

**Posgrado**  
**PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS**  
**PSICOLÓGICOS**  
**UNIVERSIDAD DE GRANADA**



**TESIS DOCTORAL**

**PREDICCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE BANDA ANCHA Y**  
**BANDA ESTRECHA MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LOS**  
**MODELOS TRANSACCIONAL, COGNITIVO-SOCIAL Y DE**  
**REGULACIÓN EMOCIONAL**

Doctoranda:

**Nohelia Hewitt Ramírez**

Directores:

Prof. Dr. Jaime Vila Castellar

Prof. Dr. Fernando Juárez Acosta

2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autora: Nohelia Hewitt Ramírez  
SISBN: 978-84-9125-522-2  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/42435>

**JAIME VILA CASTELLAR** y **FERNANDO JUÁREZ ACOSTA**,  
Directores de la Tesis “Predicción de los problemas de banda ancha y  
banda estrecha mediante la integración de los modelos transaccional,  
cognitivo-social y de regulación emocional” de la que es autora Dña.  
*Nohelia Hewitt Ramirez*, del Programa de Doctorado Psicología de la  
Salud, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de  
Granada,

**AUTORIZAN** la presentación de la Tesis referida para su defensa y  
mantenimiento, puesto que reúne los requisitos exigibles a un trabajo de  
esta naturaleza, y se trata de un trabajo original realizado por la autora bajo  
nuestra dirección.

Granada, 25 de septiembre de 2015

Fdo.: Dr. Jaime Vila Castellar  
Director

Fdo.: Dr. Fernando Juárez Acosta  
Director



El doctorando **Nohelia Hewitt Ramirez**, y los directores de la tesis, **Dr. Jaime Vila Castellar** y **Dr. Fernando Juárez Acosta**, Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Septiembre 25 de 2015

Directores de la Tesis

Fdo.: JAIME VILA CASTELLAR

Fdo.: FERNANDO JUAREZ ACOSTA

Doctoranda

Fdo.: Nohelia Hewitt Ramírez



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios porque siempre me ha mostrado su fidelidad.

A los niños y cuidadores, por aceptar participar voluntariamente en esta investigación y completar cada uno de los cuestionarios aplicados.

A la Coordinadora Administrativa de Educación Local (CADEL), quien autorizó la aplicación de la investigación y facilitó el ingreso a las instituciones, a los Rectores, a la orientadora Liliana Macías y al Psicólogo Mario Puche por su apoyo en la convocatoria de los padres/cuidadores y en la organización de los grupos de niños para la aplicación de los instrumentos de evaluación en las Instituciones Educativas de las dos localidades seleccionadas.

A los Dres. Jaime Vila Castellar y Fernando Juárez Acosta, por su apoyo y acompañamiento en este proceso de formación y a los Dres Thomas Achenbach y Leslie Rescorla quienes me motivaron a investigar en el campo de la psicopatología infantil y me orientaron en el análisis de los resultados.

A mi Familia y a mis amigos (as), por ser un soporte permanente.

A las Directivas de la Universidad de San Buenaventura Sede Bogotá, por apoyar esta formación.



## RESUMEN

Los problemas de banda ancha (conductas externalizadas e internalizadas) y los de banda estrecha o síndromes específicos que son ansioso/depresivo; retraído/depresivo, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento de ruptura de normas y comportamiento agresivo (Achenbach, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2001), son de alta prevalencia tanto en el ámbito mundial (Achenbach, Dumenci, y Rescorla, 2002; Cicchetti y Cohen, 2006), como en Colombia (Hewitt, Jaimes, Vera y Villa, 2012), según los estudios epidemiológicos realizados, aunque estos aún no son concluyentes. Su alta prevalencia y las consecuencias que conllevan en la adolescencia y la adultez (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002; Farmer, Compton, Burns y Robertson, 2002; National Center for Children in Poverty, 2006; Wolff y Ollendick, 2006), sugieren que su estudio es de alta importancia.

Los modelos explicativos del desarrollo y mantenimiento de los problemas de banda ancha y banda estrecha en niños en etapa escolar, se han centrado en: a) la influencia del ambiente (Sameroff, 2009), lo que se relaciona con las circunstancias adversas en las que se desarrollan los niños como son la pobreza, el tipo de familia, su constitución, el nivel cultural y educativo; b) el tipo de creencias, atribuciones y expectativas que tienen los padres con respecto a todos los niños, a sus propios hijos y a sí mismos como padres (Bugenthal y Johnson, 2000) y c) en los factores individuales o características de los niños como son su capacidad de regulación emocional (Batum y Yagmurlu, 2007). Estos modelos han sido utilizados desde hace mucho tiempo, no obstante, los análisis que hacen del desarrollo y mantenimiento de los problemas de banda ancha y banda estrecha, resultan ser análisis parciales. La investigación que se ha realizado sobre estos modelos no apoya a uno más que otro, solamente menciona cuál es el aporte de cada uno. Sin embargo, el estudio de la psicopatología infantil enfatiza en la búsqueda de una aproximación integradora que permita comprender, prevenir e

intervenir dichos problemas de banda ancha y banda estrecha (Muris y Ollendick, 2005).

Con base en lo anterior, el objetivo de esta tesis se orientó en primer lugar a confirmar a nivel internacional la validez diagnóstica del sistema clasificatorio de la psicopatología infantil y adolescente propuesta por Achenbach y Rescorla (2001) y en segundo lugar a evaluar la efectividad de un modelo relacional integrado, basado en los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social y de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001) de banda ancha (externalizados e internalizados) y banda estrecha (síndromes específicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.

Para dar respuesta a estos objetivos se llevaron a cabo dos estudios, el primero de ellos, que da respuesta al primer objetivo, partió de investigar la epidemiología internacional de la psicopatología infantil y adolescente con una muestra de 69.866 participantes de 6 a 16 años, de 44 países de Europa occidental y oriental, Norte de África, Sur y Este de Asia, América del Sur (Colombia), Centro América, y países Balcánicos usando el cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL), el auto-reporte de los jóvenes 11-18 años (Youth Self Report –YSR/ 11-18 años) que contiene ítems similares a los del CBCL y es diligenciado por los jóvenes para describir su propio comportamiento y el reporte de los profesores de niños de 6 a 18 años (Teacher's Report Form – TRF/ 6-18 años), que permite obtener la descripción del funcionamiento del niño en el colegio y es diligenciado por los profesores. En este estudio los participantes por Colombia fueron 1491 niños y adolescentes de 6 a 16 años.

Los resultados de este estudio confirman la consistencia internacional en el ajuste del modelo de los ocho síndromes, cuando se probó en cada uno de los países participantes con el índice de ajuste primario de la raíz cuadrada media del error de aproximación [RMSEA], de igual forma con el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice Tucker-Lewis (TLI), como indicadores secundarios aunque la consistencia con

estos índices fue un poco más baja. Se confirma de esta manera que el modelo de los ocho síndromes es válido en Colombia, lo que permite el uso de la escala del CBCL en este país.

Para el logro del segundo objetivo se llevó a cabo una investigación empírico analítica explicativa, con un diseño transeccional, correlacional, comparativo y causal de carácter multivariado que permitió evaluar el efecto de varias variables predictoras sobre varias variables criterio (Fitzgerald, Rumrill, y Schenker, 2004; Rumrill, 2004). Las variables predictoras son las relacionadas con los tres modelos explicativos de estudio que son el modelo transaccional del desarrollo, el modelo cognitivo social y el modelo de regulación emocional. Las variables criterio son la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha.

El desarrollo de este estudio implicó inicialmente, la formulación y fundamentación teórica de un modelo relacional integrado explicativo de los problemas de banda ancha y banda estrecha, el diseño del diagrama de secuencias de relaciones causales y la puesta a prueba con una muestra de 904 díadas cuidador – niño, así: a) 904 niños de 8 a 12 años de edad cronológica, b) 904 cuidadores con una edad promedio de 35.94 años, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas representativas de la ciudad de Bogotá, D.C.- Colombia, en cuanto a su vulnerabilidad social y económica, una zona de vulnerabilidad alta ubicada en el sur de la ciudad y otra de vulnerabilidad baja ubicada en el norte de la ciudad. Los niños se seleccionaron de 6 colegios públicos, 3 de cada una de las zonas de análisis. Se aplicaron seis instrumentos de evaluación, dos contestados por los padres (el Cuestionario de comportamientos infantiles [CBCL] forma padres, y el cuestionario de factores cognitivos de los padres [CFP] y cuatro contestados por los niños (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes [BASC], el inventario de depresión infantil [CDI], Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo en niños, niñas y adolescentes [STAXI-NA]; y las Matrices progresivas de RAVEN [RAVEN] que se aplicó con el fin de identificar los niños con una capacidad intelectual promedio como mínimo que podían hacer parte de la muestra del estudio), adicionalmente los padres contestaron una ficha sociodemográfica.

Los resultados se analizaron mediante modelos de ecuaciones estructurales a través del programa estadístico AMOS, los que se hicieron para confirmar el modelo relacional integrado propuesto. Se probaron siete modelos de forma separada. Una vez se probó la estabilidad de la estructura básica del CBCL, se probaron el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo social y el de regulación emocional, al igual que el modelo relacional integrado para confirmar la propuesta de este estudio.

Los resultados obtenidos, permitieron identificar un modelo relacional integrado, con un buen ajuste a los datos según el índice de ajuste RMSEA, compuesto por las variables predictoras atribuciones y expectativas de los padres acerca de los hijos del modelo cognitivo social, y por las variables ajuste personal, estrés social, índices de síntomas emocionales, sintomatología depresiva y temperamento de ira en los niños, del modelo de regulación emocional, que permiten explicar la presencia de los problemas de banda ancha y banda estrecha en niños de 8 a 12 años de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en la ciudad de Bogotá-Colombia. La estructura relacional integrada obtenida muestra estabilidad según contexto y rango de presentación de las problemáticas infantiles. Este modelo relacional integrado identificado guarda relación con la propuesta teórica realizada en esta investigación. Los resultados de este estudio tienen implicaciones significativas en la prevención de los problemas de banda ancha y banda estrecha y en la intervención clínica de los mismos, en familias y niños de estratos socioeconómicos bajos.

## INDICE

### **CAPITULO 1**

#### **INTRODUCCIÓN, 21**

- 1.1 Epidemiología de la salud mental infantil y adolescente en el mundo, 21
- 1.2 Epidemiología de la salud mental infantil y adolescente en Colombia, 26
- 1.3 Sistemas de clasificación de la psicopatología infantil y adolescente, 27

### **CAPITULO 2**

#### **PROBLEMAS DE BANDA ANCHA Y DE BANDA ESTRECHA, 33**

- 2.1 Epidemiología de los problemas de banda ancha y de banda estrecha en el mundo, 35
- 2.2 Epidemiología de los problemas de banda ancha y de banda estrecha en Colombia, 37
- 2.3 Factores asociados a la presencia de problemas de banda ancha y de banda estrecha, 40
  - 2.3.1 Factores individuales, 40
  - 2.3.2 Factores familiares, 42
  - 2.3.3 Factores socioculturales, 44

### **CAPITULO 3**

#### **MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE BANDA ANCHA Y BANDA ESTRECHA, 47**

##### **3.1 Modelo Transaccional del Desarrollo, 49**

- 3.1.1 Orígen y desarrollo, 49
- 3.1.2 Aspectos Centrales del Modelo Transaccional del Desarrollo, 51
- 3.1.3 Modelo transaccional del desarrollo y problemas de banda ancha y banda estrecha, 53

##### **3.2 Modelo cognitivo social, 57**

- 3.2.1 Orígen y desarrollo, 57
- 3.2.2 Aspectos centrales del modelo cognitivo social, 59
- 3.2.3 Cogniciones y problemas de banda ancha y banda estrecha, 69

##### **3.3 Modelo de regulación emocional, 73**

- 3.3.1 Orígen y desarrollo, 73
- 3.3.2 Aspectos Centrales del Modelo de regulación emocional, 78
- 3.3.3 Regulación emocional y problemas de banda ancha y banda estrecha, 89

##### **3.4 Necesidad de integración de los modelos, 95**

### **CAPITULO 4**

#### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN, 97**

## **CAPITULO 5**

### **ESTUDIO 1: INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGY II: INTEGRATION AND APPLICATIONS OF DIMENSIONAL FINDINGS FROM 44 SOCIETIES, 103**

Purposes, 104

Method, 105

Results, 108

Discussion, 112

Clinical Applications, 113

## **CAPITULO 6**

### **ESTUDIO 2: EFECTIVIDAD DE UN MODELO RELACIONAL INTEGRADO BASADO EN LOS MODELOS TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO, COGNITIVO SOCIAL Y DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA PREDICCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE BANDA ANCHA Y BANDA ESTRECHA, 119**

#### **6.1 Problema de investigación, 119**

#### **6.2 Objetivos, 119**

6.2.1 Objetivo General, 119

6.2.2 Objetivos Específicos, 119

#### **6.3 Hipótesis, 120**

#### **6.4 Método, 121**

6.4.1 Participantes, 121

6.4.2 Muestra, 125

6.4.2.1 Caracterización de la ciudad de Bogotá, 125

6.4.2.2 Selección de zonas, 127

6.4.2.3 Selección de colegios, 132

6.4.3 Instrumentos, 134

6.4.4 Procedimiento, 143

6.4.5 Diseño, 144

6.4.6 Variables, 144

6.4.7 Análisis estadístico, 151

#### **6.5 Resultados, 153**

6.5.1 Descriptivos y comparativos, 153

6.5.2 Análisis correlacionales, 175

6.5.3 Ecuaciones estructurales, 188

## **CAPITULO 7,**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES, 229**

### **REFERENCIAS, 269**

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Descriptions of 27 New Samples from 17 Societies, 107
- Tabla 2 Results of Confirmatory Factor Analyses for 27 Samples in 17 Societies, 108
- Tabla 3 Significant Effect Sizes for Society, Gender and Age on the Child Behavior Check List (CBCL), The Youth Self-Report, (YSR)<sup>2</sup> and the Teacher's Report Form (TRF), 110
- Tabla 4 Distribución de la población de niños según variables sociodemográficas, 122
- Tabla 5 Distribución de los cuidadores según variables sociodemográficas, 123
- Tabla 6 Caracterización de la población bogotana, 131
- Tabla 7 Variables predictoras, 150
- Tabla 8 Variables criterio, 150
- Tabla 9 Distribución de las variables sociodemográficas y comparativos según zona para la muestra de niños, 154
- Tabla 10 Distribución de las variables sociodemográficas y comparativos según zona para la muestra de cuidadores, 155
- Tabla 11 Descripción y comparación de los comportamientos de banda ancha y banda estrecha de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según zona, 156
- Tabla 12 Comparación de los problemas de banda ancha y banda estrecha de los niños, informados por los cuidadores mediante el CBCL según los colegios, 158
- Tabla 13 Descriptivos y comparativos de los comportamientos de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según rango y zona, 159
- Tabla 14 Comparativos de los comportamientos de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según rango, colegio y zona, 160
- Tabla 15 Comportamientos informados por los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI según zona, 162
- Tabla 16 Comparación de los comportamientos informados por los niños

	mediante el BASC, STAXI-NA y CDI según colegio, 164
Tabla 17	Descriptivos y comparativos de los comportamientos informados por los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI, según categoría y zona, 166
Tabla 18	Descriptivos y comparativos de los comportamientos informados por los niños mediante el BASC, STAXI-NA y CDI según categoría y colegio, 168
Tabla 19	Descripción y comparación de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores mediante el FCP según zona, 170
Tabla 20	Comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores mediante el FCP según colegio, 172
Tabla 21	Descriptivos y comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas entre las zonas de residencia según categoría y zona, 173
Tabla 22	Comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas según categoría y colegio, 174
Tabla 23	Análisis de los componentes principales de las variables sociodemográficas, 177
Tabla 24	Correlaciones modelo transaccional del desarrollo, 180
Tabla 25	Correlación modelo cognitivo social, 183
Tabla 26	Correlaciones modelo de regulación emocional, 187
Tabla 27	Coefficientes de la estructura factorial del CBCL, 189
Tabla 28	Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo transaccional del desarrollo, 196
Tabla 29	Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo cognitivo social, 202
Tabla 30	Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo de regulación emocional, 210
Tabla 31	Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrado, 215
Tabla 32	Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrada según zona, 220

Tabla 33 Coeficientes de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrado por rangos, 225

Tabla 34 Bondad de ajuste global de los modelos propuestos, 227



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Modelo integrado propuesto, 102
- Figura 1<sup>a</sup> Child Behavior Checklist (CBCL) mean Total Problems scores in 42 societies (N= 69.866), 112
- Figura S1 The Child Behavior Checklist (CBCL) syndrome model tested in the study, 117
- Figura S2 The Youth Self-report (YSR) syndrome models tested in the study, 117
- Figura S3 The Teacher's Report Form (TRF) syndrome models tested in the study, 118
- Figura 2 Estructura básica del CBCL, 190
- Figura 3 Modelo transaccional del desarrollo, 197
- Figura 4 Modelo Cognitivo Social, 203
- Figura 5 Modelo de regulación emocional, 211
- Figura 6 Modelo relacional integrado, 216
- Figura 7 Modelo Relacional integrado por zona, 221
- Figura 8 Modelo relacional integrado por rangos, 226



# **CAPITULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Epidemiología de la salud mental infantil y adolescente en el mundo**

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes son comunes e inician a edad temprana (National Center for Children in Poverty, 2006). Las tasas de prevalencia varían con la naturaleza del trastorno, las diferencias según la edad, el género, la clase social, los criterios para definir el problema, los métodos de recolección de información utilizados, la fuente de dicha información y las consideraciones sobre el muestreo, entre otros factores (Hudziak, Achenbach, Althoff, Pine, 2007; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández, y López-Pina, 2009).

