaria, b) que sus tutores legales autorizaran su participación, c) que el niño aceptara participar en el estudio, d) que participara al menos uno de sus cuidadores principales y e) que completara el pre-test. La media de edad fue de 8.6 años ($DE= 1.3$) de los cuales, el 44.06% fueron mujeres y 55.94% hombres. En cuanto al porcentaje de niños por grado, el 36.1% fueron de 2º, el 33.1% de 4º y el 30.6% de 5º.

Características de los cuidadores

Los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de edad, b) convivir regularmente con el niño, c) aceptar participar en el estudio y d) completar el pre-test. La media de edad fue de 38.4 años ($DE= 8.9$), el 82.9% fueron mujeres y el 17.1% hombres. El 76.5% fueron madres, el 14.3% padres, el 5.5% abuelas, el 1.9% padrastros y el 1.5% otros (un abuelo, un tío, una madrastra y una bisabuela). En cuanto al estado civil, el 35.5% eran casados, el 30.8% vivía en unión libre o concubinato, el 20.3% eran divorciados o separados, el 11% solteros, y el 1.8% viudos. Por otra parte, el 50.2% tenía la preparatoria concluida, el 21.1% la universidad, el 20.7% la secundaria, el 5% primaria, 1.8% un posgrado y el 0.9% no tenía estudios. En cuanto a los ingresos mensuales, el 64.9% tenía un ingreso bajo y el 34.1% un ingreso medio y alto. Finalmente, el 68.2% reportó que tenía un empleo fijo, informal o algún ingreso económico, el 20.7% se dedicaba al hogar y el 11% no tenía empleo o ingreso económico.

Procedimiento

El proyecto se presentó a las escuelas y una vez que aceptaron participar, se convocó a los docentes, cuidadores y niños a reuniones informativas en las que se obtuvo su consentimiento de participación aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Los participantes se evaluaron entre febrero y junio de 2016, antes y después de la intervención. Las evaluaciones se llevaron a cabo dentro de cada escuela, bajo la supervisión de un equipo de evaluación previamente capacitado. En el caso de los niños, se aplicaron seis cuestionarios de autoinforme, uno por día, de manera grupal y con una duración aproximada de 30 a 60 minutos. Los cuidadores respondieron tres cuestionarios de autoinforme en una o dos sesiones de 60 minutos aproximadamente. En caso de requerir alguna atención especializada, se proporcionó un directorio de referencias.

Para estructurar el proceso de retención de la muestra se emplearon diferentes estrategias como la entrega de circulares, el apoyo de los docentes para establecer comunicación con los cuidadores, llamadas telefónicas, carteles, contacto con los cuidadores durante la entrada y salida de la escuela, así como un sistema de incentivos por puntos, en el cual se intercambiaba un monedero electrónico con valor de 100 pesos por una tarjeta que indicaba la conclusión de su evaluación en cada fase. En el caso de los niños se utilizó el mismo sistema, cuyo incentivo fue un lápiz en el pre-test y un cilindro porta agua en el post-test. En cuanto a los docentes, aquellos que estaban a cargo de grupos participantes se les entregó una libreta al concluir el post-test y a los que aplicaron la intervención se les entregó un monedero electrónico por 150 pesos al finalizar cada módulo. Para evitar interferir con sus actividades, los cuidadores y docentes eligieron el horario y día de su preferencia para acudir a la intervención.

Intervenciones

Huellitas: La intervención se llevó a cabo por los docentes al frente de cada grupo seleccionado quienes fueron capacitados con un manual de aplicador (Gutiérrez, Villatoro, Gaytán & Alamo, 2009) por las responsables del programa durante 14 sesiones previas a la aplicación de la intervención y se daba retroalimentación al término de cada módulo. La intervención se organizó en cuatro módulos con base en los siguientes temas: a) aspectos personales del niño: expresar emociones, opiniones y deseos de manera adecuada y respetar estas conductas en los demás; b) maltrato infantil y abuso sexual: identificar y prevenir el abuso físico, psicológico y sexual; c) relación con el entorno: desarrollar y establecer la socialización desde la comunicación familiar y el apego escolar y d) igualdad y discriminación: promover la no discriminación, la igualdad y la aceptación de sí mismos y de los demás. En total se realizaron 12 sesiones, una por semana y la duración por sesión fue de 60 minutos en promedio. A cada niño se le entregó un manual de trabajo en el que el personaje principal, un conejo de nombre Huellitas, los va guiando a través de viñetas por el contenido del manual mientras los niños van realizando los ejercicios del tema correspondiente (Villatoro, Gutiérrez, Gaytán & Álamo, 2009). Las sesiones eran videograbadas y los docentes recibían retroalimentación por parte de las responsables del programa.

CAPAS-Mx: La intervención se llevó a cabo por 5 facilitadoras capacitadas en el modelo bajo la supervisión clínica de la responsable del programa. En cada escuela se conformaron varios grupos de cuidadores en distintos días y horarios, recibieron 12 sesiones de aproximadamente 90 minutos. Se proporcionaron sesiones de reposición para aquellos que no pudieron asistir a alguna sesión. Y por último, se aplicó un cuestionario de satisfacción a cada participante al finalizar cada sesión y la intervención.

Las prácticas de crianza que se trabajaron fueron: a) Involucramiento positivo: destinar tiempo a sus hijos demostrando interés y afecto en una interacción positiva; b) Desarrollo de nuevas habilidades: promover a través de

contingencias positivas el desarrollo o reforzamiento de destrezas; c) Disciplina efectiva: desalentar las conductas inadecuadas por medio de pequeñas sanciones negativas (no físicas) contingentes a la conducta y edad del niño, así como establecer reglas claras y la explicación de su importancia; d) Supervisión: conocimiento que los padres tienen de amigos, lugares que frecuentan, actividades y comportamientos del niño, dentro y fuera de casa, de manera que se asegure su integridad; e) Solución de problemas en familia: estrategia familiar para establecer acuerdos, reglas y consecuencias mediante contratos de contingencias. A cada participante se le brindó un manual de trabajo en el que iba realizando ejercicios del tema correspondiente (Amador, Guillén, Sánchez, Domenech & Baumann, 2012), durante las sesiones las facilitadoras modelaban las prácticas de crianza y los cuidadores realizaban ensayos conductuales. Para verificar el uso de las prácticas de crianza, las facilitadoras realizaban una llamada semanal de seguimiento, en el que los cuidadores expresaban sus dudas y platicaban una situación en la que había aplicado la estrategia revisada.

Huellitas-CAPAS-Mx: La intervención consistió en la impartición simultánea de las dos intervenciones citadas previamente con exactamente el mismo procedimiento. Solo que en este caso la intervención CAPAS-Mx la recibieron los cuidadores de los niños que estaban recibiendo la intervención Huellitas.

Instrumentos

Habilidades sociales de niñas y niños. El Cuestionario de Habilidades Sociales Para Niñas y Niños (Gutiérrez et al., 2011) está integrado por seis escalas que miden habilidades sociales en niños con opciones de respuesta tipo Likert, para este trabajo se analizaron las habilidades sociales con los factores obtenidos en la ENCODE de 2014 (Villatoro et al., 2015). La escala de Rechazo Ante Presión de Pares cuenta con 4 reactivos que miden la protección individual y la capacidad de negarse ante las influencias externas. En el estudio original se obtuvo una confiabilidad de .86. En el presente estudio la confiabilidad fue de .58. La escala de Autonomía cuenta con 7 reactivos que miden la frecuencia con la

que los niños pueden hacer o expresar lo que consideran correcto. La confiabilidad original fue de .89. En el presente estudio se obtuvo una confiabilidad de .64. La escala de Mediación se integra de 5 reactivos que describen la forma en la que los niños resuelven los problemas con sus pares y si frenan las conductas violentas que otros tienen hacia ellos. La confiabilidad original fue de .89. En el presente estudio se obtuvo una confiabilidad de .64. La escala de Acoso Escolar se integra por 3 reactivos que evalúan si existe violencia por parte de los compañeros de escuela. Confiabilidad original .83; presente estudio .43.