La prevalencia global de los problemas psicológicos en la población infantil ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). La investigación llevada a cabo en países desarrollados como los de Europa y América del Norte y en países en desarrollo como los de África, Asia y América Latina, evidencia que algunos datos son equivalentes al promedio mundial, otros están por debajo y otras cifras son superiores (OMS, 2001; Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009; World Health Organization [WHO], 2005). En general, los estudios epidemiológicos realizados sobre la salud mental infantil en los países desarrollados muestran tasas de prevalencia similares (Shwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998). Sin embargo, las tasas de prevalencia en América Latina varían notablemente con respecto a las de los países desarrollados (Benjet, 2009; OMS, 2001; Rodríguez et al., 2009).

Según el informe sobre la salud mental en el mundo, se ha encontrado que entre el 10 al 20% de todos los niños a nivel mundial presentan uno o más problemas

psicológicos (OMS, 2001), observándose como ya se mencionó, diferencias en las cifras encontradas en los diferentes estudios (Alday et al., 2005). El 21% de niños y jóvenes de bajos recursos entre los 6 y 17 años tienen problemas de salud mental (Howell, 2004). Un meta-análisis que incluyó 41 estudios realizados en 27 países del mundo señala que la prevalencia mundial de desordenes mentales en niños y adolescentes es del 13.4%. La prevalencia de cualquier desorden de ansiedad es del 6.5%, de cualquier desorden depresivo del 2.6%, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad del 3.4% y de cualquier problema de comportamiento disruptivo del 5.7% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015).

En países europeos como España, la tasa de prevalencia oscila entre el 13 y el 25% (López-Soler et al., 2009). Los problemas de conducta son los que más prevalecen (14% al 28%), seguidos por la depresión (25.2%), y la ansiedad (13.3%) (Lemos, 2003; López-Soler et al., 2009). Otros países europeos como Suiza tiene tasas de prevalencia del 22.5% (Steinhausen et al., 1998) y Alemania del 20.7% (Weyerer et al., 1988).

Los estudios realizados en los países africanos como Argelia y Etiopía, evidencian que entre el 9.2% al 29.2% de niños escolares tienen problemas de salud mental (WHO, 2005). En los países asiáticos como China, la prevalencia de los problemas psicológicos en los niños y adolescentes está entre el 7 al 23% (Liu, 2004; WHO, 2005) y en Japón es del 15% (Morita et al., 1993; OMS, 2001). En la India según el estudio de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes la prevalencia está en el 12.8% (Indian Council of Medical Research [ICMR], 2001).

En América del Norte, los resultados de los estudios epidemiológicos en Estados Unidos y Canadá, reportan cifras menores a las de los países europeos, lo que muy seguramente puede estar relacionado con las diferencias contextuales (OMS, 2001). Los estudios epidemiológicos de estos países muestran que entre el 5 y el 15% de los niños están afectados por alguna forma de trastorno infantil, el 9.9% por ansiedad y el 11.3% por problemas de conducta (Cunningham y Ollendick, 2010).

En los países de Centro América (México) y América Latina (Uruguay, Puerto Rico, Brasil, Chile y Colombia), se ha encontrado que por lo menos 53 millones de niños, adolescentes y jóvenes de ambos sexos requieren atención en salud mental (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin, Bird, Miranda, 2003; Rodríguez et al., 2009). Los pocos estudios epidemiológicos realizados han mostrado que en América Latina, la prevalencia puntual de cualquier trastorno psicológico en niños y adolescentes varía del 12.7% al 15%, (Benjet, 2009; Duarte et al., 2003). Mientras que la prevalencia en los últimos 12 meses va de 8.5% para un trastorno grave a un 39.5% para cualquier trastorno (Benjet, 2009). En Uruguay, aproximadamente el 53% de los niños tienen algún problema, y en Santiago de Chile la prevalencia es del 15% (Betancourt y Andrade, 2008). Los problemas más frecuentes observados en América Latina son los de ansiedad y de la conducta, además de ser los que tienen edades de inicio más tempranas (Kessler, Beglund, Demler, Jin y Walters, 2005). Los varones prepúberes tienden a presentar tasas mayores por déficit de atención en comparación con las niñas y tasas ligeramente mayores de trastorno disocial y oposicionista desafiante (Benjet, 2009, pp. 235). Estos porcentajes son equivalentes al promedio mundial pero están por debajo de los de algunos países desarrollados mencionados (Benjet, 2009; Duarte et al., 2003).

Las diferencias en las tasas de prevalencia encontradas en los estudios citados están relacionadas con la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos, con el uso de clasificaciones taxonómicas diferentes (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012); el tipo de investigación, la representatividad de las muestras, los instrumentos de evaluación utilizados (López-Soler et al., 2009; OMS, 2001); la medición empleada, la fuente de información (niño, padre, o maestro), el rango de edad estudiado (Rodríguez, et al., 2009) y las diferencias contextuales (OMS, 2001). Estas diferentes razones de la disparidad en los datos, influyen en el análisis que se hace de la manifestación de la psicopatología durante el desarrollo de los niños y los adolescentes y además dificultan tanto la investigación como el manejo clínico (Hudziak et al., 2007).

Es de mencionar que aunque la investigación en el campo de la salud mental en general y en la salud mental infantil en los países de América Latina tiene muchas

limitaciones en comparación con países desarrollados como los de Europa y América del Norte, se han realizado estudios epidemiológicos que evidencian el estado de la salud mental infantil en estos contextos (Rodríguez et al., 2009).

A continuación se presentan algunos datos que permiten identificar la prevalencia en cuanto a rango de edad, sexo y comorbilidad de los trastornos psicológicos.

Con respecto a la edad, se ha demostrado que existe una correlación alta entre el tipo de trastorno y la edad, a mayor edad, menos trastornos de conducta y de eliminación (Baeyens, Roeyers, Walle y Hoebeke, 2005) y más trastornos del estado de ánimo y de alimentación (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). El porcentaje general de problemas psicológicos en niños en etapa escolar (7 a 12 años) objeto de estudio de esta investigación, se extiende entre el 6 al 8% (Rutter, Tizard y Whitmore, 2005). El Centro para prevención y control de enfermedades en los Estados Unidos, señala que en el ámbito mundial aproximadamente el 13% de niños en etapa escolar han presentado algún trastorno mental en el año anterior (Centro para prevención y control de enfermedades [CDC], 2012). El trastorno más común en este grupo de edad es el déficit de atención con hiperactividad (ADHD), el cual afecta al 8.5% de esta población seguido por el trastorno de estado de ánimo con un 3.7% y por el trastorno de conducta con un 2.1%.

Estudios realizados en España (Lemos, 2003) y en Estados Unidos (Achenbach, Dumenci, y Rescorla, 2002; Cicchetti y Cohen, 2006; y Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998), señalan que entre el 15 y el 20% de la población en edad escolar presentan algún tipo de problemática psicológica.

En México, Puerto Rico, Brasil y Chile, se ha encontrado que en los niños en etapa escolar, los trastornos de comportamiento perturbador (trastorno de oposición desafiante o trastorno de conducta) son las afecciones más frecuentes (7% al 8.9%), seguido por los trastornos de ansiedad (5.2%, al 7%) (Benjet, 2009; Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002). Prevalencias más bajas se observan para el trastorno depresivo (1.0%, a 1.9%). Los adolescentes tienden a presentar mayores tasas de

depresión y ansiedad (Benjet, 2009). Los estudios han mostrado que las estimaciones de prevalencia aumentan según aumenta la edad de la muestra especialmente cuando esta incluye adolescentes (Aláez et al., 2000). Sin embargo, los estudios epidemiológicos en salud mental infantil se han realizado principalmente con escolares por considerarse la etapa de mayor riesgo para la presentación de los problemas psicológicos (Benjet, 2009; Wolff y Ollendick, 2006)

Al analizar la prevalencia con respecto al sexo, la investigación epidemiológica ha evidenciado que los problemas externalizados (agresión, ruptura de normas) son más prevalentes en los niños que en las niñas (Achenbach y Rescorla, 2001). En menores de 15 años, se ha encontrado que las mujeres presentan mayores tasas de ansiedad e inhibición, y los varones más trastornos de conducta y más dificultades madurativas (Aláez et al., 2000).

En términos de porcentaje se ha señalado que el 17% de las niñas y el 19% de los niños, presentan uno o más trastornos psicológicos (Offord, Boyle y Racine, 2000). Son más los niños que las niñas con problemáticas psicológicas, los niños se destacan por los problemas de conducta y los trastornos del comportamiento perturbador, mientras que las niñas se caracterizan por los problemas emocionales como ansiedad (Cova, Maganto y Valdivia, 2005; Navarro-Pardo et al., 2012).

De igual forma, se ha encontrado que la razón hombres/mujeres es de 4:3 en cuanto a trastornos específicos del desarrollo, 2:0 para los trastornos adaptativos, 9:1 en los de conducta, 7:1 en los de eliminación, 0:6 en los de ansiedad, y 0:4 en los trastornos de la conducta alimentaria (Aláez et al., 2000).

Al hablar de la comorbilidad de los problemas psicológicos en la infancia y en la adolescencia, es muy frecuente que dos o más problemas coexistan en un mismo individuo (Lemos, 2003), los estudios epidemiológicos comprueban que la regla es la existencia de dos o más categorías diagnósticas de las descritas en el Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM) (Kessler et al., 2005). Se constatan tasas del 50% de comorbilidad en el caso de los niños y adolescentes (Lemos,

2003). La coexistencia de los trastornos de ansiedad y depresión es una de las más observadas (Navarro-Pardo et al., 2012).

Los datos mencionados son un indicador de la magnitud de los problemas psicológicos en los niños y adolescentes. Grupo poblacional que requiere mayor estudio en cuanto a la salud mental, por las dificultades que los problemas psicológicos ocasionan en el menor y sus familias y las consecuencias que conllevan, tales como el fracaso escolar, el consumo de sustancias, la conducta criminal, la paternidad temprana e inadecuada entre otras (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002; Farmer, Compton, Burns y Robertson, 2002; National Center for Children in Poverty, 2006; Wolff y Ollendick, 2006).

## **1.2 Epidemiología de la salud mental infantil y adolescente en Colombia**

En Colombia, el Ministerio de Salud y de la Protección Social [MSPS] ha realizado tres estudios nacionales de Salud Mental, el primero en el año 1993, el segundo en 1997 y el último en el 2003. Es de resaltar, que ninguno de los tres estudios ha analizado la salud mental en población infantil, solo se ha estudiado la población de 18 a 65 años. Sin embargo, el último Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, además de plantear como objetivo estudiar la prevalencia y los factores asociados a los trastornos mentales y del comportamiento, también pretendió estudiar la historia natural de los mismos es decir identificar la edad en que es más frecuente su aparición. Los resultados mostraron que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general es del 40.1% (MSPS, 2003). El trastorno de atención y la fobia específica fueron los dos trastornos que presentan la edad de aparición más temprana, 5 y 7 años, respectivamente. La ansiedad de separación se inicia a los 8 años y es seguida por el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante que aparecen a partir de los 10 años. Entre los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y por los trastornos por uso de sustancias. Bogotá, Distrito Capital D.C., es la ciudad que presentó la prevalencia más elevada de trastorno durante la vida (46.7%) (MSPS, 2003, pp, 30).

Hasta el 2010, el MSPS, la Universidad CES y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), realizaron el primer Estudio Nacional de Salud Mental en adolescentes, con una muestra probabilística polietápica de 1.520 adolescentes de 13-17 años residentes en el área urbana de los 25 principales departamentos de Colombia (MSPS, 2010).

Los resultados de este estudio muestran que la prevalencia anual para cualquier trastorno de ansiedad es de 5.5%, para cualquier trastorno afectivo de 5.3%, para el trastorno negativista desafiante 2.0, para el trastorno de conducta 1.4%, para el déficit de atención 1.2% y para cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia de 7.6% (MSPS, 2010, pp. 20). Con respecto al segundo estudio Nacional de Salud Mental (MSPS, 2003) citado anteriormente, se encuentra que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia tanto en los adultos como en los adolescentes.

En referencia a la edad de inicio de los problemas psicológicos se encontró que es de 4 años para la agorafobia, la ansiedad por separación, el trastorno disocial, el déficit de atención y el trastorno negativista, aunque la edad media de inicio varía entre los 7 y los 12 años (MSPS, 2010, pp. 131-135).

Otros estudios realizados en Colombia, con la aplicación de los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), han encontrado una prevalencia del 19.8% del trastorno para el déficit de atención con hiperactividad y un 10.6% para el trastorno de conducta negativista desafiante en niños de 6 a 11 años de edad. Además señalan que un 8.6% de niños en esta edad, se encuentran en riesgo de presentar dichas problemáticas (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001).

Los datos presentados, evidencian tasas de prevalencia elevadas que tienen implicaciones en el desarrollo y ajuste social, familiar y escolar de los niños y adolescentes y por ende en su bienestar y calidad de vida.

### **1.3 Sistemas de clasificación de la psicopatología infantil y adolescente**

Existen distintos sistemas de clasificación para evaluar la psicopatología. Los más utilizados son los sistemas de clasificación categoriales o nosológicos entre los que se encuentran la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), (OMS, 1992) y el DSM (APA, 1994, 2002, 2013); y, los sistemas de clasificación dimensionales (Maganto y Garaigordobil, 2010), como la taxonomía dimensional propuesta por Achenbach (Achenbach, 1991).

Los sistemas categoriales se derivan principalmente de la nosología de adultos, se basan en los sistemas de diagnóstico médico (Achenbach, Becker, Döpfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen y Rothenberger, 2008; Achenbach, 2011; Krueger, Caspi, Moffit, y Silva, 1998) y en un enfoque descriptivo de los síndromes clínicos (Achenbach et al., 2008; Maganto y Garaigordobil, 2010). Son contruidos por un comité de expertos quienes con base en su experiencia formulan las categorías diagnósticas (American Psychiatric Association, 1994).

Estos sistemas carecen de definiciones operacionales para hacer un diagnóstico (Achenbach, 2014). Catalogan los trastornos en función de características clínicas, signos y síntomas identificables a los que se les denominan “criterios diagnósticos” (Jiménez, 1997). De esta forma, los desórdenes son conceptualizados dicotómicamente a partir de criterios que están presentes o ausentes (Achenbach, 2009).

Los sistemas de clasificación categoriales se caracterizan como su nombre lo indica por ser categoriales, jerárquicos y multiaxiales (American Psychiatric Association, 1994). Son categoriales, porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico. Son jerárquicos, porque presentan una subdivisión de los trastornos estableciendo una estructura de árbol; y, son multiaxiales, porque exige que cada caso se evalúe en relación con varios ejes (American Psychiatric Association, 2002; Jiménez, 1997). Adicionalmente, estos sistemas de clasificación dividen los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios (American Psychiatric Association, 1994), ayudan a clasificar el proceso diagnóstico y a realizar diagnósticos diferenciales y fiables a través de entrevistas estructuradas (Maganto y Garaigordobil, 2010).

El DSM ha sido la taxonomía categórica que ha trabajado especialmente con la psicopatología adulta. Solo hasta el surgimiento del DSM III, se incluyeron algunos elementos de la psicopatología infantil, dado el incremento de la investigación en esta etapa del desarrollo (Hudziak et al., 2007). Se debe mencionar, que la psicopatología infantil difiere de la de los adultos en muchas formas, la principal se relaciona con que sus manifestaciones cambian en magnitud y en características a medida que se da el desarrollo (Achenbach, 2011; Hudziak et al., 2007), de esta manera, los comportamientos considerados patológicos en una edad pueden ser considerados normales en otra etapa del desarrollo y viceversa. Adicionalmente, la evaluación de niños y adolescentes requiere múltiples fuentes de información (Hudziak et al., 2007). El DSM no ofrece métodos estandarizados para obtener información de múltiples informantes a pesar que recomienda que se realice dicha práctica (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007).

Los sistemas de clasificación dimensionales usan métodos de evaluación cuantitativos para conceptualizar y evaluar la psicopatología en niños y adolescentes (Achenbach, 2009). Se fundamentan en el modelo psicométrico dimensional, de base matemática (Achenbach, 2011; Krueger, Caspi, Moffit, y Silva, 1998), aplican técnicas estadísticas y utilizan procedimientos cuantitativos para identificar las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas (Achenbach et al., 2008, 2011; Lacalle, 2009; Lemos, 2003). Desde la taxonomía empírica, se identifican los “síndromes empíricos” resultado de la aplicación de técnicas estadísticas como el análisis factorial (Achenbach, 1990, 1991b).

Los sistemas dimensionales clasifican los casos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías como lo hacen los sistemas categoriales), por lo que son más útiles en la descripción de fenómenos que se distribuyen de manera continua (American Psychiatric Association, 1994). De esta forma, en los sistemas dimensionales, se pertenece a una dimensión en función del grado en que las características del sujeto coincidan con las características que definen

la dimensión (Jiménez, 1997). Las dimensiones están conformadas por síntomas que representan un continuo (Achenbach et al., 2008; Jiménez, 1997).

Estas clasificaciones han generado inventarios pluridimensionales como el Cuestionario de Comportamientos infantiles (Child Behavior Check List - CBCL/ 6-18años), que evalúan la conducta en términos de dos dimensiones conductas externalizadas y conductas internalizadas (Achenbach y Rescorla, 2001).

Los sistemas de clasificación categoriales son de mayor uso en la psicopatología de los adultos, mientras que los dimensionales son más útiles en la evaluación infantil (Achenbach, 2011; Krueger et al., 1998). Este hecho puede justificarse, porque los sistemas dimensionales a diferencia de los categoriales, utilizan instrumentos semiestructurados como los reportes de conductas infantiles de padres y profesores para la evaluación de las problemáticas psicológicas, los que permiten obtener puntajes de los descriptores específicos del funcionamiento de los niños y compararlos con muestras normativas, con el fin de identificar el grado de desviación (Achenbach, 2009, Achenbach, 2011; Lacalle, 2009). Además, estos cuestionarios permiten obtener una evaluación con base en una perspectiva ecológica (diferentes evaluadores, en diferentes momentos y en diferentes situaciones) y de acuerdo al sexo, a la edad y a la etapa del desarrollo (Achenbach et al., 2008). Igualmente, ofrecen mayor precisión y más alternativas de análisis de datos (Achenbach, 2009).

Es de mencionar, que el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), reconoce que la clasificación dimensional está soportada empíricamente. Incluye en su estructura organizacional medidas dimensionales sin abandonar la clasificación categorial que la caracteriza; sin embargo, elimina el capítulo específico de los trastornos de la niñez, la infancia y la adolescencia que se incluyó en las versiones III, IV y IV-TR, porque integra estos trastornos a lo largo de todo el manual (American Psychiatric Association, 2013).

Una muestra de las clasificaciones dimensionales es la propuesta por Achenbach, a partir de la cual, los problemas psicológicos infantiles se conciben como parte de un continuo y se organizan en un modelo jerárquico de niveles de evaluación basado

empíricamente compuesto por dos factores, los factores de primer orden que son los problemas de banda estrecha y los factores de segundo orden que son los problemas de banda ancha (Achenbach, 1985, 2009; Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2000).

Los factores centrales de primer orden, conocidos como los de banda estrecha, se derivan de las dimensiones psicopatológicas de los factores de segundo orden, los de banda ancha (conductas externalizadas e internalizadas) e incluyen ocho síndromes específicos que son ansioso/depresivo; retraído/depresivo, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento de ruptura de normas y comportamiento agresivo (Achenbach, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2001). Las conductas de estos ocho síndromes incluyen generalmente elementos de los tres canales de respuesta es decir motor, emocional y cognitivo, aunque, dependiendo de los casos, priman más unos canales que otros (López-Soler et al., 2009).

Los factores de segundo orden o dimensiones psicopatológicas de banda ancha, representan dos tipos de síndromes unos que son los patrones de las emociones y se conocen como “conductas internalizadas” esto es intrapsíquicas; otros que son los patrones del comportamiento conocidos como “conductas externalizadas” perturbadores o de proyección hacia los demás (Achenbach y Rescorla, 2001). Hay un grupo de problemas que se llaman problemas “mixtos” que agrupan los problemas de pensamiento, sociales y de atención, que no se han podido asociar de una manera clara en ninguna de las dimensiones anteriores, pero individualmente se consideran como síndromes específicos del grupo de banda estrecha y en las evaluaciones con la lista de comportamientos infantiles se tienen en cuenta en la suma del total de los problemas (Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach y Rescorla, 2014).

Este modelo teórico de clasificación y evaluación ha sido investigado y validado en diferentes contextos y culturas desde 1966 (Achenbach, 2009; Achenbach y Rescorla, 2001), y se ha utilizado en las investigaciones como una forma de medir la psicopatología del desarrollo en niños y adolescentes (Hudziak et al., 2007).



## **CAPITULO 2**

### **PROBLEMAS DE BANDA ANCHA Y DE BANDA ESTRECHA**

Los problemas de banda ancha referidos a las conductas externalizadas son los que se dirigen al exterior (Achenbach, 2009), involucran a otras personas, producen daño, efectos negativos y estrés en las relaciones con otros (Liu, 2004; Renner, 2012; White y Renk, 2012). Estas conductas siguen un continuo en cuanto a la intensidad, severidad, frecuencia y cronicidad (Aláez et al., 2000). Los niños que presentan conductas externalizadas también presentan los otros problemas de banda ancha conocidos como conductas internalizadas (ansiedad y depresión) ya que estas conductas no son mutuamente excluyentes (Achenbach, 2009) y son altamente comórbidas (Liu, 2004).

Las conductas externalizadas se dividen en dos grupos de síndromes: 1) síndrome de conducta o comportamiento agresivo y 2) síndrome de conducta o comportamiento de ruptura de reglas o normas. Involucran comportamientos manifiestos desajustados como agitación psicomotora, desobediencia, actos destructivos, ataques físicos, amenazas y subvaloración a otros, crueldad, matoneo, peleas y comportamiento delincuente (Achenbach, 2009; Achenbach y Edelbrock, 1983, 1984; Hudziak, Copeland, Stanger y Wadworth, 2004; Kovacs y Devlin, 1998). Estos comportamientos agresivo y de ruptura de normas se asocian con rechazo de los compañeros, pobre desempeño académico, deserción escolar y comportamientos delincuentes en la adolescencia (Batum y Yagmurlu, 2007). Dichos comportamientos se consideran patrones de conducta desajustados que interfieren con la adaptación social, personal, o escolar. En este tipo de conductas influyen significativamente factores contextuales y emocionales (Achenbach y Rescorla, 2001; Bradley, 2000; Fergusson, Horwood y Ridder, 2005).

Estos comportamientos de banda ancha cambian en expresión y frecuencia

durante el curso del desarrollo, por ejemplo la conducta agresiva disminuye con la edad, mientras que conductas como la delincuencia y el uso de alcohol o drogas se incrementan (Achenbach y Edelbrock, 1987). Muchos trabajos confirman que los problemas psicológicos de banda ancha en la infancia, continúan con altas tasas en la adolescencia y a lo largo de la vida adulta (Achenbach et al., 2002; Angold et al., 1998; y Costello y Angold, 1995). Esto se conoce como la estabilidad de los problemas de conducta (Snyder, Reid y Patterson, 2003). También se ha observado que varían de acuerdo al sexo, así los niños presentan cuatro veces más comportamientos externalizados que las niñas (Aláez et al., 2000; Cova, Maganto y Valdivia, 2005; Crick y Grotpeter, 1995; Navarro-Pardo et al., 2012).

Los problemas de banda ancha conocidos como comportamientos internalizados, se refieren a problemas o desórdenes de tipo emocional y afectivo (Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach y Rescorla, 2001; Hommersen, Murray, Ohan y Johnston, 2006; Keegan, 2000), ocurren dentro de la persona, y se relacionan con sentimientos negativos acerca de sí mismo, con ansiedad, miedos, infelicidad y culpa excesiva, así como con malestar somático y disfunción sin causa médica conocida (Achenbach, 2009). Involucran alteraciones emocionales relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas de banda estrecha (Achenbach, 2009; Achenbach y Rescorla, 2001). Se relacionan con tres grupos de síndromes: 1) ansioso/depresivo; 2) retraído/depresivo y 3) quejas somáticas que de forma individual se constituyen en problemas psicológicos de banda estrecha (Achenbach, 2009; Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach y Rescorla, 2001). Estos constituyen el extremo final de una dimensión o dimensiones a lo largo del continuo del desarrollo normal de los niños (Achenbach, 1985; Achenbach, 2009; Achenbach y Rescorla, 2001; Barkley, 1998; McConaughy y Achenbach, 1988).

La diferencia entre los comportamientos externalizados e internalizados se centra en la identificación de los primeros como un patrón de conducta caracterizado por un modo de respuesta al ambiente abierto, dirigido al extremo y poco controlado (Keegan, 2000), que involucra conflicto con otras personas y con el contexto (Achenbach, 2009),

mientras que los segundos son identificados en componentes tales como la tristeza, la culpa y la preocupación; más específicamente, en problemas de banda estrecha como la depresión y la ansiedad (ansiedad por separación, ansiedad generalizada, fobias, trastorno obsesivo compulsivo), trastornos del estado de ánimo (depresión) y los trastornos del sueño o desórdenes en el sueño (pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo) (Hommersen, Murray, Ohan y Johnston, 2006; Keegan, 2000). Implican la vivencia de tensión psicológica, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo (Leve, Kim y Pears, 2005; Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000; Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar, 2009; Verhulst y Van der Ende, 1991).

La internalización tiene consecuencias y efectos negativos, sobre la autoestima y el rendimiento escolar (Nishikawa, Hägglöf, Sundbom, 2010). Este tipo de conductas son fáciles de ignorar debido a su actividad encubierta (preocupaciones, distorsiones cognitivas) (Kovacs y Devlin, 1998). Con frecuencia tienden a subestimarse ya que por lo general los niños que los presentan parecen bien “adaptados” (Achenbach y Rescorla, 2001; Aláez et al., 2000). Las conductas internalizadas son relativamente estables a través de la infancia, aumentan durante la pubertad y se acentúan en la adolescencia (Leve, Kim y Pears, 2005).

## **2.1 Epidemiología de los problemas de banda ancha y de banda estrecha en el mundo**

Los problemas de banda ancha como son las conductas externalizadas e internalizadas se han revisado en diversos países a partir del sistema de clasificación dimensional, fundamentado empíricamente (Achenbach y Edelbrock, 1979; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández, y López-Pina, 2009), con base en el Sistema Achenbach de evaluación basado empíricamente (Achenbach System of Empirically Based Assessment - ASEBA) (Achenbach y Rescorla, 2001).

Rescorla et al., (2007), estudiaron los problemas de banda ancha y banda estrecha reportados por los padres de niños de 6 a 16 años de 31 países (6 de Europa Occidental, 5 de Europa Oriental, 6 de Asia, 1 de África, 3 de Oriente Medio, 2 del Caribe, más

Australia y Estados Unidos) a través del CBCL, en una muestra de 55.508 participantes y encontraron que las niñas presentan puntajes más altos en problemas internalizados y los niños en problemas externalizados; los resultados también mostraron que las niñas puntuaron más alto en ansiedad, problemas afectivos y problemas somáticos a la edad de 12 a 16 años; los niños puntuaron más alto en problemas de atención, conducta oposicionista y problemas de conducta en el rango de edad de 6 a 11 años. Se concluye que los puntajes internalizados tienden a incrementar con la edad mientras que los externalizados a disminuir.

En España, López-Soler et al., (2009), estudiaron la prevalencia y características de los síntomas empíricos externalizados en la infancia en una muestra clínica pediátrica de 300 niños y niñas de 6 a 12 años de Murcia. A través del inventario Clínico Infantil (ICI) basado en la segunda parte del CBCL, hallaron que el 18.1% de los niños presentaban comportamientos disociales, el 18.5% conductas oposicionistas desafiantes y el 14.5% déficit de atención con hiperactividad. Al usar el CBCL, encontraron que los problemas de atención son más prevalentes en niños (49.3%) que en niñas (34.3%). Los resultados muestran que los niños obtuvieron más indicadores de comportamientos externalizados que las niñas lo que es coherente con lo señalado por otras investigaciones (Rescorla et al., 2007)

López-Soler et al., (2010), estudiaron las características y la prevalencia de los síntomas internalizados (problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas) en una muestra clínica de 300 niños (207 niños y 93 niñas) de 8 a 12 años, mediante el CBCL. Evidenciaron una prevalencia del 54% en ansiedad, 32% en alteraciones afectivas y el 29% en quejas somáticas, los niños presentaron más ansiedad (55.6%) y alteraciones afectivas (35.3%) que las niñas (ansiedad 49.5% problema afectivos 24.7%) y las niñas mayor prevalencia de quejas somáticas (34.4%). Los resultados arrojados en esta investigación no concuerdan con lo señalado por otros investigadores como Rescorla et al (2007), lo que puede estar determinado según los autores de este estudio, por la proporción diferente de niños y niñas participantes, y por tratarse de una muestra clínica y no de la población general (López-Soler et al., 2010). Por otro lado, la proporción mayor de niños en la muestra clínica de participantes de este estudio, corrobora el hecho

que son más los niños que las niñas quienes presentan problemas psicológicos (Cova et al., 2005; López-soler et al., 2009; Navarro-Pardo et al., 2012).

Estudios en América Latina como el realizado en Buenos Aires, Argentina, evaluó mediante el CBCL, los problemas comportamentales de 372 niños entre 6 y 11 años que asistieron al servicio de asistencia psicoterapéutica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Argentina durante el periodo comprendido entre 1998-2000. El estudio mostró que los niños presentaron puntajes más altos en los problemas de banda estrecha como son conducta antisocial, agresividad, problemas sexuales y en los de banda ancha es decir en los síndromes externalizados tales como comportamiento de ruptura de normas y comportamiento agresivo, mientras que, las niñas presentaron puntajes altos en los problemas de banda estrecha como retraimiento, problemas de pensamiento, quejas somáticas, problemas sociales, ansioso/depresivo y en los de banda ancha conocidos como síndromes internalizados ansiedad/depresión, retraído/depresivo y quejas somáticas (Slapaki, Cervone, Luzzi y Samaniego, 2002).

Los resultados de los estudios epidemiológicos en el ámbito mundial, aunque no son concluyentes, sugieren que existe una alta prevalencia de las problemáticas psicológicas de banda ancha y banda estrecha en los niños en etapa escolar, las que varían en frecuencia, intensidad, y duración a través de la vida y según el sexo y la edad. Esto muestra una relación entre las problemáticas que se presentan en la infancia y la psicopatología posterior.

## **2.2 Epidemiología de los problemas de banda ancha y de banda estrecha en Colombia**

En Colombia se han estudiado los problemas de banda ancha y de banda estrecha a través del uso del sistema dimensional ASEBA, con el CBCL y el YSR.

Específicamente en la ciudad de Bogotá, Henao y Mahecha (2005), evaluaron el ajuste infantil y adolescente a partir de la conducta internalizada y externalizada presentada por 210 niños de 4 a 17 años, de estratos socioeconómicos 1 y 2 utilizando el

CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1986 y 1987). Encontraron diferencias significativas en las escalas de externalización e internalización según la edad. Los jóvenes de 14 a 17 años reportaron más conductas internalizadas y externalizadas que los otros grupos de edad y los hombres mayor externalización que las mujeres, lo que confirma lo señalado por Rescorla et al., (2007, 2012) en referencia a que las conductas externalizadas se presentan más en el sexo masculino y que los puntajes en las conductas internalizadas se incrementan con la edad.

Moreno, Escobar, Vera, Beltrán y Castañeda (2009) y Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar (2009), observaron en una muestra de 184 niños (84 niñas y 100 niños) de 8 a 11 años de nivel socioeconómico bajo de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá a partir de la aplicación del CBCL, que el 16.3% de la población presenta ansiedad/retraimiento y el 23.6% presenta aislamiento/depresión. Se confirma que los problemas internalizados evaluados (ansiedad y depresión) aparecen en la población infantil en edades tempranas (8 a 11 años). Las cifras reportadas son cercanas a las encontradas por Lemos (2003) y López-Soler et al. (2009) en su estudio sobre la prevalencia de la ansiedad (13.3%) y de la depresión (25.2%) en niños de 6 a 11 años en España.

Hewitt, Moreno, Oliveros y Pardo (2010) identificaron la presencia de comportamientos internalizados (depresión, aislamiento social, quejas somáticas) y externalizados (hiperactividad, agresión, delincuencia), a partir del CBCL, en un grupo de 238 niños (124 niños, 114 niñas) de 8 a 11 años de edad cronológica, de nivel socioeconómico bajo, que cursaban de 2 a 5 grado de educación básica primaria y que asistían a una institución educativa de carácter público de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá. Se observó en el 25% del total de la población comportamientos internalizados y en un 28% comportamientos externalizados. El análisis por sexo mostró en el 26% de las niñas y en el 24% de los niños conductas internalizadas y en el 22% de las niñas y el 26% de los niños conductas externalizadas, resultados coherentes con lo encontrado por Rescorla et al. (2007, 2012), en muestras internacionales, y por Slapaki et al. (2002), en su estudio en Argentina con respecto a que las niñas presentan más conductas internalizadas que los niños en este rango de edad. Al comparar estos

resultados con los estudios epidemiológicos realizados sobre la salud mental infantil en el mundo, se perciben porcentajes superiores. Seguramente estas diferencias están relacionadas con el hecho que las poblaciones de niveles socioeconómicos bajos tienen más riesgo de presentar problemas psicológicos por lo tanto, obtienen puntajes mayores en las conductas internalizadas y externalizadas en el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2007b). De esta manera, se confirma los efectos del nivel socioeconómico en la presentación de los problemas psicológicos.

Hewitt, Jaimes, Vera y Villa (2012), estudiaron la prevalencia de las conductas internalizadas y externalizadas en una muestra de 1531 niños y niñas, de 6 a 18 años, escolares normales, de niveles socioeconómicos bajos, medios y altos, procedentes de las 5 regiones de Colombia. Identificaron, en el 5.1% de los niños y niñas de 6 a 11 años, y el 5.3% de 12 a 18 años, conductas externalizadas en rango clínico y, en el 5.4% de 6 a 11 años, y el 11.4% de 12 a 18 años conductas internalizadas en el mismo rango. Estos resultados confirman lo encontrado por Rescorla et al. (2007) con respecto a que a mayor edad se incrementa la presencia de las conductas internalizadas tanto en los niños como en las niñas.

De otro lado, aparentemente, los porcentajes de este estudio contrastan con los reportados en el estudio de salud mental en adolescentes (5.5% para trastornos afectivos, 5.3% para trastorno de ansiedad), sin embargo, es de señalar que no es factible compararlos dado que el 11.4% de conductas internalizadas reporta la presencia de los problemas ansioso/depresivo, aislado/depresivo y quejas somáticas. Por otra parte, la diferencia en los porcentajes con respecto a los otros estudios realizados en Colombia, puede estar relacionada con que esta muestra abarcó niños de diferentes niveles socioeconómicos y de diferente procedencia o contextos culturales, lo que implicaría analizar el efecto de estas variables en esta muestra poblacional.

Finalmente, los estudios citados muestran que en Colombia también hay una alta tasa de prevalencia de los problemas externalizados e internalizados en niños y niñas, lo que puede estar relacionado con las circunstancias adversas en las que se desarrolla este grupo poblacional como son la pobreza, los niveles socioeconómicos bajos, los

ambientes familiares disfuncionales, el nivel cultural y educativo de las familias entre otros, aspectos que ameritan investigarse.