Parentalidad positiva y Destrezas sociales de niños y niñas. El cuestionario Huellitas-Cuidadores se desarrolló para el presente estudio y mide las prácticas de parentalidad de los cuidadores y la percepción que los padres tienen sobre las conductas, emociones y habilidades sociales de sus hijos. Consta de 78 reactivos con opciones de respuesta de 1 a 4 (1 = *nunca*, 2 = *a veces*, 3 = *casi siempre* y 4 = *siempre*). Se divide en tres subescalas; Parentalidad Positiva, Adaptación Social y por último Control Emocional y Conducta Prosocial. La escala de parentalidad positiva se integra por 21 reactivos que evalúan las prácticas de crianza de los cuidadores. La confiabilidad obtenida en esta muestra fue de 0.76 La escala de Adaptación Social se integra por 17 reactivos que exploran si el niño colabora en las actividades que se le encomiendan, si es agresivo y si mantiene comunicación con sus cuidadores. La confiabilidad obtenida en esta muestra fue de .80. La escala de Control Emocional y Conducta Prosocial incluye 40 reactivos que miden su expresión emocional, si el niño se burla de situaciones ajenas, si es compartido y si ayuda a los demás. La confiabilidad obtenida en esta muestra fue de .92.

Problemas de conducta. Los problemas de conducta de los niños se midieron con el Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001) un instrumento de autoinforme provisto por cuidadores. En su versión latina para adultos, consta de 118 ítems con tres alternativas de respuesta y puntuaciones de 0 a 2 (0 = *no es cierto*, 1 = *ocasionalmente, algunas veces* y 2 = *muy cierto o a menudo*) que valoran la frecuencia de determinados síntomas

conductuales y emocionales, que permiten obtener una puntuación global de problemas de conducta. Albores-Gallo et al. (2007) documentaron que el instrumento mostró un alfa de Cronbach de .90 para los problemas internalizados, .94 para los problemas externalizados y de .97 para el total de la escala. Para esta muestra el instrumento tuvo confiabilidad de .89 para los problemas internalizados de .88 para los problemas externalizados y de .92 para la puntuación total.

Aleatorización

La selección de las escuelas fue por conveniencia y los criterios mínimos de inclusión fueron: (a) ser escuelas primarias públicas de tiempo completo (8 hrs.), (b) contar con Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva y (c) que las autoridades escolares y docentes consintieran su participación en el estudio. Las condiciones experimentales, grupos participantes, supervisores y evaluadores se asignaron de manera aleatoria en presencia de las coordinadoras del proyecto y autoridades escolares. Todos los procesos de aleatorización fueron por el método de tómbola. En cuanto a las condiciones experimentales asignadas; las escuelas, los participantes y personal docente se mantuvieron cegados durante todo el estudio, mientras que los supervisores y evaluadores hasta finalizado el pre-test.

Resultados

Los resultados presentados en este trabajo son un análisis preliminar de la evaluación de un modelo escolar para la prevención integral de conductas de riesgo en escolares a partir del desarrollo de habilidades sociales y de prácticas de parentalidad positiva en niños y sus cuidadores. Se presentan las diferencias de medias de las fases de evaluación PRE a POST de las variables: Problemas de conducta externalizados y Parentalidad positiva medidas en cuidadores y Autonomía, Rechazo ante presión de pares, Mediación y Acoso escolar medidas en los niños.

Los datos se analizaron utilizando intención de tratar (ITT) que incluye a todos los participantes de las escuelas asignadas aleatoriamente a intervención, sin importar la deserción, el incumplimiento, las desviaciones al protocolo o cualquier evento que ocurriera después de la asignación aleatoria (Gupta, 2011).

Los datos sociodemográficos y las puntuaciones del pre-test se compararon mediante análisis de varianza (ANOVA) y Chi cuadrada para las variables dicotómicas.

De inicio, las diferencias entre las medias de las fases de evaluación de cuidadores y niños se analizaron mediante pruebas *t* de muestras relacionadas para conocer si se presentaban cambios significativos por variable dentro de las condiciones experimentales, se utilizó un nivel de significancia de .05. Los tamaños de efecto se calcularon utilizando la *d* de Cohen (Cohen, 1992). Para este estadístico, un dato menor a .15 se considera un efecto muy pequeño; mayor o igual a .15 y menor .40 un efecto pequeño; mayor o igual a .40 y menor a .75 denota un efecto medio y de .75 en adelante denota un efecto grande (Thalheimer & Cook, 2002).

Las diferencias entre las medias grupales de las condiciones experimentales post-test de cuidadores y niños se analizaron mediante análisis de covarianza multivariado (MANCOVA) usando los puntajes de pre-test como covariables para controlar las diferencias encontradas en el Pre-test. Los efectos significativos generales fueron sucedidos por la prueba post hoc de Bonferroni. Se ha reportado que el género del niño influye en los resultados por lo que se también se utilizó como factor (Thijssen, Vink, Muris, & Ruiters, 2016).

En los datos sociodemográficos del pre-test se encontraron diferencias significativas entre las condiciones Huellitas-CAPAS-Mx y Huellitas en el sexo, $X^2(1, N = 111) = 4.11, p < .042$) y estado civil, $X^2(4, N = 111) = 11.6, p < .020$) de los cuidadores, participaron más solteros, menos hombres y parejas casadas en la condición Huellitas. De igual forma hay diferencias significativas en el estado civil entre la condición Huellitas-CAPAS-Mx y el grupo Control, $X^2(4, N = 130) = 10.25, p < .035$), observando menor cantidad de casados y mayor cantidad de divorciados en el grupo control. En cuanto al ingreso familiar la condición Huellitas-CAPAS-Mx difiere de las condiciones CAPAS-Mx, $X^2(1, N = 114) = 5.83, p < .016$) y Huellitas, $X^2(1, N = 111) = 4.73, p < .030$) al reportarse menores ingresos en las dos últimas. En los años de escolaridad hay diferencias entre la condición

Huellitas-CAPAS-Mx y CAPAS-Mx $F(3, 213) = 4.913, p < .003$, la condición CAPAS-Mx tiene 2.2 años menos de escolaridad que la condición Huellitas-CAPAS-Mx. En las demás variables sociodemográficas, no hubo diferencias significativas (ver tabla 1).

En el ANOVA entre condiciones de las puntuaciones obtenidas en el pre-test de los cuidadores se encontraron diferencias significativas en problemas externalizados $F(3,213) = 7.324 p < .001$ resultando la condición Huellitas-CAPAS-Mx con una media menor ($M= 50.35, DE= 8.7$) que las condiciones CAPAS-Mx ($M= 56.71, DE = 10.4$) y Huellitas ($M= 57.60, DE = 10.4$). En parentalidad positiva en el pre-test no hubo diferencias significativas.