### **2.3 Factores asociados a la presencia de problemas de banda ancha y de banda estrecha**

Los estudios han concluido que existen múltiples factores asociados al desarrollo y mantenimiento de los problemas de banda ancha (conductas externalizadas e internalizadas) y de banda estrecha (síndromes psicopatológicos). Los factores que aportan al desarrollo y mantenimiento de dichos problemas han sido agrupados en individuales, familiares y socioculturales (Betancourt y Andrade, 2008; Church, Jagers y Taylor, 2012; Crawford, Schrock y Woodruff-Borden, 2010). A continuación se hace la descripción de cada uno de ellos.

#### **2.3.1 Factores individuales**

Los factores individuales como el temperamento, el sexo, la edad, la autoestima, el autocontrol, la regulación emocional, la emocionalidad, las conductas de apego, y las características cognitivas de los niños, están asociados con la presencia de conductas externalizadas (Batum y Yagmurlu, 2007; McMahon, 2006), e internalizadas (Betancourt y Andrade, 2008; Crawford et al., 2011; Dodge y Pettit, 2009; Flouri, 2010; White y Renk, 2012).

De los factores individuales mencionados, las investigaciones han señalado la importancia del temperamento como un factor predictor de los comportamientos internalizados y externalizados (Eisenberg et al. 2000, 2001). El temperamento tiene un componente biológico y se refiere a las disposiciones básicas y relativamente consistentes inherentes en la persona. Se ha entendido como un rasgo asociado con la reactividad, la emocionalidad y la regulación emocional (Rothbart, Ahadi, Hersey y Fisher, 2001). Los niños que tienen dificultades con el autocontrol y la regulación emocional frecuentemente manifiestan comportamientos internalizados y externalizados (Laghi, Baiocco, Cannoni, Di Norcia, Baumgartner y Bombi, 2013). Los niños con reactividad emocional negativa (respuestas de ira, frustración y hostilidad) son

propensos a presentar comportamiento externalizados (Eisenberg et al., 2011); mientras que los niños con emocionalidad negativa (ansiedad, depresión, afecto negativo) en los años pre-escolares tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas internalizadas durante la niñez intermedia y la adolescencia (Batum y Yagmurlu, 2007; Betancurt y Andrade, 2008; Crawford et al., 2011)

Adicionalmente se ha demostrado que los niños con alta reactividad y baja regulación emocional son más vulnerables a experimentar síntomas de desórdenes internalizados como ansiedad y depresión (Crawford et al., 2011) por el contrario, los niños con un estilo temperamental desinhibido más probablemente desarrollan problemas externalizados como la agresión (Bayer et al., 2011).

Con relación al sexo, se ha evidenciado que ser varón es un factor predictor de los problemas de tipo externalizado y ser mujer de las conductas internalizadas (Aláex et al., 2000; Achenbach y Rescorla, 2001; Betancourt y Andrade, 2008; Rescorla et al., 2012). En referencia a la edad, se encuentra que a mayor edad, hay mayor probabilidad de los problemas internalizados en las mujeres y menor probabilidad de problemas externalizados tanto en las mujeres como en los varones (Leve et al., 2005).

De otro lado, se ha documentado también que el autoconcepto negativo y la baja autoestima son factores de riesgo tanto en niños como en niñas en el inicio de la adolescencia tanto para las conductas internalizadas como para las externalizadas (Lee y Stone, 2012). La investigación ha mostrado una relación fuerte y negativa entre la baja autoestima y los comportamientos externalizados a través del reporte de los padres y maestros y del autorreporte de los niños y adolescentes; la autoestima global a los 11 años se asocia con los problemas externalizados a los 13 años (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt y Caspin, 2005)

Además, se ha demostrado que los niños que han experimentado una pérdida importante, privación afectiva durante la infancia (Lemos, 2003) o que tienen desórdenes atencionales, de aprendizaje o de conducta corren mayor riesgo de presentar conductas internalizadas (Cunningham y Ollendick, 2010). Se ha señalado también que

la discapacidad cognitiva es un factor asociado a la presencia de comportamientos externalizados como agresión, desobediencia y oposicionismo (Embregts, Grimbel du Bois, Graef, 2010).

### **2.3.2 Factores familiares**

La exposición a la violencia intrafamiliar, al conflicto parental, convivir con un único padre, pertenecer a hogares de padres separados, la exposición a estilos de crianza basados en el control o castigo, la depresión de los padres, la comunicación inadecuada, la respuesta y la expresión afectiva y los roles pocos claros dentro de la familia son predictores tanto de los problemas de banda ancha y de los problemas de banda estrecha (Barber, Ball y Armistead, 2003; Bayer, 2011; Cova, Maganto y Melipillán, 2005; Crawford et al., 2011; Renner, 2012; White y Renk, 2012).

Las estrategias de crianza utilizadas por los padres se relacionan con la presencia de problemas de banda ancha (comportamientos internalizados y externalizados) y de banda estrecha (Bayer et al., 2011). Se ha probado que los niños desarrollan problemas de banda ancha del tipo de conductas externalizadas o internalizadas, cuando sus padres o cuidadores responden de manera inapropiada a su comportamiento, especialmente cuando el niño tiene un temperamento difícil (Barber, Ball, y Armistead, 2003; Bayer et al., 2011; Dwary y Achoui, 2010; Van der Bruggen, Stams, Bögels y Paulusen-Hoogeboom, 2010).

Las prácticas disciplinarias basadas en el castigo predicen en los varones problemas internalizados y en las mujeres problemas externalizados (Leve et al. 2005). No obstante, también se ha encontrado que el castigo corporal junto con el maltrato físico predice comportamientos acting out en los varones y síntomas depresivos en la niñas (Church et al., 2012).

Los niños con problemas severos de banda estrecha como los trastornos de ansiedad, hacen parte de ambientes familiares que incluyen componentes de control psicológico parental (comportamiento pasivo agresivo que es hostil hacia el hijo) y rechazo (Soenens y Vansteenkiste 2010), lo que señala que el control psicológico tiene

una fuerte relación con los problemas internalizados como la depresión y las conductas de introversión o aislamiento (Barber et al., 2003; Betancour y Andrade, 2008; Soenens y Vansteenkiste 2010; Soenens, Park, Vansteenkiste y Mouratidis, 2012; Van der Bruggen et al., 2010). Por el contrario, un alto apoyo parental predice un menor número de problemas internalizados y externalizados (Amato y Fowler, 2002; Oliva, Parra, Sánchez y López, 2007).

Así mismo, las estrategias de control utilizadas por los padres basadas en control psicológico y conductual (conductas como críticas excesivas, invalidación de sentimientos, comportamientos de supervisión y monitoreo), propician la presentación de conductas internalizadas (Soenens y Vansteenkiste 2010; Soenens et al., 2012) y externalizadas (Betancourt y Andrade, 2010).

Algunos padres son más laxos e inconsistentes en su disciplina y toleran comportamientos como la desobediencia y las pataletas, mientras que otros son hostiles y punitivos. Los niños de padres autoritarios que ejercen alto control, y de padres permisivos que ejercen bajo control pueden presentar tanto problemas emocionales como de comportamiento (Dwairy y Achoui, 2010). Muchos padres que tienen patrones de crianza basados en el castigo físico, presentan en sus relaciones con los hijos lo que se ha denominado ciclos coercitivos (Patterson y Reid, 1984) en los cuáles ante la conducta perturbadora de sus hijos responden con conductas violentas lo que a su vez origina el incremento del comportamiento perturbador (Dwairy y Achoui, 2010).

De otro lado, la tendencia de los padres a percibir y a creer que sus hijos son agresivos, intencionalmente desobedientes e irritables, lleva a que los niños presenten comportamientos externalizados e internalizados y problemas de banda estrecha (Johnston y Oham, 2005).

Igualmente, se ha observado que los conocimientos o expectativas inapropiadas acerca del desarrollo y del comportamiento del niño (Klevens et al. 1998; Hewitt, 2005) al igual que los estilos paternos autoritarios, caracterizados por un uso mayor de castigos, amenazas y agresión, y menor uso de razonamiento y afecto (Black,

Shumacher, Slep y Heyman,1999; Hewitt. 2005; Klevens, Bayón y Sierra, 2000; National Research Council, 1993; Peterson, 2000) contribuyen al desarrollo y mantenimiento de conductas externalizadas e internalizadas en los niños y niñas.

Otro de los factores del ambiente familiar que se asocian con los problemas de banda ancha y banda estrecha es el conflicto marital, que generalmente implica violencia doméstica y maltrato infantil. Los niños víctimas de violencia doméstica y maltrato infantil están en riesgo de diferentes formas de desadaptación (Lee y Bukowski, 2012). El conflicto familiar se ha asociado con los problemas externalizados como la agresión y con los problemas internalizados como la depresión y la ansiedad (Ja Oh, Lee, Park, 2011). Los niños que reportan un nivel alto de conflicto marital manifiestan más problemas de comportamiento externalizados e internalizados junto con síntomas depresivos (Crawford et al., 2011; Ja Oh, Lee, Park, 2011). Del mismo modo, se ha demostrado que el conflicto marital se asocia con los síntomas internalizados en niños de 5 a 17 años y predice los síntomas externalizados en niños de 8 a 11 años (Gordis, Margolin y John, 2001).

En esta misma línea, los altos niveles de estrés de los padres (en relación con su competencia como padres), los bajos niveles de cohesión familiar y la presencia de conflicto familiar, también están relacionados con mayor riesgo de problemas internalizados a la edad de 6 a 11 años (Bayer, 2011; Lucia y Breslau, 2006). La cohesión familiar está relacionada con mejores niveles de comunicación, funcionamiento individual, e incremento en la autoimagen lo que se relaciona con un buen ajuste en los hijos (Church et al., 2012). Adicionalmente, se ha comprobado que la sobreprotección paterna genera síntomas internalizados en los niños y niñas (Bayer, 2011) y las características de los padres como la depresión, predice el incremento de problemas externalizados en los niños e internalizados en las niñas (Leve et al. 2005). Los padres depresivos interactúan de forma hostil e intrusiva con sus hijos y los exponen a comportamientos, cogniciones y afectos negativos que colocan al niño en riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Cents et al., 2011).

### **2.3.3 Factores socioculturales**

Las variables de tipo social y económico como un bajo nivel socioeconómico, la pobreza y la mínima seguridad en el vecindario en el que vive la familia, el fracaso y la deserción escolar, las relaciones deterioradas con los pares, y los bajos niveles de socialización se relacionan con comportamientos externalizados (White y Renk, 2012). De hecho, el contexto cultural puede ser un factor crítico en esta área de investigación (Ulu y Fisiloglu, 2003). Se sabe que los valores familiares, las practicas parentales y la socialización cambian de una cultura a otra y se relacionan de forman diferencial con la presencia o no de conductas externalizadas e internalizadas (Crawford et al., 2011).

Las investigaciones han corroborado que la pobreza contribuye a la presentación de comportamientos de agresión, depresión, ansiedad, fracaso y deserción escolar (DeCarlo y Wadsworth, 2011). La pobreza se asocia tanto con la manifestación de problemas internalizados como externalizados, aunque el tipo de efecto no es equivalente en ambos casos (Cova et al., 2005). De hecho, es mucho más clara la existencia de causación social en relación con los trastornos de conducta y oposicionista que con los trastornos de ansiedad o depresivos (Cova et al., 2005; Costello, Comptom, Keeler y Angold, 2003).

La pobreza es un factor predictor de desajuste emocional y comportamental en los niños y en las familias debido que en la vida de grupos poblacionales de bajos ingresos co-ocurren diferentes estresores como la exposición a la violencia, el desempleo, el deterioro en las relaciones familiares, la discriminación, el constante cambio de residencia, la falta de cohesión con los vecinos y la alta criminalidad, aspectos que contribuyen a un pobre funcionamiento psicológico (DeCarlo, Wadsworth y Stump, 2011; Wadsworth et al., 2008).

Los modelos ecológicos señalan que las características de los vecindarios o zonas de vivienda predicen el ajuste comportamental. Por ejemplo, vivir en vecindarios de bajo nivel socioeconómico y en zonas inseguras, se ha catalogado como un predictor de comportamientos externalizados en niños y en adolescentes (White y Renk, 2012). En estos contextos hay diferencias en cuanto a la calidad de las escuelas, los modelos de

roles, la características de los amigos, la actividad recreacional que influyen en la vida y en los comportamientos de niños y adolescentes (Schonberg y Shaw, 2007).

Una vez expuestos los factores asociados a los problemas de banda ancha y banda estrecha se concluye que la investigación indica que los factores individuales, familiares y socioculturales aportan a la presencia, desarrollo y mantenimiento de estos problemas psicológicos. Se observa que la mayoría de los estudios han identificado el aporte de cada uno de estos factores a los problemas externalizados o internalizados, sin embargo, poco se ha estudiado el impacto desde una aproximación integral de estos factores (Crawford et al., 2011).

### **CAPITULO 3**

#### **MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE BANDA ANCHA Y BANDA ESTRECHA**

Existen varios modelos que explican los mecanismos que facilitan los problemas psicológicos de banda ancha y de banda estrecha es decir las conductas externalizadas e internalizadas (White y Renk, 2012). Entre esos modelos se encuentran:

a) El modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979), basado en la ecología social y desde el cual el comportamiento de los niños está influenciado por muchos contextos interrelacionados. Se ha utilizado en estudios correlacionales, longitudinales, cuasi experimentales, experimentales con grupos de comparación, grupos no equivalentes, que evalúan el efecto de los factores sociocontextuales en los problemas externalizados e internalizados y las influencias directas e indirectas de las familias, las comunidades, las culturas y las sociedades en el comportamiento de niños y adolescentes especialmente en desventaja económica (Mason, Cauce, González, Hiraga y Grove, 1994; McCarty, Zimmerman, Digiuseppe, Christakis, 2005; Muris, Meesters y van den Burg, 2003; Roelofs, Meesters, Huurne, Bamelis, y Muris, 2006; White y Renk, 2012).

b) El modelo cognitivo-social (Bugental y Johnston, 2000) que sustenta la influencia de las atribuciones y creencias de los padres en el comportamiento de los niños. Se ha aplicado a la investigación del rol de las cogniciones de los padres (las atribuciones, creencias y expectativas con respecto a sí mismo como padres, a sus hijos y a los niños en general) en los procesos de crianza, y en sus efectos en el comportamiento de los niños (Bugental y Johnston, 2000; Bugental, 2009; Grusec, 2010; Hewitt, 2005; Milner, 2003).

c) Los modelos de regulación emocional y comportamental (Batum y Yagmurlu, 2007) que señalan que la regulación emocional y comportamental predicen tanto los comportamientos externalizados como internalizados. Este modelo se ha utilizado en

estudios empíricos longitudinales y transversales, de laboratorio, con medidas de auto-reporte, y psicofisiológicas, para determinar la relación existente y el rol de la regulación emocional y los niveles de ansiedad, depresión, ira, afecto negativo, reactividad negativa en niños y adolescentes, al igual que las influencias de la edad, el sexo, la relación con los padres y pares (Batum y Yagmurlu, 2007; Eisenberg, et al., 2001; Neumann, van Lier, Frijas, Mecus, Koot , 2011).

d) Los modelos biopsicosociales (Gottlieb, 2003; Liu, 2004) que afirman que tanto las características biológicas como los contextos socioculturales colocan a los niños en riesgo. A partir de investigaciones empíricas han estudiado los orígenes de las conductas externalizadas específicamente la conducta antisocial, incluyendo variables como la genética, (Eaves et al, 2000); el sistema nervioso autónomo (Raine y Liu, 1998); el temperamento (Rothbart y Bates, 1998) y factores situacionales (Pagan y Wilkinson, 1997).

e) El modelo transaccional del desarrollo (Sameroff y Chandler, 1975), que parte del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) y su énfasis central es en los efectos bidireccionales e interdependientes del niño con el ambiente. Desde este modelo, se han realizado investigaciones prospectivas, correlacionales, de laboratorio, experimentales y cuasi-experimentales, para analizar los efectos bidireccionales del ambiente como son la pobreza, las características de la familia, la estructura familiar, el nivel educativo de los padres, los estilos de crianza, en el comportamiento de niños pre-escolares, escolares y adolescentes (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005; Martínez y García, 2012; Pearl, French, Dumas, Moreland, Prinz, 2012; Sameroff, 2009).

A continuación se hará una descripción de los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social, y de regulación emocional, puesto que estos modelos han explicado con base en los resultados de la investigación empírica y desde sus énfasis específicos (relaciones bidireccionales ambiente–niño; cogniciones de los padres y regulación emocional) el desarrollo y mantenimiento de las conductas externalizadas e internalizadas en niños en etapa escolar. Por lo tanto, serán los modelos en los que se basa la configuración relacional integrada que se determina en este estudio para la

explicación de la presencia de las conductas de banda ancha y banda estrecha en niños de 8 a 12 años de edad cronológica.

### **3.1 Modelo transaccional del desarrollo**

#### **3.1.1 Origen y desarrollo del modelo transaccional del desarrollo**

Los modelos transaccionales hacen parte de la psicología del desarrollo y han sido útiles para identificar las influencias contextuales sobre el desarrollo de niños y adolescentes y específicamente sobre la psicopatología del desarrollo. Los modelos transaccionales más conocidos son el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), el modelo transaccional del desarrollo de Sameroff y Chandler (1975) y el modelo ecológico transaccional de Cichetti y Lynch (1993), que permite comprender los factores de riesgo asociados al maltrato. Es un marco dinámico que reconoce la complejidad de los sistemas familiares y permite evaluar los procesos involucrados en la etiología y consecuencias de la violencia y del maltrato infantil (Cichetti, Toth y Maughan, 2000).

El modelo transaccional del desarrollo fue propuesto e investigado por Arnold Sameroff desde el año 1975, quien a través de estudios longitudinales ha examinado las relaciones transaccionales entre las características de los niños y adolescentes y las características ambientales (características familiares, escolares, socioeconómicas, comunitarias, del vecindario) que contribuyen a su salud mental y a la psicopatología.