En el ANOVA de las puntuaciones obtenidas en el Pre-test de los niños se encontraron diferencias significativas en autonomía $F(3,198) = 3.261 p < .05$. En las comparaciones de medias por pares Bonferroni $p < .05$ se encontró que la condición CAPAS-Mx obtuvo una media menor ($M=1.97, DE = 0.39$) que el grupo control ($M=2.22, DE = 0.35$). En las demás variables de niños no hubo diferencias significativas.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Variables	CAPAS-Mx		Huellitas		Huellitas-CAPAS-Mx		Control	
	M ó % (DS)	N	M ó % (DS)	N	M ó % (DS)	N	M ó % (DS)	N
Niños								
Edad	8.6 (1.4)	42	8.6 (1.3)	42	8.8 (1.3)	59	8.8 (1.4)	59
Sexo (%hombres- mujeres)	50- 50%	42	54.8- 45.2%	42	57.6- 42.4%	59	59.3- 40.7%	59
Promedio escolar	8.4 (1.1)	42	8.2 (.8)	42	8.5 (.7)	59	8.4 (1)	59
Cuidadores:								
Edad del cuidador principal	35.9 (7.1)	45	37.4 (7.2)	42	39.3 (7.5)	69	39.9 (10.7)	61
Sexo (%hombres- mujeres)	11.1- 88.9%	45	9.5- 90.5%	42	27.5- 72.5%	69	14.8- 85.2%	61
Parentesco:								
Madre	84.4%	38	83.3%	35	69.6%	48	72.1%	44
Padre	8.8%	4	4.8%	2	26.1%	18	13.1%	8
Abuelo	0%	0	2.3%	1	0%	0	0%	0
Abuela	4.4%	2	4.7%	2	2.9%	2	9.8%	6
Tío	0%	0	0%	0	0%	0	1.6%	1
Madrastra	0%	0	2.4%	1	0%	0	0%	0
Padrastro	2.2%	1	2.4%	1	1.4%	1	1.6%	1
Bisabuela	0%	0	0%	0	0%	0	1.6%	1
Estado Civil								
Soltero	4.4%	2	23.8%	10	10.1%	7	8.2%	5
Casado	35.6%	16	21.4%	9	49.3%	34	29.5%	18
Divorciado/Separado	13.3%	6	21.4%	9	14.5%	10	32.8%	20
Unión	44.4%	20	31.0%	13	26.1%	18	26.2%	16
Libre/Concubinato								
Viudo	2.2%	1	2.4%	1	0%	0	3.3%	2
Ingresos Mensuales								
Bajo ingreso (menor que \$6393)	77.8%	35	76.2%	32	53.6%	37	63.9%	39
Medio y Alto ingreso (mayor que \$6393)	22.2%	10	23.8%	10	46.4%	32	36.1%	22
Nivel Escolar								
Sin educación formal	0%	0	2.4%	1	0%	0	0%	0
Primaria	8.9%	4	0%	0	1.4%	1	10%	6
Secundaria o Equivalente	37.8%	17	21.4%	9	10.1%	7	20%	12
Preparatoria, vocacional, técnico o equivalente	40%	18	47.6%	20	62.3%	43	47.5%	29
Universidad	13.3%	6	26.2%	11	24.6%	17	20%	12
Posgrado	0%	0	2.4%	1	1.4%	1	3.3%	2
Años escolares	10.3 (3.1)		12 (3.2)		12.6 (2.7)		11.5 (3.4)	
Ocupación								
Desempleado	13.3%	6	7.1%	3	1.4%	1	4.9%	3
Me dedico al hogar	26.7%	12	16.7%	7	18.8%	13	27.9%	17
Persona con ingresos	60.0%	27	76.2%	32	79.7%	55	67.2%	41

Resultados de cuidadores

Diferencias intra-condiciones en cuidadores.

CAPAS-Mx

Se encontró que al terminar la intervención CAPAS-Mx, la puntuación del reporte de problemas de conducta externalizados disminuyó de manera significativa $t(44) = 3.399$, $p < 0.001$, mientras que la puntuación de parentalidad positiva aumentó su media de manera significativa $t(44) = -2.601$, $p < 0.013$.

Huellitas

En la intervención Dejando Huellitas en tu Vida, no se encontraron diferencias significativas para estas dos variables.

Huellitas-CAPAS-Mx

Se encontró que al terminar la intervención Huellitas-CAPAS-Mx, la puntuación de los problemas de conducta externalizados disminuyó de manera significativa $t(68) = 4.697$, $p < 0.001$, mientras que la puntuación de parentalidad positiva aumentó su media de manera significativa $t(68) = -6.734$, $p < 0.001$.

Grupo control

Al terminar el periodo de espera del grupo control, no se encontraron diferencias significativas en estas dos variables.

Diferencias entre condiciones experimentales en cuidadores.

El MANCOVA con las cuatro condiciones y el sexo del niño como factores reveló diferencias significativas en las puntuaciones de problemas externalizados $F(3,212) = 7.984$ $p < .001$ y parentalidad positiva $F(3,212) = 7.431$ $p < .001$ (ver Figura 1). En las comparaciones de medias por pares de Bonferroni $p < .05$, se encontró que la condición Huellitas-CAPAS-Mx obtuvo menores puntuaciones de problemas externalizados y mayor puntuación en parentalidad positiva que la condición Huellitas y el grupo control. A su vez, la condición CAPAS-Mx obtuvo

mayor puntuación en parentalidad positiva que el grupo control (ver Tabla 2). No se encontraron diferencias por sexo.

Tabla 2. Diferencias entre condiciones experimentales.

Variables	Intervención Cuidadores								Análisis de covarianza multivariado			Comparaciones múltiples Bonferroni $p \leq 0.05$
	1		2		3		4		F	gl	p	Condiciones
	CAPAS-Mx	DS	Huellitas	DS	Huellitas-CAPAS-Mx	DS	Control	DS				
Problemas externalizados												
Pre	56.71	10.44	57.60	10.45	50.35	8.71	52.75	7.90				
Post	53.24	10.68	56.71	8.15	46.03	8.52	51.90	7.58				
Media estimada	51.18		54.05		48.58		52.57		7.984	3,212	0.001	3<2,4
Parentalidad Positiva												
Pre	3.36	0.37	3.27	0.29	3.43	0.31	3.41	0.32				
Post	3.52	0.34	3.32	0.31	3.62	0.33	3.42	0.30				
Media estimada	3.54		3.40		3.58		3.40		7.431	3,212	0.001	3>2,4 y 1>4
Intervención Niños												
Autonomía												
Pre	1.97	0.39	2.16	0.50	2.16	0.41	2.22	0.35				
Post	2.21	0.33	2.25	0.44	2.29	0.41	2.26	0.31				
Media estimada	2.27		2.25		2.27		2.24					
Rechazo ante presión de pares												
Pre	2.35	0.49	2.14	0.52	2.30	0.54	2.19	0.46				
Post	2.36	0.45	2.31	0.53	2.44	0.46	2.21	0.52				
Media estimada	2.32		2.36		2.42		2.27					
Mediación												
Pre	2.44	0.40	2.42	0.44	2.48	0.49	2.40	0.47				
Post	2.27	0.50	2.49	0.44	2.53	0.45	2.37	0.43				
Media estimada	2.28		2.51		2.52		2.38		3.865	3,197	0.010	3 > 1
Acoso en la escuela												
Pre	1.89	0.46	1.82	0.44	1.76	0.43	1.82	0.42				
Post	1.99	0.45	1.70	0.35	1.80	0.48	1.88	0.45				
Media estimada	1.96		1.70		1.83		1.88		2.873	3,197	0.038	2 < 1

Nota: CAPAS-Mx: Cuidadores n = 45, Niños n = 42; Huellitas: Cuidadores n = 42, Niños n = 42 Huellitas-CAPAS-Mx: Cuidadores n = 69, Niños n = 59 y Grupo Control: Cuidadores n = 61, Niños n = 59.

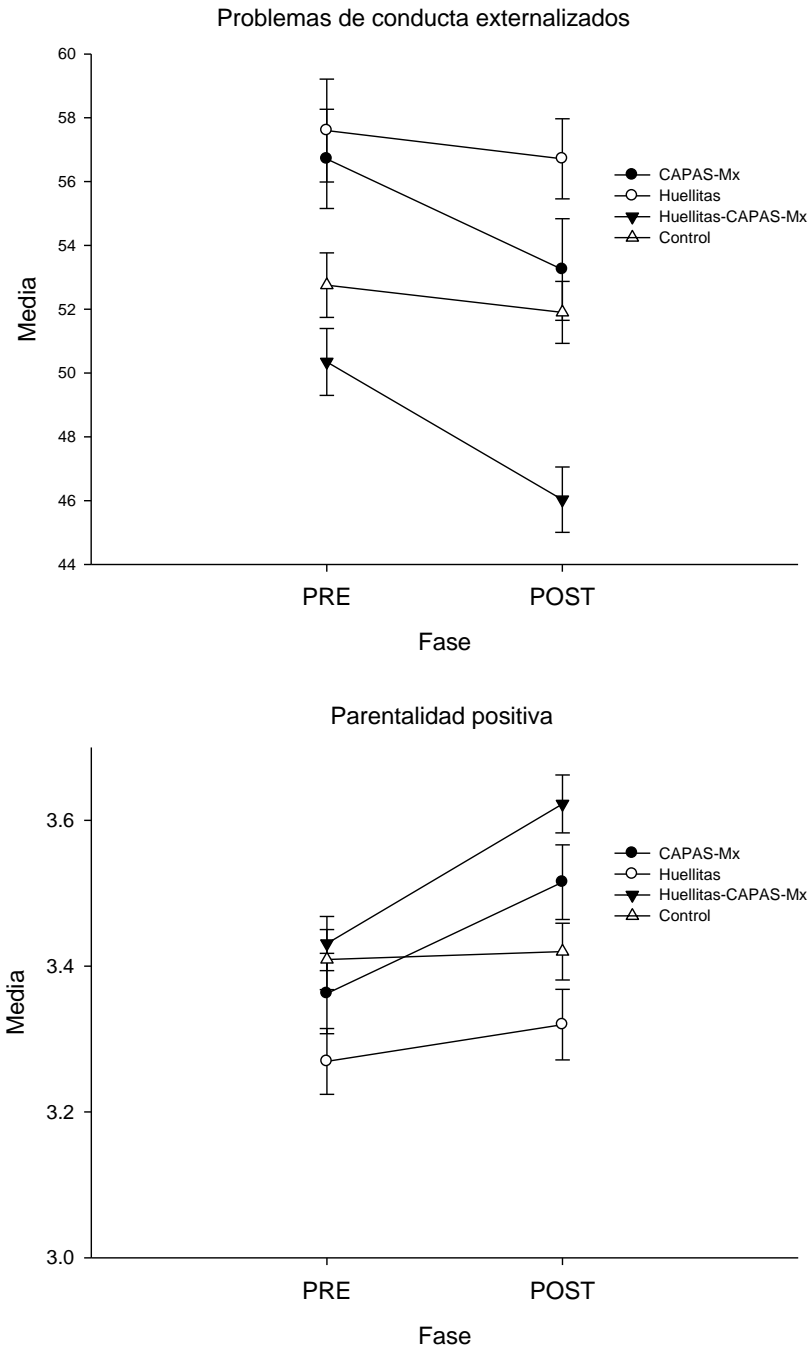


Figura 1. Cambios en autoinformes de cuidadores por condición experimental. CAPAS-Mx n = 45; Huellitas n = 42; Huellitas-CAPAS-Mx n = 69 y Grupo Control n = 61.

Tamaño del efecto en cuidadores.

En cuanto al tamaño del efecto se encontró que la condición Huellitas-CAPAS-Mx generó tamaños del efecto mayores para las variables: problemas de conducta externalizados y parentalidad positiva comparado con las otras dos condiciones experimentales.

La condición Huellitas-CAPAS-Mx mostró un tamaño del efecto medio en problemas de conducta externalizados y grande en parentalidad positiva. La condición CAPAS-Mx mostró tamaños del efecto medio en éstas dos variables, mientras que la condición Huellitas mostró tamaños del efecto chicos en las variables de los cuidadores (ver Tabla 3).

Tabla 3. Valores de *d* de Cohen por condición experimental de Cuidadores.

Variables	Condición experimental		
	CAPAS-Mx	Huellitas	Huellitas-CAPAS-Mx
Problemas de conducta externalizados	0.43	0.01	0.52
Parentalidad positiva	0.47	0.17	0.80

Resultados niños

Diferencias intra-condiciones en niños.

CAPAS-Mx

Se encontró que al terminar la intervención CAPAS-Mx, aumentó de manera significativa la media de la puntuación de autonomía $t(41) = -5.512$, $p < 0.001$, mientras que la media de la variable mediación disminuyó de manera significativa $t(41) = 2.168$, $p < 0.036$, en las demás variables no se encontraron diferencias significativas.

Huellitas

No se encontraron diferencias significativas al terminar la intervención Dejando Huellitas en tu Vida.

Huellitas-CAPAS-Mx

Se encontró que al terminar la intervención Huellitas-CAPAS-Mx, aumentó de manera significativa la media de la puntuación de autonomía $t(58) = -2.050$, $p < 0.045$ y rechazo ante presión de pares $t(58) = -2.097$, $p < 0.040$ en las demás variables no se encontraron diferencias significativas.

Grupo control

Se encontró que al terminar el periodo de espera del grupo control, no había diferencias significativas en ninguna de las variables.

Diferencias entre condiciones experimentales en niños.

El MANCOVA con las cuatro condiciones y el sexo del niño como factores reveló diferencias significativas en las puntuaciones de mediación $F(3,197) = 3.865$ $p = .010$ y acoso en la escuela $F(3,197) = 2.873$ $p = .038$ (ver figura 3). En las comparaciones de medias por pares Bonferroni $p < .05$, se encontró que la condición Huellitas-CAPAS-Mx obtuvo mayor puntuación en mediación que la condición CAPAS-Mx. Y en la condición Huellitas se reportó menor acoso en la

escuela que en la condición CAPAS-Mx (ver tabla 2). No se encontraron diferencias por sexo.

Tamaño del efecto en los niños.

En cuanto al tamaño del efecto se encontró que la condición CAPAS-Mx mostró tamaños del efecto medio en autonomía, chico en mediación y muy chico en rechazo ante presión de pares y acoso escolar. La condición Huellitas mostró tamaños del efecto chicos en rechazo ante presión de pares, mediación y acoso escolar y muy chico en autonomía. Por último, la condición Huellitas-CAPAS-MX mostró tamaños del efecto chicos en autonomía, rechazo ante presión pares y mediación y muy chico en acoso escolar (ver Tabla 4).

Tabla 4. Valores de *d* de Cohen por condición experimental de los niños.

Variables	Condición experimental		
	CAPAS-MX	Huellitas	Huellitas-CAPAS-MX
Autonomía	0.64	0.12	0.20
Rechazo ante presión de pares	0.01	0.28	0.24
Mediación	0.28	0.24	0.19
Acoso en la escuela	0.09	0.38	0.05

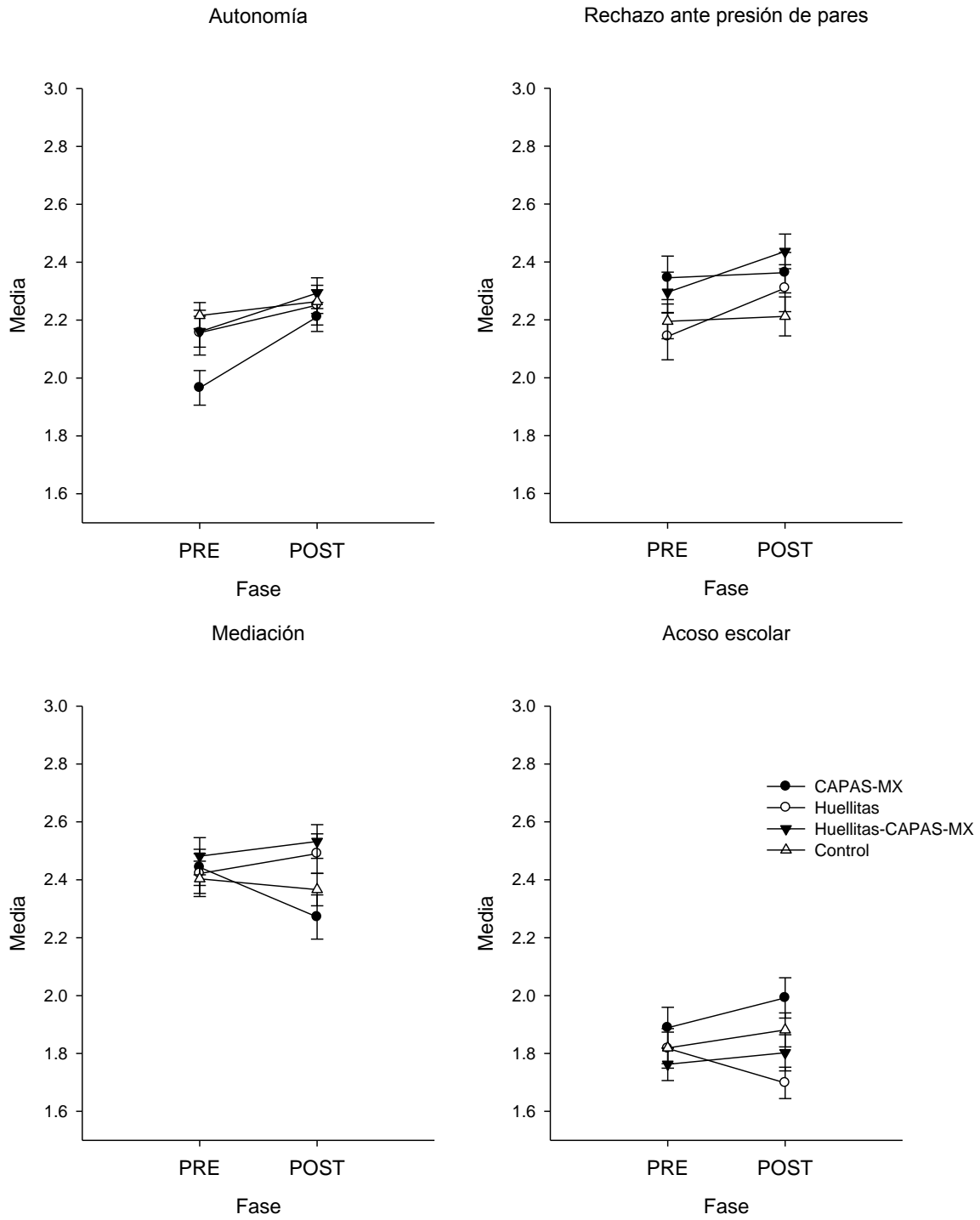


Figura 3. Cambios en autoinformes de niños por condición experimental. CAPAS-MX n = 42; Huellitas n= 42; Huellitas-CAPAS-MX n= 59 y Grupo Control n = 59.