Parte del modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner en la década de los setenta para abordar la psicología del desarrollo, el que ha sido útil en la comprensión de las influencias contextuales y la importancia de los ambientes en el desarrollo de los niños y en la explicación de la psicopatología del desarrollo (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005; Martínez y García, 2012). Este modelo ecológico entiende el desarrollo como un cambio permanente en la forma en que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él. Señala que el concepto de “ambiente” se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencia que se ejerce sobre

ellos desde entornos más amplios, como la familia, los pares, la comunidad y la cultura (Bronfenbrenner, 1977b). Establece la organización ambiental en las categorías de microsistemas, mesosistemas, exosistemas y macrosistemas, y entiende el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente (Bronfenbrenner, 1979). Este modelo logra un cambio en cuanto a la perspectiva de desarrollo humano sin embargo, la especificación de las intervenciones ecológicas en todos los niveles plantea muchos desafíos (García, 2001).

El modelo transaccional del desarrollo surge inicialmente como respuesta a la atención de los niños que presentan complicaciones perinatales, posteriormente, el análisis de los estudios sobre maltrato infantil, estilos de crianza y temperamento, con grupos de niños de diferentes ambientes y niveles socioeconómicos llevó a los investigadores a replantearse el tipo de relaciones y de predicciones que se daban entre el ambiente y el niño (Sameroff y Chandler, 1975). Es entonces, a partir de la investigación sobre el temperamento (Thomas, Chess, Birch, Herzig y Korn, 1964), que se propone por primera vez un camino evolutivo transaccional para los niños que tenían temperamentos difíciles, quienes estimulan pautas de crianza poco adaptativas, lo que a su vez genera problemas conductuales posteriores (Martínez y García, 2012; Sameroff y Chandler, 1975).

El modelo transaccional original usado para explicar el desarrollo humano consistía en una aproximación teórica acerca de la relación entre cualquier ser viviente y su experiencia (Sameroff, 1983, 2009; Sameroff y Fiese, 1990). Se preocupaba por la relación entre la naturaleza y la crianza. Conceptualmente, se soportaba en un modelo organísmico del desarrollo (Sameroff y Fiese, 1990) que enfatizaba en la relación dinámica entre el individuo y el contexto y era coherente con la teoría contemporánea general de sistemas (Sameroff, 1983; Sameroff y Mackenzie, 2003). El problema de dicho modelo es que tenía un énfasis interaccional, y consideraba al niño y al ambiente como variables estáticas cuando en realidad eran dinámicas (Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff y Fiese, 2000). Se conoce que los niños están en un estado de reorganización continua y activa por lo tanto, no mantienen los rasgos o hábitos del nacimiento como una característica estática (Sameroff, 2009, 2010).

En respuesta a esta propuesta específicamente interaccional, el modelo transaccional, propone que tanto el ambiente como los niños son de carácter plástico y moldeable y los niños son participantes activos en su desarrollo, de esta forma, los cambios en el desarrollo son producto de la combinación de las características individuales con la experiencia que se tenga con el contexto (Sameroff y Chandler, 1975), es decir que son definidos por los cambios en la forma en que el niño interactúa con la experiencia (Makenzie, Kotch, Lee, Ausperger y Hutto, 2011; Martínez y García, 2012; Sameroff, 2009; Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff y Fiese, 1990, 2000).

### **3.1.2 Aspectos centrales del modelo transaccional del desarrollo**

El modelo transaccional del desarrollo (Sameroff y Chandler, 1975) es fundamental para comprender los procesos recíprocos y dinámicos por medio de los cuales se da la interacción entre los diferentes sistemas planteados por el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Se concibe como una nueva mirada del desarrollo, de la psicopatología y de la intervención infantil, que permite comprender la adquisición y mantenimiento de toda clase de repertorios comportamentales dentro de las situaciones de interacción, incluyendo los problemas de ajuste comportamental moderados y severos (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005; Sameroff y Fiese, 2000). Su desafío es el salto entre la teoría y la investigación empírica, con el fin de operacionalizar los principios teóricos (Sameroff y MacKenzie, 2003).

Este modelo, enfatiza en la relación dinámica entre el niño y el contexto a través del tiempo, así, los niños son afectados por sus ambientes y a su vez ellos también cambian esos ambientes. Lo que implica un proceso recíproco que incorpora interacciones y transacciones dinámicas, bidireccionales y continuas del niño y la experiencia ofrecida por la familia y su contexto social de acuerdo con los principios contemporáneos de la teoría de sistemas (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005; Sameroff, 1983; 1987; 2000; Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff y MacKenzie, 2003).

## **Interacciones y Transacciones**

Las interacciones involucran dependencia de tal forma que la actividad de un elemento se correlaciona con la actividad del otro. Las transacciones implican transformaciones en el individuo y en los contextos, de esta forma, son más que efectos lineales o mutuos (Fogel, 2009). Por lo tanto, cuando hay una transacción la actividad de un elemento cambia la actividad usual del otro, cuantitativamente incrementa o disminuye el nivel de respuesta usual o cualitativamente lleva al inicio de una nueva respuesta (Fogel, 2009; Sameroff, 2009; 2010). Las transacciones señalan que las características de un individuo moldean sus experiencias y recíprocamente, las experiencias moldean las características del individuo a través del tiempo (Fogel, 2009). Cuando los niños afectan a los padres (efectos del niño) o los padres afectan al niño (efectos del padre), se dan transacciones de dos vías o bidireccionales (Bornstein, 2009; Sameroff, 2009; Sameroff y Feese, 2000).

Por consiguiente, durante las interacciones y transacciones diádicas, o relaciones recíprocas, los niños y los padres se ocupan en intercambios circulares y fluidos mediante los cuales el niño instiga a los padres a responder y las respuestas de los padres alteran el comportamiento del niño (Maccoby, 1992), esto a su vez lleva a comportamientos adaptados o desadaptados en los niños (Sameroff, 2009). El padre y el niño traen características diferenciales, pero cada uno cambia como resultado de las interacciones con el otro, tanto el padre como el niño entran en la siguiente interacción con un cambio (Bornstein, 2009). Entonces el desarrollo está en función del individuo y del ambiente del individuo pero no en función de cada uno en forma independiente (Sameroff, 2009). Las transacciones también dependen de otros factores como por ejemplo de lo que los padres piensan sobre los niños, y viceversa (Martínez y García, 2012).

Por otra parte, se debe mencionar que el ambiente está compuesto de subsistemas que no solo tienen transacciones con el niño, sino que también tienen transacciones entre sí, como por ejemplo la familia y la escuela. En la medida en que se multiplican los ambientes, también se multiplican las posibilidades transaccionales (Sameroff, 2009).

El mismo ambiente no influye por igual en todos los niños y niñas, sino que se adapta a cada niño o niña (Sameroff y Fiese, 1990); por lo tanto, el propio niño o niña se convierte en un determinante de las experiencias y posibilidades de las que dispone a lo largo de su desarrollo (Martínez y García, 2012).

El modelo se ha aplicado al estudio de variables como: a) Las características ambientales en las que vive el niño (tipo de familia, tipo de escuela), c) el procesamiento cognitivo de los padres, d) las relaciones padres hijos y e) los efectos del contexto y la escolarización (McDonald, 2010). De igual forma, se ha usado como base para muchos programas de intervención con el objeto de mejorar los resultados del desarrollo de los niños y las familias (Sameroff, McDonough y Rosenblum, 2004).

### **3.1.3 Modelo transaccional del desarrollo y problemas de banda ancha y banda estrecha**

Desde el modelo transaccional, se han estudiado las condiciones ambientales y el desarrollo de la psicopatología en niños y adolescentes, de tal forma, se ha analizado el impacto de las condiciones específicas de la vida familiar en la psicopatología del desarrollo, así como el efecto de la adversidad y de la disfunción familiar en la generación de conductas externalizadas e internalizadas (Cova, Maganto y Melipillán, 2005).

Los estresores relacionados con la pobreza tales como la violencia, el estrés económico, las relaciones familiares deterioradas, la discriminación, afectan ampliamente la vida de los niños y las familias, puesto que contribuyen a un pobre funcionamiento psicológico (DeCarlo y Wadsworth, 2011; Wadsworth et al., 2008) Estos estresores ambientales llevan a consecuencias negativas en los niños, tales como síntomas de depresión, ansiedad, agresión y desempeño escolar deficiente (DeCarlo y Wadsworth, 2011; Grant et al., 2003).

A continuación se describen los efectos y relaciones de estresores tales como la pobreza, las características del vecindario y la estructura familiar en el comportamiento de los niños.

**La pobreza.** Se ha encontrado que la pobreza se asocia tanto con problemas internalizados como externalizados, aunque el efecto no es igual en los dos casos. Es mucho más clara la relación con los comportamientos oposicionistas y los problemas de conducta que con los problemas de ansiedad o depresión (Costello, Comptom, Keeler y Angold, 2003). Los estudios han reportado tasas altas de problemas de conducta externalizada en niños de familias de bajos niveles socioeconómicos (Lansford et al., 2011; Webster-Stratton, Hollingsworth y Kolpacoff, 1989), lo que posiblemente es resultado de las diferencias en el tipo de prácticas de crianza y en la capacidad de afrontamiento ante los diferentes estresores (DeCarlo y Wadsworth, 2011; Lansford et al., 2011). Estudios con adolescentes de 12 a 15 años, en los que se ha analizado la variable clase social han mostrado que los adolescentes de niveles socioeconómicos más bajos tienen mayor probabilidad de presentar delincuencia, depresión, comportamiento obsesivo-compulsivo, problemas somáticos y retraimiento (Tur, Maestre y Del Barrio, 2004).

Las familias de bajos niveles socioeconómicos tienden a ser más vulnerables a presentar una pobre salud mental y por lo tanto, niveles más altos de psicopatología (ej. síntomas de depresión) y niveles bajos de autoeficacia y autocontrol lo que afecta la calidad de su paternidad (Pearl, French, Dumas, Moreland y Prinz, 2012). Generalmente, en estas familias hay diferentes condiciones adversas (escaso nivel educativo, poco apoyo social, insatisfacción laboral, amistades y vecinos en condiciones similares) que afectan su interacción y convivencia y por ende propician el desarrollo de problemas de conducta internalizadas y externalizadas en los hijos (Tur et al., 2004).

**Características del vecindario.** Las características del vecindario (vivir en una comunidad insegura y/o pobre) y del contexto sociocultural en el que se vive también están relacionadas con los problemas de comportamiento externalizado en los niños y adolescentes. La investigación ha mostrado que existe una asociación entre vivir en comunidades de bajos niveles socioeconómicos y la presencia de comportamiento agresivo (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000; White y Renk, 2012). El tipo de vecindario y el nivel socioeconómico tiene efectos directos e indirectos en los problemas

externalizados. Las características de los ambientes escolares, de los compañeros, y el tipo de actividades recreacionales tienen efectos directos en dichos comportamientos externalizados (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000). Los efectos indirectos son proporcionados por la exposición al estrés familiar y los eventos negativos de la vida que llevan a estrategias disciplinarias y de crianza inadecuadas (Tolan, Sherrod, Gorman-Smith y Henry, 2004).

**Estructura familiar.** Con respecto a la estructura familiar (familias monoparentales, nucleares, padres separados, crianza por los abuelos), se ha evidenciado que las familias con un solo padre o monoparentales son ambientes poco óptimos para la socialización y el desarrollo de los niños. Son pocas las investigaciones que han estudiado la crianza en familias monoparentales como predictoras de problemas de comportamiento en los niños, las que han encontrado que la relación entre la crianza con un solo padre y el desarrollo de comportamientos externalizados difiere dependiendo del grupo étnico. Esta relación ha sido encontrada en estudios con familias europeas, y americanas, los resultados en niños del África han sido mixtos y pocos estudios han analizado esta relación en niños latinos (Tichovolsky, Arnold y Baker, 2013).

Las familias monoparentales se caracterizan por contar con pocos recursos financieros, mayor exposición a eventos que incrementan el estrés de la vida y vivir en contextos caóticos, situaciones que aumentan el riesgo de los problemas psicológicos (Burt, Barnes, McGue y Iacono, 2008; Tur et al., 2004), en comparación con vivir en familias con ambos padres (Moore, Vandivere y Redd, 2006). Vivir con un solo padre genera en los niños y adolescentes más problemas externalizados (Amato y Gilbreth, 1999; Luoma et al., 1999; Vanassche, Sodermans, Matthijs y Swicegood, 2013); más consumo de alcohol y uso de drogas (Hoffman, 2002; Vanassche et al., 2013); y más conductas delictivas (Demuth y Brown, 2004). Estos comportamientos externalizados se presentan en gran parte por el control paternal que es común en estas familias (Amato y Cheadle, 2008; Flouri, 2010; Galambos, Barker, y Almeida, 2003). Por el contrario, los problemas de comportamiento internalizados que se presentan más en las niñas de hogares monoparentales se relacionan con la falta de apoyo que encuentran en los cuidadores (Bean, Barber y Crane, 2006). La investigación indica consistentemente que

existe una relación entre el apoyo de los padres y el ajuste psicológico de sus hijos. La carencia de apoyo, y la sobreprotección promueven el riesgo de problemas de comportamiento internalizado y externalizado en los niños, específicamente en lo referido a comportamientos agresivos (White y Renk, 2012).

En esta misma línea, se ha encontrado que los niños criados en hogares de padres separados tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta, agresión y comportamientos internalizados, depresivos y ansiosos (Amato y Cheadle, 2008; Averdijk, Malti, Eisner y Ribeaud, 2012). Los estudios muestran que la separación de los padres incrementa los problemas de comportamiento en la infancia media y en la preadolescencia (Magnuson y Berger, 2009). Esto se explica dado que la separación de los padres hace parte de los estresores de vida que guían a dificultades económicas y al deterioro de la tarea de la paternidad lo que afecta no solo el ajuste psicológico de los niños sino el de los padres que están a cargo de su manejo y crianza (Amato y Cheadle, 2008). Adicionalmente, se ha encontrado que los hogares de padres separados se caracterizan porque los niños se exponen a una secuencia de eventos estresantes que se presentan desde antes de la separación física y que se mantienen en el tiempo (Magnuson y Berger, 2009). Esta situación reduce la posibilidad de una paternidad basada en el apoyo, y en la supervisión y monitoreo de los niños lo que incrementa la probabilidad de la presencia de comportamientos agresivos y de los comportamientos internalizados (Averdijk, Malti, Eisner y Ribeaud, 2012; Magnuson y Berger, 2009).

La crianza de los niños por parte de los abuelos, situación que últimamente se presenta con mayor frecuencia a causa de la separación o el abandono de los padres, el maltrato infantil, el consumo de sustancias, o las situaciones laborales (Smith, Palmieri, Hancock y Richardson, 2008), lleva al desarrollo de problemas de comportamiento y emocionales porque muchos de estos niños han estado expuestos a situaciones adversas. Los resultados de los pocos estudios realizados sobre este campo muestran que en estos niños se incrementan los problemas de comportamiento (Campbell, Hu y Oberle, 2006). Cuando se han comparado los niños criados por los abuelos con niños criados en hogares monoparentales y los criados en familias nucleares (ambos padres) se identifica que los primeros presentan niveles más altos de problemas de comportamiento y

emocionales (Smith y Palmieri, 2007). Esto puede explicarse porque comparado con otros cuidadores las abuelas tienden a ser mayores (57 años o más) y están enfrentadas a un evento estresante en un momento tardío de su vida, lo que afecta el bienestar de los niños y por ende lleva a problemas emocionales y comportamentales (Kelley, Whitley y Campos, 2011).

En conclusión, las relaciones recíprocas que se pueden presentar entre las características ambientales y el niño, y el impacto de la sociedad sobre esos ambientes y los individuos, ejerce un papel significativo en el desarrollo de los comportamientos internalizados y externalizados. Los niños experimentan influencias directas e indirectas de sus familias (padres y del papel de la familia), sus comunidades (escuelas, compañeros y otras instituciones), y de sus culturas y sociedades (valores, actitudes, grupos étnicos) que influyen en la presencia o no de conductas internalizadas y externalizadas (White y Renk, 2012).

## **3.2 Modelo Cognitivo-Social**

### **3.2.1 Origen y desarrollo del modelo cognitivo social**

Los modelos cognitivos sociales surgen en los años 80 con el fin de describir los mediadores cognitivos del comportamiento (Dubow, Huesmann y Boxer, 2009). Se fundamentan en las teorías del aprendizaje social y en la teoría cognitiva social desarrollada por Bandura y Mischel (Bandura, 1986; Mischel, 1973); en las propuestas de los guiones cognitivos, los esquemas cognitivos y las creencias normativas de Huesmann (1998) y en los análisis de las percepciones y en las atribuciones de Crick y Dodge (1994). Todas estas posturas enfatizan en el rol central del procesamiento de información y su relación con el comportamiento (Dubow et al., 2009).

Estos modelos se han aplicado en la explicación del papel central de las cogniciones en las interacciones familiares, en el rol de los estilos de crianza y en el desarrollo de los problemas psicológicos en los niños (comportamientos internalizados y externalizados) objeto de estudio de esta investigación (Bugental y Johnston, 2000;

Bornstein, Hahn, y Haynes, 2011; Milner, 2003; Slep, O'Leary, 1998; Sigel y McGillicuddy-DeLisi, 2002).

Entre los modelos cognitivos sociales que estudian la interacción de las cogniciones parentales (atribuciones, creencias y expectativas) y los comportamientos de los niños se encuentran el modelo de procesamiento de información social acerca del cuidado maternal (Azar y Twentyman, 1986; Azar, Reitz y Goslin, 2008) y el modelo cognitivo social de las cogniciones parentales (Bugental y Johnston, 2000; Dix, Ruble, Grusec y Nixon, 1986; Twentyman, Rorhbeck y Amish, 1984; y Weiner, 1986, 1993), que es el más reconocido y de mayor influencia en este campo.