Discusión

En el presente estudio se realizó un análisis preliminar de los datos obtenidos al evaluar la efectividad de la aplicación en conjunto de las intervenciones CAPAS-Mx y Dejando Huellitas en tu vida sobre los problemas de conducta, el desarrollo de habilidades sociales en niños y el desarrollo de estrategias de crianza positiva de sus cuidadores a través de un ensayo clínico aleatorizado en un entorno escolar.

El comparar los cambios en cada variable de manera individual, dentro de cada condición experimental, nos permitió ver el efecto de las intervenciones en esas variables. Posteriormente se controló la influencia de las diferencias encontradas en el pre-test utilizándolo como covariable del post-test para poder hacer las comparaciones entre condiciones.

Se encontró que al terminar la intervención CAPAS-MX, la puntuación de los problemas de conducta externalizados disminuyó y parentalidad positiva aumentó su media de manera significativa. Lo anterior es un hallazgo que suma a la evidencia de las implementaciones del PMTO (Parent Management Training, Oregon model) que se han realizado en Estados Unidos e internacionalmente, sirviendo para demostrar los beneficios de las intervenciones basadas en evidencia (Forgatch, Patterson & Gewirtz, 2013). Las prevalencias de los trastornos mentales citadas en la introducción de este trabajo proporcionan razones sólidas para dar prioridad a la implementación de intervenciones basadas en evidencia científica que permitan llevar atención en salud mental de calidad a las familias necesitadas, posibilitando la reducción de las prevalencias de trastornos mentales y conductas de riesgo, dejando de lado las acostumbradas prácticas de sensibilización o información, que si bien son una respuesta económicamente viable, no es socialmente responsable (Weare & Nind, 2011).

Se ha encontrado que cuanto más integral es una intervención hay mejores resultados (Catalano et al., 2004) y el involucrar una gama más amplia de agentes (maestros, padres, comunidad, pares, etc.) permite dar una respuesta a la

necesidad de contar con intervenciones de prevención con mayor alcance y efectividad (Weare & Nind, 2011). Esto se vio reflejado al presentar juntas las intervenciones Huellitas y CAPAS-Mx, ya que haciendo esta presentación conjunta se logró involucrar a profesionales de la salud, profesores, niños y sus cuidadores. De esta manera se encontró que al terminar la intervención Huellitas-CAPAS-Mx, la puntuación de los problemas de conducta externalizados disminuyó de manera significativa, mientras que la puntuación de parentalidad positiva aumentó su media significativamente. Se puede observar en el tamaño del efecto (ver Tabla 3) que la condición Huellitas-CAPAS-Mx tiene mayor impacto sobre las variables medidas en los cuidadores, al compararse con las intervenciones de manera individual, por lo que se observa un efecto conjunto de las intervenciones, favorecido por la integración de más agentes de cambio y componentes en un solo modelo de intervención.

En cuanto al trabajo con niños de la intervención Huellitas, al aplicarse de manera conjunta con la intervención CAPAS-Mx aumentó de manera significativa la media de la puntuación de autonomía y rechazo ante presión de pares; también al compararse entre condiciones tuvo mejor puntuación en mediación que las otras condiciones, por lo que se puede observar también el efecto aditivo que se tiene en los resultados con los niños al tener más agentes de cambio involucrados en el desarrollo de sus habilidades sociales en un mismo periodo. En la condición CAPAS-MX se observó una disminución en la puntuación de mediación, que se podría atribuir al efecto estadístico de regresión a la media, ya que como se observa fue una puntuación alta y se ha reportado que cuando una medición se aleja de la media, la siguiente vez que se mide tiende a acercarse nuevamente a ella (Stigler, 1997). En la condición huellitas se observa que al compararse con las demás condiciones tuvo mayor disminución en acoso escolar. Por lo que esta intervención podría considerarse como una estrategia efectiva para cumplir con los tratados de prevención de la violencia (OMS, 2014), favoreciendo relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus cuidadores.

Los resultados del aumento en autonomía, rechazo ante presión de pares y mediación son relevantes ya que se ha observado que son factores asociados a la

intención y consumo de drogas (Villatoro, Fregoso & Gutiérrez, 2016). La intervención Huellitas-CAPAS-Mx como programa preventivo a gran escala podría impactar en los indicadores nacionales de niños con riesgo de consumo de drogas ya que se miden en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro et al, 2015), además de que cumple con los criterios: programa de habilidades parentales; educación en habilidades personales y sociales; programa de mejora del ambiente en el aula e iniciativa multicomponente basada en la comunidad; los cuatro pertenecientes a las normas internacionales sobre la prevención del uso de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013).

Para poner a discusión el por qué no se encuentran diferencias mayores en las variables medidas en los niños, se ha encontrado que las intervenciones de múltiples componentes no muestran efectos significativos en comparación con las intervenciones que sólo involucran un aspecto de la vida escolar como la prevención de violencia (Wilson & Lipsey, 2007) o el aprendizaje social y emocional (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011). Se ha planteado la posibilidad de que las intervenciones de varios componentes podrían generar menos compromiso por parte de los estudiantes al no estar enfocados a un tema en particular o no tratarlo de manera profunda (Weare & Nind 2011). Sin embargo en la conducta prosocial se ha encontrado que cuantos más componentes en una intervención hay mejores resultados (Catalano et al., 2004).

Otro aspecto en el que existe controversia, es en cuanto a la relación que hay entre el agente que imparte las intervenciones en entornos escolares y su efectividad, ya que algunos estudios reportan mayor efectividad cuando son impartidos por profesionales de la salud y otros reportan que al ser impartidos por los profesores se pueden tener también buenos resultados (Weare & Nind, 2011; Wilson & Lipsey, 2007). Se argumenta que al ser impartidos por profesionales de la salud los programas pueden contar con más enfoque que al ser impartidos por profesores, ya que caen dentro de la rutina. En contraparte, se dice que si los profesores realizan la intervención mejora tanto lo académico como la salud mental, lo que se refleja en la convivencia escolar (Durlak et al., 2011). Lo que

habría que considerar es que para la aplicación de una intervención de prevención indicada o en pequeña escala, podría ser viable la aplicación por profesionales de la salud, pero para una intervención universal a gran escala lo más viable sería aplicarlo a través de las personas que ya se encuentran en el entorno escolar.

Un punto más a considerar son los métodos de enseñanza, Weare & Nind (2011) reportaron que las intervenciones más eficaces utilizaban métodos de enseñanza activos y no didácticos, empleando métodos interactivos como juegos, simulaciones y trabajo en grupos pequeños, además de que el uso de múltiples modalidades (métodos integrados y coordinados, grupos, niveles de intervención uno a uno y el trabajo con toda la clase) fue más eficaz que el uso de sólo uno o dos enfoques. De manera más puntual encontraron que las estrategias conductuales, el solo dar información, el basarse solo en los problemas o infundir miedo no da resultados efectivos, ya que se necesita considerar las actitudes, valores, sentimientos, la conducta y las necesidades de los niños. Además proponen que la mejor manera de realizar una intervención es desde una aproximación positiva y holística, considerando el sistema como un conjunto y no a través de las partes que lo componen.