El modelo de procesamiento de información social acerca del cuidado maternal plantea tres elementos críticos para comprender la tarea de la crianza que son: 1) los esquemas, 2) el funcionamiento ejecutivo, y 3) las atribuciones y las evaluaciones. Además, considera la influencia recíproca de los factores contextuales (cultura, apoyo social, vecindario, características de los padres y del niño) que interactúan con la cognición para producir las respuestas propias de la crianza (Azar et al., 2008).

Este modelo es lineal, sin embargo, cada transacción entre el padre, el contexto y el niño puede llevar a un reciclaje en el sistema cognitivo de los padres que resalta el rol dinámico de las cogniciones en las respuestas de ellos (Azar, 2002; Azar et al., 2008). En cada interacción pueden producirse emociones, que activan nuevas redes de estructuras de conocimiento (el autoesquema, cogniciones con respecto al niño, cogniciones acerca de la crianza) que a su vez influyen en las capacidades de funcionamiento ejecutivo y que finalmente, llevan a las evaluaciones realizadas (Azar et al., 2008). Aunque este modelo se ha aplicado con las madres, puede aplicarse también con los padres (Azar y Weinzierl, 2005).

En la misma línea, el modelo cognitivo social de las cogniciones parentales propuesto por Dix et al. (1986) y adaptado por Weiner (1986, 1993), afirma que las cogniciones parentales median la interacción entre los comportamientos de los niños y

las reacciones de los padres a esos comportamientos (Bugental y Johnston, 2000; Johnston y Ohan, 2005).

El modelo sugiere que los padres se motivan por entender las razones del comportamiento de sus niños (particularmente los comportamientos negativos o inesperados), en parte, debido a que tal comprensión es crucial para guiar los esfuerzos de socialización de los padres (Bugental y Johnston, 2000; Johnston y Ohan, 2005).

Desde la experiencia clínica y empírica las atribuciones median solo parcialmente la asociación entre el comportamiento del niño y las respuestas de los padres lo que es una de las limitaciones de este modelo (Johnston y Ohan, 2002). Las reacciones de los padres no son influenciadas solamente por el comportamiento actual del niño, sino también por otros múltiples factores como las creencias y expectativas, la personalidad y el estado afectivo de los padres y el contexto cultural y social (Borstein y Landsford, 2010). Desafortunadamente en este modelo esos otros factores son excluidos, controlados o medidos de una forma superficial o global. Un desafío para los investigadores es integrar esos múltiples determinantes de las prácticas parentales dentro de este modelo y evaluar el rol de las cogniciones de los padres dentro de una comprensión más compleja y multivariada (Johnston y Olson, 2005). Por otro lado, la linealidad del modelo es más útil como una herramienta heurística que como una muestra exacta de causalidad dentro de las interacciones padre–niño. De hecho, las relaciones entre el comportamiento del niño, las atribuciones parentales, y las reacciones de los padres son múltiples, complejas y de naturaleza transaccional (Azar et al., 2008).

Este modelo cognitivo social de las atribuciones parentales presenta solo una explicación parcial de como las atribuciones de los padres pueden operar dentro de las complejidades de las interacciones padre- hijo, sin embargo a pesar de esto, sirve para integrar y guiar la investigación en este campo (Johnston y Ohan, 2005).

### **3.2.2 Aspectos centrales del modelo cognitivo social**

El modelo cognitivo social plantea como premisa derivada del estudio de la cognición social en los adultos, que los padres tienen creencias, atribuciones, actitudes y

expectativas acerca del niño y de su crianza, del rol como cuidadores, de su propio funcionamiento en este rol, de los niños en general (como se desarrollan y que les gusta) y de sus hijos en particular, que influyen ampliamente en las competencias como padres, en las prácticas de crianza y que guían su relación con sus hijos (Azar et al., 2005; Azar, Reitz y Goslin, 2008; Bugental y Johnston, 2000; Ismail, Jo-Pei y Ibrahim, 2009; Johnston y Ohan, 2005; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Mah y Johnston, 2008).

El contexto interpersonal y físico del niño se origina dentro del contexto de los contenidos de las cogniciones de los padres. Así, el modelo estándar es que las cogniciones de los padres son la base de las prácticas parentales y de su interacción con los hijos, lo que finalmente lleva a los comportamientos que presentan los niños (Bornstein et al., 2011; Bornstein y Lansford, 2010; Ismail et al., 2009; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Samaniego, 2010). Los sesgos cognitivos y las creencias acerca de su competencia como padres están asociados con el uso de comportamientos de crianza específicos, que mantienen los problemas de comportamiento del niño (Gavita, Joyce y David, 2011; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Slagt, Dekovic', Haan, Akker, y Prinzie, 2012).

Las cogniciones se constituyen en una serie de constructos claves involucrados dentro del proceso de la crianza (Azar, Nix y Makin-Byrd, 2005; Bornstein, et al., 2011; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Milner, 2003, Siegel y McGillicuddy-De Lisi, 2002) y en el origen y desarrollo de los problemas de los padres con los hijos específicamente en las familias de niños con problemas de conducta, conducta oposicionista, comportamiento hiperactivo (Johnston y Ohan, 2005) y comportamientos internalizados (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009). Se ha encontrado que la forma en que los padres piensan acerca de sus hijos afecta su comportamiento hacia sus niños y, consecuentemente, las formas en que los niños se desarrollan y se comportan (Ismail et al., 2009; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Mah y Johnston, 2008; Samaniego, 2010).

Las cogniciones de los padres son determinadas multicausalmente, ejercen funciones similares en todas las personas, sin embargo sus contenidos, énfasis y

significado varían dependiendo de la edad, el género, el nivel educativo y los contextos culturales en los cuales viven (Bornstein y Lansford, 2009; Lansford y Bornstein, 2011; Siegel y McGillicuddy-De Lisi, 2002). A través de la vida, cada persona crea ideas acerca de los niños, la paternidad, los hijos y su desarrollo (Ismail, et al., 2009). Desde el marco de sistemas ecológico de Bronfenbrenner (1979), una de las fuentes importantes de las cogniciones es el microsistema del individuo.

Todos los padres construyen y modifican sus cogniciones o pensamientos acerca de sus niños y su rol como padres a partir de su propia infancia, las experiencias de paternidad, los consejos de los expertos, las observaciones de otros padres, las experiencias con los niños, y/o las interacciones con sus hijos en particular (Azar et al., 2005; Johnston y Ohan, 2005; Ismail, et al., 2009; Kuhn y Carter, 2006).

Las cogniciones acerca del rol como padres existen antes de que nazcan los hijos y se modifican a través del desarrollo de los mismos y de las interacciones padres hijos (Gavita et al., 2011). Estas cogniciones difieren en términos de su especificidad, nivel de procesamiento, y/o contenido (Gavita et al., 2011; Johnston y Ohan, 2005). Pueden ser globales (las que son adquiridas vicariamente por todos los individuos aún por los que no son padres) o, de naturaleza particular (las que se refieren a cogniciones asociadas con el rol específico de la paternidad y el comportamiento del niño) (Gavita et al., 2011); varían en su magnitud por lo que pueden ser interpretaciones exactas u objetivas de las motivaciones del niño (algunos niños pueden actuar ciertamente para perturbar intencionalmente el tiempo de descanso de los padres) o son evaluaciones sesgadas y distorsionadas acerca de los padres o acerca de los niños (Johnston y Olson, 2005).

En el contexto de la paternidad, esas cogniciones parentales se refieren a: a) la forma como se perciben en el rol de padres y en la vida familiar (cogniciones descriptivas); b) la percepción de las razones del comportamiento del niño (cogniciones inferenciales); c) la forma en que las cosas deben ser con respecto al niño (cogniciones evaluativa –prescriptiva); o d) la evaluación de su propia competencia como padre para manejar el comportamiento del niño (cogniciones de eficacia, las que se definen como

la estimación del grado con el cual los padres se perciben a sí mismos como capaces de ejecutar las tareas asociadas con su rol de padres) (Bugental y Johnston, 2000; Gavita, et al., 2011; Hoza, et al., 2000; Slagt, et al., 2012).

Inicialmente, los investigadores que se interesaron en las cogniciones de los padres, estudiaron las creencias y expectativas de los padres con respecto a la naturaleza de los niños, por esto, sus formulaciones se centraban típicamente en el análisis consciente de los miembros de la familia, en lo que ellos sabían, pensaban y podían decir acerca de los niños (Milner, 1993, 2000, 2003; Woolfson, Taylor y Mooney, 2010). Actualmente, se analizan además las percepciones directas de los padres del comportamiento del niño, es decir las percepciones acerca de la causalidad y controlabilidad del comportamiento de sus hijos conocidas como atribuciones (Webster-Stratton, 2010; Woolfson et al., 2010).

A continuación se hará una descripción de la definición de las cogniciones sociales conocidas como atribuciones, creencias y expectativas para una mejor comprensión de las mismas.

### **Atribuciones**

Son un forma básica de cognición social y se definen como las explicaciones causales que los individuos hacen acerca de su conducta, la de los demás y los eventos y situaciones (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Lansford y Bornstein, 2011; Mah y Johnston, 2008).

Históricamente, hay dos aproximaciones que son tradicionales en los procesos atribucionales: a) el estilo atribucional dependiente de los estímulos que se refiere a la forma en la que las personas hacen uso de la información de los estímulos para explicar los eventos (Bugental, Johnston, New y Silvester, 1998). Este estilo atribucional se basa en la taxonomía de la teoría atribucional clásica (locus, intencionalidad, estabilidad y controlabilidad) (Weiner, 1985, 2008, 2010), y b) el estilo atribucional dependiente de la memoria que se interesa en los procesos atribucionales que reflejan la historia del individuo (Bugental et al., 1998). Las experiencias de socialización temprana de los

padres con sus progenitores, son la base de la estructura del conocimiento relacionada con la crianza y el comportamiento infantil que se almacenan en la memoria a largo plazo, estas actúan como organizadores centrales de las respuestas de los padres (Grusec, 2010).

Las atribuciones de los padres por una parte son esquemas mentales estables, ligados a su historia personal o cultural (Bugental y Grusec, 2006), y por otra, son las explicaciones causales que los padres hacen del comportamiento del niño (Mah y Johnston, 2008; Whittingham, Sofronoff, Sheffield y Sanders, 2009) y son determinadas por las características específicas del niño (temperamento, género), del padre (sean de la mamá o el papá) y de la situación (si es novedosa o si esta situación hace parte de un patrón permanente) (Lansford y Bornstein, 2011; Whittingham et al., 2009). Se conceptualizan en términos del balance del poder en la díada padre-hijo que los padres atribuyen a sí mismos o a su hijo. Es decir que, los padres pueden atribuir el resultado de la interacción (éxito o fracaso) como causado primariamente por sí mismos o por sus hijos (Bugental y Happaney, 2002; Lansford y Bornstein, 2011).

De esta forma, las atribuciones que los padres hacen del comportamiento de sus hijos, funcionan como filtros interpretativos que le dan significado al comportamiento del niño y guían las reacciones comportamentales y afectivas de los padres hacia sus hijos (Bugental y Johnston, 2000; Grusec, 2010; Johnston y Ohan, 2005; Lansford y Bornstein, 2011), las que a su vez influyen en los comportamientos de los niños (Lansford y Bornstein, 2011; Samaniego, 2010).

Estas atribuciones que hacen los padres acerca del comportamiento de sus hijos pueden ser de tres tipos: 1) las relacionadas con los determinantes próximos, inmediatos del comportamiento, es decir la causa es disposicional (temperamento, rasgo de personalidad) o es situacional, depende del ambiente inmediato (presión de compañeros); 2) las referidas a los determinantes más distales del comportamiento (la carga genética o el ambiente o cuánta influencia en el desarrollo del niño han tenido los padres), y 3) las que tienen que ver con las dimensiones causales generales (Bugental y Johnston, 2000; Samaniego, 2010).

Con respecto a este último tipo, los modelos atribucionales proponen tres dimensiones causales en los juicios atribucionales que son el locus o internalidad (interno– externo), el control (controlable – incontrolable) y la estabilidad (estable – inestable) (Bugental y Johnston, 2000; Bugental y Happaney, 2002; Weiner, 1995; Whittingham, et al., 2009). Los juicios del locus explican si las causas del comportamiento están en el niño (ej: características de personalidad) o si son externas al niño, y por lo tanto están en el ambiente o en otras personas (padres) (Weiner, 1995). Las atribuciones de control indican el grado en el cual la causa del comportamiento se ve como controlada por el niño (ej: debida al esfuerzo) o incontrolable (ej: debido a una enfermedad) (Weiner, 1995; Whittingham, et al., 2009). Las atribuciones de estabilidad indican si la causa del comportamiento es transitoria o seguirá presente en el futuro (Johnston y Ohan, 2005; Weiner, 1995; Whittingham, et al., 2009). Se asume que cuando los padres se enfrentan al comportamiento del niño, hacen atribuciones con respecto a la causa de tal comportamiento a lo largo de estas tres dimensiones (Johnston y Ohan, 2005; Whittingham, et al., 2009).

Dependiendo de estas tres dimensiones los padres realizan atribuciones sobre la intencionalidad, disposición, controlabilidad y responsabilidad del comportamiento negativo de parte de sus hijos, lo que media sus reacciones afectivas y conductuales y lleva a mayor presencia de comportamientos negativos en los niños (Bugental y Johnston, 2000; Dix, 1993, 2000; Gavita et al., 2011; Johnston y Oham, 2005; Lansford y Bornstein, 2011). De esta manera, los padres que le dan alta importancia a los eventos inestables externos (ej: la suerte) y poca importancia a los factores estables internos (ej. La habilidad), cuando hacen atribuciones causales acerca de su éxito como padres, son particularmente reactivos al comportamiento aversivo y no obediente de su hijo lo que incrementa la presencia de comportamientos problema (Bugental y Johnston, 2000; Johnston y Oham, 2005).

### **Creencias**

Se definen como afirmaciones, autoverbalizaciones, reglas, demandas, deberes y necesidades que hacen los individuos acerca de su conducta, la de los demás y los eventos y situaciones (Milner, 2003).

Las creencias de los padres son el punto de partida para todas las experiencias que tienen con sus hijos (Bornstein y Landsford, 2010; Sigel y McGillicuddy-De Lisi, 2002; Roskam, 2005). Son relevantes en el desarrollo del niño porque moldean y median la efectividad y eficacia de la crianza y ayudan a determinar y regular el desarrollo cognitivo y socioemocional de los hijos (Bornstein y Landsford, 2010; Senese, Bornstein, Haynes, Rossi, Venuti, 2013). Las creencias son aspectos claves en la crianza puesto que ellas generan y organizan el comportamiento de los padres, actúan como un filtro a través del cual el comportamiento se organiza e interpreta, e influyen en la regulación mutua entre el niño y el padre (Bond y Burns, 2006; Senese et al., 2013).

Los padres desarrollan y mantienen creencias globales (relacionadas con todos los niños) y específicas (relacionadas con su propio niño) y aquellas que valoran y guían su comportamiento de paternidad (Milner, 2003), las que llevan a su vez a comportamientos positivos o negativos en sus hijos (Azar et al., 2008; Grusec, 2010; Johnston y Ohan, 2005).

En el contexto de la paternidad una de las creencias que ejerce un rol significativo es la referida a la creencia de autoeficacia, la que se define como la competencia autopercibida por los padres en su rol (Meunier y Roskam, 2009; Kim, Sheridan, Kwon y Koziol, 2012). Se describen tres niveles de autoeficacia parental: a) Las creencias de autoeficacia relacionadas con la tarea específica; b) las creencias del dominio específico y c) las creencias del dominio general (Meunier y Roskam, 2009).

Las creencias de autoeficacia en relación con la tarea específica se relacionan con el sentido de competencia en tareas específicas que tienen los padres (Bandura, Babaranelli, Caprara, y Pastorelli, 1996; Meunier y Roskam, 2009; Slagt et al., 2012). Las creencias del dominio específico son las que enfatizan ampliamente en el grado con el cual el padre se siente competente en dominios específicos propios de su rol de padre tales como enseñarle algo a su niño, jugar con él, o brindarle apoyo y amor (Bandura, Babaranelli, Caprara, y Pastorelli, 1996; Coleman y Karraker, 2003; Meunier y Roskam, 2009). Las creencias de autoeficacia en el dominio general se refieren a la competencia

o al sentido de competencia autopercebida en su rol global como padre (Meunier y Roskam, 2009; Slagt et al., 2012).

### **Expectativas**

Las expectativas son creencias o cogniciones asociadas con un futuro imaginado (Hoorens, 2012). Las expectativas de los padres reflejan las ideas acerca de lo que los padres esperan de sí mismos en su rol como padres (Azar et al., 2008), y de lo que esperan con respecto al desarrollo, desempeño, habilidades y comportamiento de sus hijos (Azar et al., 2008; Yamamoto y Holloway, 2010; Zou, Anderson y Tzey, 2013).

Las expectativas se adquieren a través de la transmisión cultural, la experiencia personal, el proceso de socialización, la información transmitida por otros, la construcción cognitiva o el pensamiento heurístico y son diferentes dependiendo del género, la edad o etapa de vida (Hoorens, 2012; Maddux y Volkmann 2010). Juegan un rol importante en el aprendizaje, la motivación, la toma de decisiones, la respuesta afectiva y las interacciones sociales (Hoorens, 2012), y afectan la identificación y la evaluación de los comportamientos y los eventos, así como, el razonamiento causal, la memoria y la comunicación interpersonal (Hoorens, 2012; Zou, Anderson y Tzey, 2013).

Desde el modelo cognitivo social, se habla de expectativas de resultado y expectativas de autoeficacia (Bandura, 1986). Las primeras se refieren a la probabilidad percibida de manera anticipatoria que formula el individuo en este caso los padres con respecto a que una acción o comportamiento conduce a una consecuencia, y las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia acerca de la habilidad o capacidad para ejecutar tareas particulares y tienen que ver con la autoeficacia de los padres para ejecutar su rol como padres (Maddux y Gosselin, 2012). Determinan los intentos para hacer una tarea, persistir y culminarla exitosamente (Maddux y Volkmann, 2010).