En resumen, para el trabajo con niños hay algunos puntos relevantes a considerar para estudios futuros, de inicio la necesidad de la intervención, que se podría obtener mediante un tamizaje, ya que en este estudio se trabajó con población universal se podría diluir el efecto de la intervención en los niños que presentan mejoría, o un efecto de techo en los niños que ya cuentan con las habilidades trabajadas. También la dosis recibida por los niños, ya que el entorno escolar llega a superar los 30 niños por grupo, en algunos casos los profesores solicitaban más tiempo para poder abarcar a fondo los temas de las sesiones. Además se deben de considerar estrategias más interactivas Por otro lado, el hecho de que los resultados se analizaron utilizando intención de tratar (Gupta, 2011) podría tener la tendencia de diluir el efecto de las intervenciones, recordemos que por ese método se meten al análisis todos los participantes que hayan respondido el pretest y posttest sin importar si tomaron la intervención o no.

Sin embargo, nos permitió tener una estimación cercana de la efectividad que se alcanzaría en la práctica cotidiana en el que no todas las personas terminan las intervenciones una vez iniciadas.

Finalmente, para evaluar la efectividad de las intervenciones conjuntas propuesta en este estudio, es necesario mencionar algunas limitantes. De inicio, la muestra seleccionada por conveniencia y la participación de manera voluntaria impactó en las diferencias sociodemográficas reportadas, aunado a esto, el hecho de que una de las características de los cuidadores de niños con problemas de conducta es su bajo involucramiento (Youngblade et al., 2007), es probable que al momento de hacer la participación voluntaria, las familias que presentan mayores problemáticas se autoexcluyan de las intervenciones. Incluso durante la intervención a cuidadores, se presentó la necesidad de que el 37.6% de los cuidadores tomara sesiones de reposición, debido a que no asistían de manera regular, principalmente los cuidadores que reportaban mayores problemas de conducta de los niños. En estas sesiones de reposición se podría presentar algún sesgo ya que las mismas variaron en aspectos como la duración de la sesión, la profundidad con la que se abordaron los componentes que correspondían o el formato de la sesión, ya que varias de ellas se impartieron de forma individual. Un aspecto a mencionar es que muchos de los cuidadores que no podían asistir se mostraban muy dispuestos a recibir la sesión por video y entregar sus actividades del taller, aspecto que ya no se pudo realizar por escasez de recursos del propio estudio. Otro punto a considerar en el futuro es que se ha reportado que el nivel educativo y el estado civil de los padres son variables relacionadas con los problemas de conducta y trastornos mentales, Merikangas et al. (2010), en una encuesta nacional de comorbilidades en Estados Unidos, encontraron que los adolescentes cuyos padres no eran graduados universitarios tenían un mayor riesgo para todas las clases de trastornos mentales. Y las tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de conducta eran mayores para los encuestados cuyos padres estaban divorciados o separados en relación con los encuestados de padres casados o cohabitantes.

En conclusión, diversos estudios han señalado que las intervenciones con múltiples componentes como la realizada en este trabajo son efectivas para reducir la fuerza o el desarrollo de factores de riesgo que pueden generar problemáticas en la población infantil (prevención universal), o actuar específicamente sobre el vínculo con los factores de riesgo (prevención selectiva), además de ser una herramienta para promover el desarrollo psicosocial saludable, evitar conductas antisociales futuras y los excesivos costos de las terapias tardías (O'Connell, Boat & Warner, 2009). En Estados Unidos el costo aproximado de la implementación de un programa de prevención es de 150 dólares por persona, mientras que el beneficio obtenido de haberlo llevado a cabo, representa un ahorro de entre 300 y 840 dólares del costo social por las consecuencias de no haberlo hecho (Paddock, 2005). A nivel mundial se calculó que el impacto acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030, lo que recalca la importancia de la inversión en programas de prevención como el presentado en este trabajo que cumple con los criterios que propone la OMS (2013) de prácticas basadas en evidencia y de enfoque multisectorial.

El presente trabajo muestra la posibilidad de contar con una intervención de múltiples componentes, con dos intervenciones probadas en México y con evidencia de que se pueden implementar en el sistema escolarizado con resultados prometedores. El seguimiento de los grupos participantes nos permitirá observar si los cambios se mantienen en el tiempo y el uso de análisis de covarianza multivariados con más variables nos puede dar un acercamiento a los resultados que se tendría en su implementación a gran escala. Por último, un análisis económico del retorno social de la inversión sería de gran utilidad para promover que los tomadores de decisiones y personas involucradas en políticas públicas se interesen en otorgar recursos a programas que demuestran su efectividad.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Aguilera, A., Muñoz, G. y Orozco A. (2007). *Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en primarias y secundarias*. México. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, INEE.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperon-Vargas, C., Cardenas, J. A., Pérez, A. & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399
- Amador, N., Guillen, S., Sanchez, D., Domenech, M. & Baumann, A., (2012). *CAPAS-Mx: Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México*. [Manual para Madres, Padres y otros cuidadores]. Distrito Federal, México: Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM.
- Amador, N.G., Villatoro, J., Guillén, S., & Santamaría, B. (2013). Proyecto desarrollo y prueba de un modelo de entrenamiento en prácticas de crianza positivas en familias mexicanas con niños/as con problemas de conducta. *Inf. téc*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Baumann, A.A, Domenech, M.M, Amador, N.G., Forgatch, M.S., & Parra-Cardona, J.R. (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTO™) in Mexico City: Integrating Cultural Adaptation Activities in an Implementation Model. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 21(1), 32-47.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleitz, C., ... & Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. *Organización Panamericana de la Salud*, Washington, DC.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleitz, C. & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46 (5), 417-424.

- Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Albor, Y., Casanova, L., Orozco, R., ... & Medina-Mora, M. E. (2016). Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European child & adolescent psychiatry*, 25(2), 163-173.
- Benjet, C., Mendez, E., Borges, G. & Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, 483-490.
- Caraveo, J.J., Colmenares, E., & Martínez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 492-498.
- Caraveo, J.J., (2006). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.
- Castillo, C., Amador, N.G., Baumann A., Domenech-Rodriguez, M., Villatoro, J., Sánchez, D., & Medina Mora, M.E. (en revisión). Depressive Symptoms and Parenting Stress: Benefits of Generation PMTO™ for Mexican Caregivers. *Family Process*.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591(1), 98-124.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159.
- Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2007). The Impact of After-School Programs that Promote Personal and Social Skills. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (NJ1). Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED505368.pdf>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. (2011) The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 474–501.

- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2006). Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2.
- Fleiz, C., Moreno, M., Bustos, M., Oliva, N., Fregoso, D., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E. (2013). ¿El acoso escolar es una práctica recurrente? Resumen Ejecutivo. México DF.: INPRFM, IAPA, AFSEDF.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & Gewirtz, A. H. (2013). Looking forward: The promise of widespread implementation of parent training programs. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 682-694.
- Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: a review. *Perspectives in clinical research*, 2(3), 109.
- Gutiérrez, M.L., Villatoro, J., Gaytán, L. & Alamo, A. (2009). Manual del programa de prevención de habilidades sociales “Dejando Huellitas en tu vida”. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Gutiérrez, M. L., Villatoro, J., Gaytán, L., Sandoval, A. y Gaytán, R. (2011) Desarrollo de Habilidades sociales en la escuela: experiencia de una estrategia de prevención. *Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha por sus Derechos, Rayuela*, 3(5), 34-40.
- Mayen, V. (15 de marzo 2015). México, primer lugar en bullying: OCDE. *Capital México*, 136-137. Recuperado de: <http://www.iedf.org.mx/ut/ucs/INFORMA/marzo15m/INFOM190315/K11-12.pdf>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mora-Ríos, J., & Ito-Sugiyama, M. E. (2005). Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbano-marginal. *Salud Pública de México*, 47(2), 145-154.

- National Institute on Drug Abuse (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents (In brief). What are risk factors and protective factors? Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors/what-are-risk-factors>.
- O'Connell, M.E., Boat, T., & Warner, K.E. (2009). Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2014), TALIS 2013 Result: An International Perspective on Teaching and Learning, TALIS, OECD Publishing. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264196261-en>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. México D.F.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151028/1/A66_R8-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC.
- Paddock, S. (2005). School-based drug prevention and other strategies of reducing drug use. Rand Corporation, Santa Monica, CA. Recuperado de: <https://www.rand.org/pubs/testimonies/CT237.html>
- Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2008). Trastornos de la conducta disruptiva en la familia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427
- Quiroz, N., Villatoro, J. A., Juárez, F., Gutiérrez, M.L., Amador, N., & Medina-Mora, M. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*, 30(4), 47-54.
- Secretaría de Salud (2010a). Guía Clínica Depresión en Niños y Adolescentes. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*.

- Secretaría de Salud (2010b). Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de trastornos de ansiedad. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*.
- Secretaría de Salud (2010c). Guía Clínica Para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de conducta. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*.
- Secretaría de Salud (2010d). Guía Clínica Esquizofrenia en niños y adolescentes. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*.
- Secretaría de Salud (2010e). Guía Clínica Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*.
- Secretaría de Salud (2010f). Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. México, D.F. *Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*.
- Stigler, S. M. (1997). Regression towards the mean, historically considered. *Statistical methods in medical research*, 6(2), 103-114.
- Thalheimer, W., & Cook, S. (2002). How to calculate effect sizes from published research: A simplified methodology. *Work-Learning Research*, 1-9.
- Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & Rutter, 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*, 1-15.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). International Standards on Drug Use Prevention. Vienna.
- Villatoro, J. A., Gutiérrez, M.L., Gaytán, L., Álamo, A. (2009). Infancia, adicciones y salud mental: Programa de desarrollo de habilidades sociales “Dejando huellitas en tu vida”. Cuaderno de trabajo para los/as niños/as. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Villatoro, J. A., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Mujica, A., Martín del Campo, R., ... & Medina-Mora, M. E. (2015). Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes ENCODE 2014. *Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.*
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Martín del Campo, R., Ito, D. A., Fregoso, M. N. B., Escobar, E. R., ... Cañas, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental, 39*(4), 193-203.
- Villatoro, J. A. Fregoso, D. & Gutiérrez, M. (2016) ¿Qué elementos fortalecer en la prevención en salud mental de niños y adolescentes? *Primer Congreso Mundial de Prevención de Adicciones en Niños y Adolescentes.* Centro Estatal de las Artes Rosarito. México.
- Vreeman, R. C. & Carroll, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 161*, 78–88.
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I. C., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics, 119* (Supplement 1), S47-S53.
- Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). Child and youth mental disorders: Prevalence and evidence-based interventions. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Simon Fraser University.
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International, 26*(s1), 29-68.
- Webster-Stratton, C.H., & Bywater, T. (2015). Incredible partnerships: parents and teachers working together to enhance outcomes for children through a multi-modal evidence based programme. *Journal of Children's Services, 10*(3), 202-217. doi: 10.1108/JCS-02-2015-0010
- Wilson, S. J. & Lipsey, M. W. (2007) School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 33*, 130–143.

Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Vrshek-Schallhorn, S., Zinbarg, R., Mineka, S., Hammen, C., ... & Craske, M. G. (2017). The effects of childhood and adolescent adversity on substance use disorders and poor health in early adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 46(1), 15-27.

Anexos

Anexo 1. Pruebas t de muestras relacionadas, variables de cuidadores.

Prueba de muestras relacionadas CAPAS-MX

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
problemas de conducta externalizados	3.467	6.841	1.020	3.399	44	.001
parentalidad positiva	.15270	.39380	.05870	2.601	44	.013

Prueba de muestras relacionadas HUELLITAS

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
problemas de conducta externalizados	.881	5.536	.854	1.031	41	.308
parentalidad positiva	.05046	.27146	.04189	1.205	41	.235

Prueba de muestras relacionadas HUELLITAS-CAPAS-MX

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
problemas de conducta externalizados	4.319	7.638	.919	4.697	68	.000
parentalidad positiva	.19148	.23619	.02843	6.734	68	.000

Prueba de muestras relacionadas Grupo Control

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
problemas de conducta externalizados	.852	5.624	.720	1.184	60	.241
parentalidad positiva	.01094	.21762	.02786	-.393	60	.696

Anexo 2. Pruebas t de muestras relacionadas, variables de niños.

Prueba de muestras relacionadas CAPAS-MX

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
Acoso en la escuela	-.10317	.56304	.08688	-1.188	41	.242
Autonomía	-.24490	.28795	.04443	-5.512	41	.000
Rechazo ante presión de pares	-.01786	.58014	.08952	-.199	41	.843
Mediación	.17143	.51242	.07907	2.168	41	.036

Prueba de muestras relacionadas Huellitas

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
Acoso en la escuela	.11905	.57416	.08859	1.344	41	.186
Autonomía	-.09524	.44135	.06810	-1.398	41	.169
Rechazo ante presión de pares	-.16667	.55400	.08548	-1.950	41	.058
Mediación	-.06905	.45074	.06955	-.993	41	.327

Prueba de muestras relacionadas Huellitas-CAPAS-MX

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
Acoso en la escuela	-.03955	.48772	.06350	-.623	58	.536
Autonomía	-.13317	.49902	.06497	-2.050	58	.045
Rechazo ante presión de pares	-.14124	.51724	.06734	-2.097	58	.040
Mediación	-.05085	.46918	.06108	-.832	58	.409

Prueba de muestras relacionadas Grupo Control

Variables	Diferencias relacionadas			t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media			
Acoso en la escuela	-.06215	.40813	.05313	-1.170	58	.247
Autonomía	-.04843	.32771	.04266	-1.135	58	.261
Rechazo ante presión de pares	-.01695	.52289	.06807	-.249	58	.804
Mediación	.03729	.45709	.05951	.627	58	.533

Anexo 3. Tablas de medias por condición y fase de evaluación de cuidadores.

Estadísticos de muestras CAPAS-MX					
VARIABLES	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
problemas de conducta externalizados	PRE	56.71	45	10.437	1.556
	POST	53.24	45	10.680	1.592
parentalidad positiva	PRE	3.3624	45	.36965	.05510
	POST	3.5151	45	.34355	.05121

Estadísticos de muestras Huellitas					
VARIABLES	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
problemas de conducta externalizados	PRE	57.60	42	10.446	1.612
	POST	56.71	42	8.146	1.257
parentalidad positiva	PRE	3.2693	42	.29261	.04515
	POST	3.3198	42	.31420	.04848

Estadísticos de muestras Huellitas-CAPAS-MX					
VARIABLES	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
problemas de conducta externalizados	PRE	50.35	69	8.712	1.049
	POST	46.03	69	8.516	1.025
parentalidad positiva	PRE	3.4310	69	.30857	.03715
	POST	3.6225	69	.32954	.03967

Estadísticos de muestras Grupo Control					
VARIABLES	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
problemas de conducta externalizados	PRE	52.75	61	7.901	1.012
	POST	51.90	61	7.580	.971
parentalidad positiva	PRE	3.4090	61	.32111	.04111
	POST	3.4199	61	.30366	.03888

Anexo 4. Tablas de medias por condición y fase de evaluación de niños.

Estadísticos de muestras CAPAS-MX

Variables	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Acoso en la escuela	PRE	1.8889	42	.45779	.07064
	POST	1.9921	42	.45076	.06955
Autonomía	PRE	1.9660	42	.38618	.05959
	POST	2.2109	42	.32521	.05018
Rechazo ante presión de pares	PRE	2.3452	42	.48750	.07522
	POST	2.3631	42	.45264	.06984
Mediación	PRE	2.4429	42	.40373	.06230
	POST	2.2714	42	.49548	.07645

Estadísticos de muestras Huellitas

Variables	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Acoso en la escuela	PRE	1.8175	42	.44297	.06835
	POST	1.6984	42	.35161	.05425
Autonomía	PRE	2.1565	42	.50068	.07726
	POST	2.2517	42	.44488	.06865
Rechazo ante presión de pares	PRE	2.1429	42	.52424	.08089
	POST	2.3095	42	.52617	.08119
Mediación	PRE	2.4214	42	.44367	.06846
	POST	2.4905	42	.44217	.06823

Estadísticos de muestras Huellitas-CAPAS-MX

Variables	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Acoso en la escuela	PRE	1.7627	59	.43351	.05644
	POST	1.8023	59	.47994	.06248
Autonomía	PRE	2.1598	59	.41104	.05351
	POST	2.2930	59	.40703	.05299
Rechazo ante presión de pares	PRE	2.2952	59	.53523	.06968
	POST	2.4364	59	.46096	.06001
Mediación	PRE	2.4814	59	.49427	.06435
	POST	2.5322	59	.44661	.05814

Estadísticos de muestras Grupo Control

Variables	Fase	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Acoso en la escuela	PRE	1.8192	59	.41671	.05425
	POST	1.8814	59	.44962	.05854
Autonomía	PRE	2.2155	59	.34626	.04508
	POST	2.2639	59	.31367	.04084
Rechazo ante presión de pares	PRE	2.1949	59	.45973	.05985
	POST	2.2119	59	.51657	.06725
Mediación	PRE	2.4034	59	.46756	.06087
	POST	2.3661	59	.42855	.05579

Anexo 5. Tablas de MANCOVA de Cuidadores y niños.