Como ya se mencionó, los padres plantean expectativas acerca de su ejecución y rol como padres, y expectativas sobre lo que esperan que sus hijos hagan o logren en sus

diferentes contextos y momentos de vida (Azar et al., 2008; Hewitt, 2005), lo que influye en su relación con ellos y en su comportamiento. Por ejemplo, se pueden comportar como padres estrictos porque esperan que sus hijos sean niños de bien y que logren aprender (Hewitt, 2005). Estas expectativas que formulan los padres pueden ser reales e irreales (Azar, et al., 2008; Hoorens, 2012), lo que está relacionado con el conocimiento y la comprensión que tengan del desarrollo de los niños y de sus comportamientos (Bugental, 2009; Grusec, 2010), así como con el ideal de padres que se han planteado (Hewitt, 2005). La discrepancia existente entre el ideal de padre y su realidad es lo que afecta su autoeficacia e influye en el desarrollo de los comportamientos internalizados y externalizados en los niños (Hewitt, 2005). Dichas expectativas juegan un rol crítico en la relación de los padres con sus hijos y en su ajuste familiar, social y escolar (Kim et al., 2012). Por ejemplo, se ha encontrado que las expectativas de los padres son el predictor a nivel familiar más fuerte del desempeño escolar de los niños (Kim et al., 2012; Yamamoto y Holloway, 2010; Zou, Anderson y Tzey, 2013).

Los padres que tienen expectativas irreales o equívocas sobre los hijos, piensan que los niños son responsables de los eventos negativos y por lo tanto merecen ser castigados (Azar et al., 2005; Grusec, 2010). Debido a estas expectativas, los padres incrementan sus técnicas de control y agresión hacia sus hijos, lo que desencadena los comportamientos internalizados y externalizados (Azar et al., 2008; Grusec, 2010; Johnston y Ohan, 2005).

En conclusión, las cogniciones de los padres con respecto a la paternidad pueden ser adaptativas o inadecuadas (Azar et al., 2005). Los padres que se caracterizan por presentar una patrón de crianza adaptativo presentan cogniciones acerca de los niños y de su crianza, suficientemente flexibles y diferenciadas que les permite identificar cuando existen y no existen problemas con sus hijos (Azar et al., 2008). Estas cogniciones también generan en los padres una variedad de respuestas potenciales ante los desafíos de la crianza (Milner, 2003). Las cogniciones relacionadas con una paternidad adaptativa no están dominadas por respuestas de afecto negativo, tales como

el miedo o la ira, sino que se caracterizan por sentimientos como el interés, el orgullo y el amor (Azar et al., 2005; Azar et al., 2008).

Por el contrario, las cogniciones referidas a una paternidad inadecuada son simples y rígidas y están dominadas por el afecto negativo (Azar et al., 2005; Woolfson y Mooney, 2010). Involucran concepciones del rol de padres que enfatizan en la importancia del control y la estructura en la crianza de los niños (Azar et al., 2008). Por ejemplo, cuando los padres creen que ellos deben ejercer un control significativo sobre el comportamiento de los niños, más probablemente ejercen una disciplina rígida y están en riesgo de maltratar a sus hijos, lo que genera en los niños comportamientos problema como agresión, desobediencia, ansiedad, depresión (Milner, 2003; Woolfson y Mooney, 2010). Estos padres utilizan el castigo físico como una herramienta central de la crianza aun cuando el control no sea apropiado o posible (ej, interrumpir el llanto de sus hijos cuando están enfermos). Probablemente perciben las estrategias de razonamiento inductivas como poco efectivas (Azar et al., 2008; Milner, 2003).

Frecuentemente, las cogniciones asociadas con el control absoluto sobre los niños parecen estar encadenadas con las percepciones de bajo control personal en la relación con los hijos o en las relaciones en general (Azar et al., 2005; Azar et al., 2008). Los padres con prácticas de crianza inadecuadas hacen atribuciones internas y estables para el comportamiento negativo del niño (desobediencia) y atribuciones externas e inestables para el comportamiento positivo (obediencia). De esta manera, ven el comportamiento del niño como más intencional y terminan reaccionando de forma negativa (Johnston y Ohan, 2005).

Los padres también tienen creencias acerca de la causalidad del comportamiento inadecuado de sus hijos, las que influyen en el comportamiento y desajuste de los niños. Por ejemplo, aquellos que creen que su niño puede controlar su mal comportamiento más probablemente establecen límites y reglas, mientras que, los que consideran que su hijo es incapaz de ejercer control sobre su comportamiento sienten que imponer límites y consecuencias no tiene resultado (Hoza et al., 2000).

### **3.2.3 Cogniciones y problemas de banda ancha y banda estrecha**

Las creencias, atribuciones y las expectativas irreales e inexactas que tienen los padres frente al comportamiento de los hijos llevan a prácticas de crianza que incrementan la presencia de conductas internalizadas y externalizadas (Bugental y Johnston, 2000; Bugental y Grusec, 2006; Grusec, 2010; Samaniego, 2010).

De hecho, se ha encontrado que las atribuciones parentales basadas en la intención, responsabilidad, y hostilidad de sus hijos predicen el escalaje de los comportamientos externalizados a través del tiempo, y este incremento en los problemas de los niños está mediado por el incremento en las prácticas de crianza basadas en castigo (Johnston y Ohan, 2005; Samaniego, 2010) y por las creencias de los adultos de baja autoeficacia en su tarea como padres (Kim et al., 2012).

De acuerdo con lo anterior, las atribuciones que los padres hacen del comportamiento del niño y de sí mismos como padres influyen en la interacción padre-hijo (Kim et al., 2012; Johnston y Ohan, 2005) y por tanto, permiten comprender el curso de los problemas de comportamiento, especialmente en las familias de niños con conductas externalizadas (comportamiento oposicionista y/o problemas de conducta), déficit de atención con hiperactividad; y conductas internalizadas como ansiedad y depresión (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009); así, las atribuciones de control indican el grado con el cual la causa del comportamiento se percibe como controlable o incontrolable por el niño (Johnston y Oham, 2005).

Por otra parte, si las expectativas de los padres acerca de las habilidades de sus hijos son inapropiadas con respecto a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, estos difícilmente responderán a lo que los padres esperan. Como resultado, los padres los percibirán como incompetentes y su comportamiento problema es calificado como intencional y por tanto merecedor de un castigo. Esta evaluación negativa de parte de los padres, especialmente cuando se une con dificultades en su competencia como padres, aumenta el riesgo de prácticas parentales basadas en el castigo lo que incrementa los comportamientos internalizados y externalizados en los niños (Haskett, Scott, Grant, Ward, Robinson, 2003). La investigación ha demostrado que las creencias

de los padres relacionadas con un buen nivel de autoeficacia en su rol como padres están asociadas con el funcionamiento adaptativo de los niños, con un buen desempeño académico, con buenos niveles de regulación y con baja presencia de comportamientos externalizados (Kim et al., 2012; Steca, Bassi, Caprara, Delle Fave, 2011).

De otro lado, los padres que creen que su hijo tiene comportamientos negativos intencionados y controlados, se sienten enojados, reaccionan con una disciplina rígida (castigo) y activan y fortalecen sus cogniciones negativas acerca de sus niños y de sí mismos como padres (Hewitt, 2005; Johnston y Bugental, 2000; Gresec, 2010; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Samaniego, 2010).

Las creencias, expectativas y atribuciones que tienen los padres acerca de sí mismos como padres, de su rol en la crianza, del comportamiento y características de sus hijos y de los niños en general intervienen significativamente en el tipo de interacción que se establezca con el niño (Hewitt, 2005; Johnston y Oham, 2005; Lansford y Bornstein, 2011; Milner, 2003) e influyen en la presencia o no de los problemas psicológicos en la infancia (Hewitt, 2005, Hoza, et al., 2000; Milner, 2005). Las cogniciones con respecto a por qué los padres hacen las cosas que hacen, por qué los niños hacen lo que hacen o por qué las interacciones evolucionan como lo hacen, influyen significativamente en las habilidades como padres y por ende en el comportamiento de los niños (Bornstein y Lansford, 2009; Lansford y Bornstein, 2011).

Los estudios han enfatizado en las diferencias que surgen en las cogniciones de los padres de acuerdo a los diferentes problemas infantiles (Bugental y Johnston, 2000; Bugental, Johnston y Silvester, 1998; Johnston y Patenaude, 1994; Sonuga-Barke y Balding, 1993).

Se ha encontrado en los padres de niños con problemas de conducta externalizadas mayor presencia de sesgos hostiles (Milner, 2003). Así, las madres de los niños agresivos evidencian un sesgo hostil o negativo en sus interpretaciones del comportamiento del niño (Bickett et al., 1996, Milner, 2003). Estas madres realizan más atribuciones negativas, es decir, atribuyen más intencionalidad, disposición y mayor

responsabilidad por los comportamientos negativos a sus hijos, y reportan más sentimientos negativos (Dix y Lochman, 1990). Las madres de niños con problemas de comportamiento hacen más atribuciones de intencionalidad desafiante de parte de sus hijos y experimentan más ira. Además, tienen una expectativa de mayor resistencia por parte del niño y presentan más ansiedad que las madres de niños sin estos problemas frente a todas las situaciones (Smith y O'Leary, 1998; Strassberg, 1997).

Adicionalmente, las madres de los niños con problemas de conducta, se caracterizan por cogniciones preexistentes, que incluyen creencias sesgadas o negativas acerca de sus características personales y de su capacidad como madres, las que intervienen en la forma en que ellas perciben, evalúan, integran y actúan sobre la información específica del niño (Milner, 2003). De esta manera, los padres pueden atender exclusivamente las señales negativas, basadas en sus esquemas existentes, incluso en una situación neutral o positiva. La percepción que poseen los padres sobre dichas señales negativas y la predisposición para realizar atribuciones hostiles pueden conducirlos a interpretar que el niño actuó de manera hostil, lo que los lleva a emitir respuestas agresivas hacia sus hijos y a incrementar en los niños sus problemas de comportamiento de agresión, ansiedad, y/o depresión (Vite, Negrete y Miranda, 2012).

Los padres de niños con hiperactividad y déficit atencional, consideran y creen que los comportamientos activos, oposicionistas y de desatención son más estables y de menor control por parte del niño en comparación con los padres de niños sin problemas (Johnston y Freeman, 1997; Johnston y Ohan, 2005). En estos estudios, el modelo implícito ha sido el que enfatiza en los efectos recíprocos y acumulados entre las características del niño, y las cogniciones y las respuestas de los padres (Azar et al., 2008).

Con respecto a las conductas internalizadas se ha demostrado que los esquemas cognitivos de las madres relacionados con una autonomía deteriorada median la relación entre el control maternal y la ansiedad infantil (Creveling, Varela, Weems y Corey, 2010). Las creencias de baja autoeficacia de los padres están relacionadas con la presencia de ansiedad y depresión en los niños, pero no con comportamientos externalizados (Francis y Chorpita, 2011). Se ha comprobado que los padres de los

niños con ansiedad por separación presentan creencias más disfuncionales y baja autoeficacia con relación a su rol como papá (Herren, In Albon y Schneider, 2012). El reporte parental de creencias negativas con respecto al niño, a la paternidad, a la crianza y a la autoeficacia como padre está asociado a niveles altos de síntomas internalizados en los niños (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009). Esta relación entre creencias negativas de los padres y síntomas internalizados puede tener su origen en dos razones: Primero, es posible que los niños con altos niveles de síntomas internalizados sean más irrespetuosos, manipuladores, e incontrolables. Segundo, posiblemente aquellos padres que tienen atribuciones de intencionalidad negativa sobre el comportamiento de sus niños emplean más probablemente estrategias disciplinarias basadas en el castigo físico y la disciplina inflexible (Bugental y Johnston 2000; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009). Por lo tanto, la percepción negativa de los padres sobre sus hijos los lleva a emplear prácticas de crianza basadas en el castigo que incrementan la vulnerabilidad del niño a presentar problemas internalizados. Es posible que estas dos vías operen de forma simultánea y mantengan el ciclo (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009).

Las creencias de la madre sobre abandono, dependencia y falta de competencia se asocian con problemas de alimentación en las niñas (Blissett, Meyer, Farrow, Bryant-Waugh y Nicholls, 2005). Los esquemas cognitivos de los cuidadores funcionan como mediadores entre las áreas de funcionamiento familiar y la frecuencia de problemas de comportamiento infantil como la ira, las conductas agresivas y oposicionistas y la irritabilidad (Kim et al., 2012; Vite et al., 2012).

La percepción de los cuidadores sobre sus hijos predice consistentemente su conducta externalizada e internalizada, por tal razón, si los padres perciben a sus hijos como difíciles y resistentes al control muy seguramente se presentan más conductas externalizadas y las relaciones padres hijos son menos cálidas y menos cercanas afectivamente (Johnston y Ohan, 2005; Olson, Bates, Sandy y Lanthier, 2000). De igual forma, si los perciben inseguros, incompetentes y dependientes se presentan más conductas internalizadas (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009) y las relaciones padres - hijos son más dependientes y con respuestas de ansiedad y preocupación en los padres (Blissett et al., 2005; Creveling et al., 2010; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009).

Estos hallazgos, resaltan la importancia de investigar la naturaleza de las percepciones de los cuidadores y su relación con los comportamientos externalizados e internalizados de sus hijos. Es de destacar que las reacciones de los padres no solo están influenciadas de forma directa por el comportamiento del niño sino por factores tales como las creencias, metas, personalidad y el estado afectivo de los padres al igual que el contexto social y cultural (Coplan, Hastings, Lagace-Sequin y Moulton, 2002; Dix, 1993, 2000; Samaniego, 2010).

En resumen, la investigación señala que hay una relación entre comportamientos internalizados, externalizados, y las cogniciones de los cuidadores (Blissett, et al., 2005; Creveling, et al., 2010; Coplan, et al., 2002; Dix, 1993, 2000; Dix y Lochman, 1990; Dix et al., 1989; Johnston y Freeman, 1997; Johnston y Oham, 2005; Kim, et al., 2012; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Milner, 2003; Olson, Bates, Sandy y Lanthier, 2000; Smith y O'Leary, 1995; Strassberg, 1997; Samaniego, 2010; Vite et al., 2012; Wilson, Gardner, Burton y Leung, 2007). Lo que sustenta que las cogniciones inadecuadas de los cuidadores incrementan la probabilidad de los comportamientos internalizados y externalizados en los niños, y esto a su vez valida las cogniciones de los padres (Kim, et al., 2012; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Snarr, Strassberg y Smith, 2003).

### **3.3 Modelo de regulación emocional**

#### **3.3.1 Origen y desarrollo del modelo de regulación emocional**

Los modelos de regulación emocional surgen en los años 90, década en la que se empieza a prestar atención al rol de la emoción y de la regulación emocional (RE) en el ajuste de los niños, específicamente a partir de los estudios sobre el temperamento (Rothbart y Bates, 1998).

Estos modelos de RE se encaminan a explicar el papel de la RE en el ajuste social, en el desarrollo de trastornos psicopatológicos y en la presentación de las conductas externalizadas e internalizadas en los niños y adolescentes (Batum y Yagmurlu, 2007). La RE es un mecanismo regulatorio básico que subyace a los comportamientos

emocionales, y por ende, está encadenada tanto con el ajuste social como con la psicopatología (Bariolle, Gullone y Hughes, 2011; Huberty, 2012), en el caso de los niños en etapa escolar, específicamente con la presentación de los comportamientos externalizados e internalizados (Bariolle et al., 2011; Batum y Yagmurlu, 2007; Eisenberg y Sulik, 2012; Huberty, 2012), lo que no es sorprendente debido a que muchos de los desórdenes psicopatológicos se caracterizan por la presencia de síntomas asociados con la emoción incluyendo alteraciones en el afecto, la preocupación, la euforia, el abatimiento, la predominancia o ausencia de emociones particulares y el afecto negativo constante (Cole et al., 1994).

Entre los modelos de RE se encuentran:

a) el modelo empírico-clínico de la regulación emocional (Westen y Blagov, 2007), elaborado a mediados de la década de 1980. Se denomina clínico-empírico porque parte de la teoría, la observación y la investigación clínica, de mucho de lo que originalmente no se conceptualizó en términos de RE (ej: obedecer a la autoridad) (Westen, 1994). Desde este modelo, la RE se refiere a los procedimientos explícitos (las habilidades de afrontamiento, la toma consciente de decisiones, solución de problemas, los intentos deliberados por recordar u olvidar) e implícitos (las defensas psicológicas de los sentimientos displacenteros, el razonamiento motivado, respuestas aprendidas a través del condicionamiento operante) los que pueden ser conscientes e inconscientes (Westen y Blagov, 2007), que los individuos usan para maximizar los sentimientos, emociones y estados afectivos placenteros y minimizar los displacenteros o negativos (Westen, 1994, 1998a). Los procedimientos para regular las emociones pueden operar cambiando de forma directa las realidades estresantes, alterando las metas, la forma como se percibe la situación, o controlando directamente la emoción (suprimiéndola o consumiendo alcohol) (Westen y Blagov, 2007).

b) Otro de los modelos de regulación emocional es el Modelo neural de la RE (Denny, Silvers y Ochsner, 2010), que se deriva de estudios que han comparado directamente los sistemas neurales involucrados en la evaluación y la RE. Explica el rol específico de las estructuras cerebrales (amígdala, ínsula, estriado y porción medial de la corteza orbito-frontal) en la evaluación emocional, las que se activan durante la

percepción de los estímulos emocionales y se modulan durante la reevaluación de las respuestas (Denny et al., 2010).