Pruebas de los efectos inter-sujetos Cuidadores						
Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Condición experimental	Problemas de conducta externalizados	852.076	3	284.025	7.984	.000
	Parentalidad positiva	1.416	3	.472	7.431	.000
sexo	Problemas de conducta externalizados	7.597	1	7.597	.214	.644
	Parentalidad positiva	.004	1	.004	.059	.808
Condición experimental*sexo	Problemas de conducta externalizados	63.119	3	21.040	.591	.621
	Parentalidad positiva	.010	3	.003	.055	.983
Error	Problemas de conducta externalizados	7364.088	207	35.575		
	Parentalidad positiva	13.145	207	.064		
Total	Problemas de conducta externalizados	589294.000	217			
	Parentalidad positiva	2659.964	217			
Total corregida	Problemas de conducta externalizados	19458.055	216			
	Parentalidad positiva	24.908	216			

Comparaciones por pares Cuidadores

Variable dependiente			Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
Problemas de conducta externalizados	CAPAS-MX	Control	-1.393	1.196	1.000	-4.580	1.793
		H-C-MX	2.600	1.189	.179	-.567	5.767
		Huellitas	-2.866	1.289	.164	-6.299	.568
	Control	CAPAS-MX	1.393	1.196	1.000	-1.793	4.580
		H-C-MX	3.993*	1.072	.002	1.139	6.848
		Huellitas	-1.472	1.232	1.000	-4.754	1.810
	Huellitas-CAPAS-mx	CAPAS-MX	-2.600	1.189	.179	-5.767	.567
		Control	-3.993*	1.072	.002	-6.848	-1.139
		Huellitas	-5.466*	1.227	.000	-8.735	-2.196
	Huellitas	CAPAS-MX	2.866	1.289	.164	-.568	6.299
		Control	1.472	1.232	1.000	-1.810	4.754
		H-C-MX	5.466*	1.227	.000	2.196	8.735
Parentalidad positiva	CAPAS-MX	Control	.137*	.051	.044	.002	.271
		H-C-MX	-.042	.050	1.000	-.176	.091
		Huellitas	.138	.054	.073	-.007	.283
	Control	CAPAS-MX	-.137*	.051	.044	-.271	-.002
		H-C-MX	-.179*	.045	.001	-.300	-.059
		Huellitas	.001	.052	1.000	-.138	.140
	Huellitas-CAPAS-mx	CAPAS-MX	.042	.050	1.000	-.091	.176
		Control	.179*	.045	.001	.059	.300
		Huellitas	.180*	.052	.004	.042	.318
	Huellitas	CAPAS-MX	-.138	.054	.073	-.283	.007
		Control	-.001	.052	1.000	-.140	.138
		H-C-MX	-.180*	.052	.004	-.318	-.042

Pruebas de los efectos inter-sujeto niños

Origen		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Condición experimental	Autonomía 2	.042	3	.014	.130	.942
	Rechazo ante presión de pares 2	.630	3	.210	1.127	.339
	Mediación 2	1.767	3	.589	3.865	.010
	Acoso escolar 2	1.525	3	.508	2.873	.038
sexo	Autonomía 2	.030	1	.030	.275	.600
	Rechazo ante presión de pares 2	1.379	1	1.379	7.397	.007
	Mediación 2	1.497	1	1.497	9.824	.002
	Acoso escolar 2	.062	1	.062	.351	.554
Condición experimental*sexo	Autonomía 2	.272	3	.091	.847	.470
	Rechazo ante presión de pares 2	.400	3	.133	.715	.544
	Mediación 2	1.467	3	.489	3.210	.024
	Acoso escolar 2	.007	3	.002	.014	.998
Error	Autonomía 2	20.351	190	.107		
	Rechazo ante presión de pares 2	35.422	190	.186		
	Mediación 2	28.945	190	.152		
	Acoso escolar 2	33.614	190	.177		
Total	Autonomía 2	1058.612	202			
	Rechazo ante presión de pares 2	1145.000	202			
	Mediación 2	1226.120	202			
	Acoso escolar 2	726.778	202			
Total corregida	Autonomía 2	27.936	201			
	Rechazo ante presión de pares 2	49.108	201			
	Mediación 2	42.353	201			
	Acoso escolar 2	40.480	201			

Comparaciones por pares niños

Variable dependiente			Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b		
						Límite inferior	Límite superior	
Autonomía 2	CAPAS-MX	Control	.035	.069	1.000	-.149	.219	
		H-C-MX	.003	.068	1.000	-.178	.184	
		Huellitas	.025	.074	1.000	-.171	.221	
	Control	CAPAS-MX	-.035	.069	1.000	-.219	.149	
		H-C-MX	-.032	.062	1.000	-.197	.133	
		Huellitas	-.010	.067	1.000	-.188	.168	
	Huellitas-CAPAS-mx	CAPAS-MX	-.003	.068	1.000	-.184	.178	
		Control	.032	.062	1.000	-.133	.197	
		Huellitas	.022	.067	1.000	-.157	.201	
	Huellitas	CAPAS-MX	-.025	.074	1.000	-.221	.171	
		Control	.010	.067	1.000	-.168	.188	
		H-C-MX	-.022	.067	1.000	-.201	.157	
	Rechazo ante presión de pares 2	CAPAS-MX	Control	.053	.091	1.000	-.189	.296
			H-C-MX	-.093	.090	1.000	-.333	.146
			Huellitas	-.032	.097	1.000	-.291	.226
Control		CAPAS-MX	-.053	.091	1.000	-.296	.189	
		H-C-MX	-.147	.082	.440	-.364	.071	
		Huellitas	-.086	.088	1.000	-.320	.149	
Huellitas-CAPAS-mx		CAPAS-MX	.093	.090	1.000	-.146	.333	
		Control	.147	.082	.440	-.071	.364	
		Huellitas	.061	.089	1.000	-.175	.298	
Huellitas		CAPAS-MX	.032	.097	1.000	-.226	.291	
		Control	.086	.088	1.000	-.149	.320	
		H-C-MX	-.061	.089	1.000	-.298	.175	
Mediación 2		CAPAS-MX	Control	-.105	.082	1.000	-.324	.114
			H-C-MX	-.243*	.081	.019	-.459	-.027
			Huellitas	-.231	.088	.054	-.465	.002
	Control	CAPAS-MX	.105	.082	1.000	-.114	.324	
		H-C-MX	-.138	.074	.377	-.334	.059	
		Huellitas	-.127	.080	.683	-.339	.086	
	Huellitas-CAPAS-mx	CAPAS-MX	.243*	.081	.019	.027	.459	
		Control	.138	.074	.377	-.059	.334	
		Huellitas	.011	.080	1.000	-.202	.225	
	Huellitas	CAPAS-MX	.231	.088	.054	-.002	.465	
		Control	.127	.080	.683	-.086	.339	
		H-C-MX	-.011	.080	1.000	-.225	.202	
	Acoso escolar 2	CAPAS-MX	Control	.079	.089	1.000	-.157	.315
			H-C-MX	.135	.087	.747	-.098	.368
			Huellitas	.264*	.094	.034	.012	.516

Control	CAPAS-MX	-.079	.089	1.000	-.315	.157
	H-C-MX	.056	.079	1.000	-.156	.267
	Huellitas	.185	.086	.195	-.044	.414
Huellitas- CAPAS-mx	CAPAS-MX	-.135	.087	.747	-.368	.098
	Control	-.056	.079	1.000	-.267	.156
	Huellitas	.129	.086	.818	-.101	.359
Huellitas	CAPAS-MX	-.264*	.094	.034	-.516	-.012
	Control	-.185	.086	.195	-.414	.044
	H-C-MX	-.129	.086	.818	-.359	.101