Este modelo señala que la maduración neurológica que ocurre en la corteza pre-frontal y en el sistema límbico en el periodo de desarrollo que transcurre entre la infancia media a la adolescencia es significativa (Spear, 2000) para la presentación de los procesos de regulación emocional (Lamm y Lewis 2010; Steinberg, 2005). La maduración de la corteza pre-frontal, contribuye al logro de habilidades más especializadas en pensamiento abstracto, solución de problemas y razonamiento deductivo, habilidades cognitivas que influyen en la regulación efectiva y exitosa de las emociones (Steinberg, 2005). Como consecuencia del desarrollo neurológico y cognitivo las habilidades de regulación emocional se incrementan en número y en grado durante la adolescencia (Yap, Allen y Sheeber, 2007).

Es un modelo incipiente que requiere mayor investigación que aporte sobre la regulación emocional y los paradigmas de reevaluación en las diferentes formas de psicopatología (Denny, et al., 2010).

c) El modelo de regulación emocional y comportamental de los comportamientos externalizados (Batum y Yagmurlu, 2007), explica el papel de la regulación emocional y del comportamiento como mecanismos regulatorios relacionados en la presentación de las conductas externalizadas en escolares. Entiende la RE como un conjunto de habilidades relacionadas con el automanejo, el fortalecimiento de las emociones y la inhibición apropiada de la activación emocional (Thompson, 1994). La RE, tiene un papel central en el desarrollo social adaptativo y las dificultades en esta habilidad influyen en la presentación de los comportamientos externalizados (Batum y Yagmurlu, 2007). La regulación comportamental, se define en términos de procesos atencionales, control inhibitorio e impulsividad y tiene una base temperamental significativa (Poner y Rothbart, 2000).

Este modelo afirma que los comportamientos externalizados se predicen desde la regulación emocional y comportamental: los niños que tienen alta regulación tanto

emocional como comportamental tienen más bajos niveles de comportamientos externalizados. De esta forma, los niños que presentan bajos, medios y altos niveles de emoción, presentan menos comportamientos externalizados si regulan adecuadamente sus comportamientos (Batum y Yagmurlu, 2007). La regulación emocional implica el mantenimiento, el reforzamiento y la modulación de las emociones tanto positivas como negativas (Bridges, Denham y Ganiban, 2004).

d) El modelo de procesos, estudiado desde los años 90, basado en la perspectiva funcionalista (Gross, 1998, 1999), explica la RE a partir de una secuencia de procesos, que empiezan con las situaciones encontradas por una persona y finalizan con las manifestaciones de la respuesta (Gross, 2013).

El modelo por procesos parte del “modelo modal de la emoción” (Gross, 1998; Werner y Gross, 2010). Es un modelo temporal que describe la secuencia situación-atención-evaluación-respuesta (Gross y Thompson, 2007). La situación hace referencia a un estímulo interno o externo relevante psicológicamente, que llama la atención de una persona y la lleva a evaluarla. Esta evaluación de la situación determina la respuesta emocional. Debido a que las respuestas emocionales pueden a su vez, modificar la situación a la que la persona inicialmente respondió, se crea un circuito de retroalimentación en la que las tendencias de respuesta emocionales pueden alterar el ambiente (Gross, 2007, 2013; Werner y Gross, 2010). Las respuestas emocionales generadas por la evaluación involucran cambios en los sistemas de respuestas experiencial, comportamental y neurobiológico (Gross, 2001, 2007, 2013). De acuerdo con este modelo, las formas de regulación emocional puede tener variadas consecuencias, ya que ellas influyen en los procesos generadores de la emoción en sus diferentes estados (Gross, 2013).

Este modelo por procesos es un modelo de procesamiento de información, que habla de cinco etapas dentro del proceso de regulación emocional: a) selección de la situación; b) modificación de la situación, c) desplazamiento de la atención, d) cambio cognitivo y e) modulación de la respuesta (Gross, 1998, 1999, 2001, 2007, 2013; Werner y Gross, 2010). Cada paso en el proceso generativo de la emoción tiene un

objetivo potencial para la regulación y un impacto primordial en el proceso generador de la emoción (Gross, 1998, 2013; Gross y Thompson, 2007).

La selección de la situación determina si la situación emocional se evita o se elige y la evitación es la estrategia que se ajusta (Gross, 2013; Werner y Gross, 2010). La modificación de la situación involucra intentos activos para cambiar la situación /estímulo con el fin de alterar su impacto emocional (Gross, 2013; Gross y Thompson, 2007). Las estrategias específicas que se ajustan son: a) solución de problemas y b) buscar la ayuda de los demás (Gross, 2013).

El cambio o el desplazamiento de la atención, implica modificar el foco de atención con el fin de alterar las respuestas ante estímulos evocadores de emociones y la estrategia específica en esta etapa es la distracción (Gross, 2013). El cambio cognitivo es la modificación de los pensamientos y creencias acerca de una situación con el fin de modificar su impacto emocional y una de las estrategias específicas es la re-evaluación (Gross, 2007, 2013; Gross y John, 2003). Finalmente, la modulación de la respuesta, se refiere a los intentos por alterar las mismas respuestas emocionales (Gross, 2013; Gross y Thompson, 2007). Ejemplos de esto son suprimir la expresión de las emociones, ventilar la emoción y relajarse (Gross, 2013).

De acuerdo con esta secuencia, las estrategias de RE pueden caer dentro de dos categorías: a) las enfocadas en los antecedentes y b) las enfocadas en la respuesta (Gross, 2001, 2007, 2013; John y Gross, 2004). Las primeras cambian la tendencia de respuesta porque ocurren antes de la activación completa e influyen en todo el proceso generador de la emoción (Gross, 2013). En contraste, las enfocadas en la respuesta ocurren después de la tendencia de la respuesta emocional, por lo tanto limitan su impacto. Adicionalmente, dado su presentación tardía en el proceso temporal, requieren de algún grado de esfuerzo, para controlar la ocurrencia continua de las tendencias de respuesta (John y Gross, 2004).

Aunque es poco probable que cualquier estrategia de RE sea siempre buena o mala (Gross y Thompson, 2007), el uso frecuente de algunas formas de regulación tales

como la re-evaluación, se asocia con consecuencias afectivas y sociales positivas (Gross, 2001), mientras que el uso frecuente de otras formas de RE tales como la supresión, se asocia con consecuencias afectivas y sociales negativas (Gross, 2002; Gross y John, 2003). Así, desde la investigación empírica se ha concluido que la re-evaluación es una estrategia adaptativa mientras que la supresión es una estrategia desadaptativa (John y Gross, 2004). La evidencia ha indicado que las personas que utilizan la supresión como estrategia de RE, generalmente expresan menos emoción positiva, tienen baja autoestima, baja satisfacción y mayor sintomatología depresiva en comparación con los individuos que usan la re-evaluación cognitiva (Gross y John 2003).

Según este modelo, los niños y jóvenes con problemas de RE pueden tener dificultades en prestar atención y atender adecuadamente a una situación, evaluar correctamente los estímulos, identificar y reconocer apropiadamente las emociones o en responder acertadamente a las mismas (Huberty, 2012). En resumen, este modelo especifica una secuencia de procesos involucrados en la generación de la emoción, cada uno de los cuales es un blanco potencial para la RE (Werner y Gross, 2010).

Los cuatro modelos de RE presentados, discrepan en la forma de abordaje y explicación de la regulación emocional, uno lo hace desde los procedimientos implícitos y explícitos, otro desde las bases neuronales del comportamiento, otro analiza la regulación emocional más como una habilidad y el último como un proceso. Estas discrepancias se deben a las diferencias existentes acerca de lo que es la RE, sin embargo, todos los modelos identifican la importancia de la misma en el manejo de las emociones y en la psicopatología. La investigación sobre la RE en las etapas del desarrollo de la niñez y la adolescencia es limitada (Bariolle et al., 2011), por lo tanto, como lo señalan los investigadores, uno de los desafíos es la formulación de modelos teóricos que argumenten la interrelación entre la emoción y la regulación emocional (Gross, Sheppes y Urry, 2011; Gross, 2013).

### **3.3.2 Aspectos centrales del modelo de regulación emocional**

Cuando se habla de los modelos de regulación emocional es indispensable hacer mención a la RE. A pesar que, desde hace cincuenta años se inició el campo de estudio

de la RE, su conceptualización aún es confusa y poco clara (Bridges, Denham y Ganiban, 2004; Eisenberg y Sulik, 2012; Gross, 2013; Huberty, 2012; Lewis, Zinbarg y Durbin, 2010), debido a que existen múltiples definiciones y aproximaciones metodológicas que interfieren con su comprensión (Huberty, 2012). Es un tema de estudio básico de la psicología del desarrollo y de disciplinas o subdisciplinas relacionadas (Eisenberg, 2004; Eisenberg y Sulik, 2012).

La literatura en general muestra que muchos estudios han usado el término de forma directa (RE), otros han usado términos relacionados (control emocional, regulación afectiva, manejo de la emoción, afrontamiento del estrés) y otros, términos indirectos (descubrimientos interpretados en términos de RE) (Cole, Martin y Dennis, 2004; Gross, 1998). Algunos se enfocan en como las emociones regulan otros procesos psicológicos (decremento de las operaciones cognitivas), otros en las diferencias individuales en la regulación, algunos tratan la emoción como rasgo (persona bien regulada) y otros la tratan como un estado transitorio (Cole, et al., 2004).

Existen cinco razones por las que la RE no tiene una definición clara: 1) La falta de consenso que ha existido sobre lo que son las emociones y su diferencia con la regulación (Bariola, et al., 2011; Eisenberg y Sulik, 2012; Huberty, 2012; Lewis, et al., 2010); 2) Las emociones tienen influencias reguladoras sobre los dominios de funcionamiento relacionados con las mismas emociones; 3) El término RE se aplica no solo cuando los procesos de la emoción influyen en otros, sino, para señalar que las emociones pueden regularse; 4) La confusión existente con respecto a si el término RE describe solamente el funcionamiento óptimo o incluye la RE desadaptativa y 5) El hecho que las emociones deben analizarse en contexto (Cole, et al., 2004).

Como ya se mencionó, uno de los problemas básicos en la definición de la RE es que no existe una definición clara de “emoción” y que el término se confunde con RE (Gross, 2013; Huberty, 2012; Lewis et al., 2010). La pregunta que surge es en que punto empieza y finaliza la emoción y cuando se inicia la RE (Huberty, 2012; Bariola, et al., 2011). Las emociones se consideran como el resultado de los procesos de evaluación que también son reguladores (Cole et al., 2004). Por lo tanto, diferenciar

entre emoción y RE y entre activación emocional, reactividad emocional y RE es complicado debido a la forma como son consideradas por los investigadores (Gross et al., 2011; Huberty, 2012; Lewis, et al., 2010; Zinbarg y Mineka, 2007).

Al respecto, hay dos posiciones la del modelo de los dos factores y la del modelo de un factor (Bariola, et al., 2011). El primero argumenta que la emoción es conceptualmente diferente de la RE, debido a que, las emociones pueden tener un impacto distinto sobre el comportamiento dependiendo de cómo son reguladas (Cole et al., 2004).

En contraste, el modelo de un factor afirma que la emoción y la RE ocurren simultáneamente, las emociones regulan el comportamiento en la medida que ellas están siendo reguladas simultáneamente (Campos et al., 2004). En contraposición a estos dos modelos, se ha argumentado que nuestro conocimiento sobre las emociones es tan insuficiente que no se puede separar las emociones de la RE (Kagan, 1994). Por lo tanto, uno de los desafíos para los investigadores es aclarar las circunstancias bajo las cuales es útil recurrir a la noción de RE como opuesta de emoción, dado lo difícil que es establecer una línea aguda entre emoción y RE (Gross y Barrett, 2011).

De otra parte, es importante diferenciar la emoción como reguladora del cambio, de los intentos para regular la emoción (Eisenberg y Spinrand, 2004). La RE se refiere a cambios asociados con las emociones activadas o sea cambios en la misma emoción (Cole, et al., 2004), lo que incluye cambios en intensidad y duración (Thompson, 1994) o en otros procesos psicológicos como memoria e interacción social.

El término RE puede señalar dos tipos de fenómenos reguladores: a) la emoción como regulación son los cambios que aparecen como resultado de la emoción activada. Se refiere a cambios interdominios (ej: la tristeza del niño modifica la estrategia disciplinaria de su cuidador). De esta forma, la evidencia sistemática de que el comportamiento propio o el del otro, cambia la valencia, intensidad o duración de una emoción activada constituye una muestra de la emoción como regulación; b) la emoción como regulada se refiere a los cambios en la emoción activada (Cole et al., 2004).

La emoción organiza y afecta el comportamiento propio y el de los demás (Eisenberg y Sulik, 2012), e incluso puede regular el comportamiento producto de una experiencia emocional (Cole et al., 2004; Eisenberg y Spirand, 2004) lo que es diferente a los intentos por modular la emoción y al comportamiento relacionado con la emoción orientado a lograr las metas. Todos los efectos de la expresión de la emoción de un individuo sobre los demás o el ambiente, aunque sean totalmente desconocidos son RE (Eisenberg y Spinrand, 2004). Por lo tanto, la mayoría de las interacciones sociales se reflejan como RE, por lo que es difícil diferenciar la RE de muchos de los aspectos de la interacción social (Eisenberg y Spirand, 2004). Para esto es importante, diferenciar entre efectos de la expresión emocional que están ligados a las metas o intentos del individuo para adaptarse (fisiológica o socialmente) y aquellos que no lo son (Huberty, 2012).

En conclusión, los efectos de la emoción, a menos que sean usados como medio para regular la emoción o el comportamiento relacionado con la emoción (ej: expresiones comportamentales de la emoción o internos para cambiar el contexto desencadenante de la emoción), deben identificarse como RE (Eisenberg y Spinrad, 2004). Esto equivale a lo que se define como emoción regulada (Cole et al., 2004), es decir, los cambios en la emoción activada que incluyen cambios en la valencia, intensidad o duración (Thompson, 1990, 1994) y pueden ocurrir dentro del individuo (reducción del estrés a través de la relajación) o entre individuos (ej; el niño hace sonreír al papá que se encuentra triste) (Cole et al., 2004).

Los investigadores también difieren con respecto a que procesos se incluyen en la RE (Eisenberg y Sulik, 2012). Por ejemplo, existe desacuerdo en referencia a si el término incluye procesos extrínsecos (el apoyo o el rol que juegan los padres en la regulación de los estados emocionales de sus hijos o en el manejo de sus emociones), (Cole et al., 2004; Eisenberg y Sulik, 2012; Gross, 2013; Koole, 2009; Thompson, 1994) y procesos intrínsecos (atención, inhibición, cogniciones) que modulan las emociones y el comportamiento relacionado con la emoción (Eisenberg y Spinrad, 2004; Gross, 2013). De esta forma, la regulación puede ocurrir dentro del individuo (reducción del estrés a partir de la relajación) o entre individuos (Cole et al., 2004).

Puede ser intrínseca si es activada por el mismo individuo o extrínseca si es activada por otros (Eisenberg y Sulik, 2012; Gross, 2013).

Lo anterior, está relacionado con el desarrollo de la RE pues esta surge como una función de maduración y aprendizaje pero también implica el desarrollo de habilidades reguladoras a partir de la experiencia y las situaciones ambientales (Cole et al., 2004; Huberty, 2012; Opitz, Gross y Urry, 2012).

Es importante señalar, que la RE se ha considerado como un proceso (Cole et al., 2004; Eisenberg y Spinrand, 2004; Eisenberg y Sulik, 2012; Gross, 2013; Thompson, 1994) y como una habilidad (Bridges, et al., 2004; Calkins, 2011; Gross, 2002; Rottemberg y Gross, 2007). Inicialmente, se definió como: “los procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, la evaluación y la modificación de reacciones emocionales especialmente en cuanto a la intensidad y temporalidad, para lograr las propias metas” (Thompson, 1994, pp.27 -28). De esta forma, puede definirse entonces, como la serie de procesos por medio de los cuáles las personas redireccionan el flujo espontáneo de sus emociones (Koole, 2009; Eisenberg y Sulik, 2012).

Posteriormente, se planteó que es un proceso que sirve para disminuir, incrementar o mantener uno o más aspectos de la emoción (Werner y Gross, 2010) como son la magnitud, la intensidad o la duración de la respuesta emocional (Gross, 2013, Thompson, 1994), o de otros procesos psicológicos como memoria e interacción social (Cole et al., 2004). De esta forma, la RE no se define por cuáles emociones son activadas sino por los cambios sistemáticos asociados con las emociones activadas (Cole et al., 2004).

También se define como el proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de sentimientos internos, estados fisiológicos, motivacionales, procesos atencionales relacionados con la emoción y/o concomitantes comportamentales de la emoción, con el fin de lograr la adaptación social, biológica o afectiva o para alcanzar las metas individuales (Eisenberg y Spinrad, 2004).

Además, se ha señalado que incluye una serie de procesos heterogéneos por medio de los cuales las emociones son reguladas, implica cambios en la dinámica de la emoción y procesos automáticos o controlados o conscientes e inconscientes (Gross, 2013; Gross y Thompson, 2007). En el proceso de la RE, se da un continuo de posibilidades que van desde la regulación explícita, consciente, voluntaria y controlada a la regulación implícita, inconsciente, involuntaria y automática (Eisenberg y Sulik, 2012; Gross, 2013; Gross y Thompson, 2007; Gyurak, Gross y Etkin, 2011).

Las personas pueden controlar todos los aspectos del procesamiento emocional, incluyendo como la emoción direcciona la atención (Rothermund, Voss, y Wentura, 2008), la evaluación cognitiva que moldea la experiencia emocional (Gross, 1998a), y las consecuencias fisiológicas de la emoción (Porges, 2007). La RE, está relacionada con cambios en todas las áreas de ajuste del individuo como son la salud mental, la salud física, las relaciones interpersonales, y el desempeño laboral (Bariola, et al., 2011; Koole, 2009; Huberty, 2012).

De otra parte, cuando la RE se define como una habilidad, se menciona que se relaciona con un conjunto de habilidades relacionadas con el automanejo, el mantenimiento, el fortalecimiento de las emociones y la inhibición apropiada de la activación, la experiencia y la expresión emocional (Bridges et al., 2004; Calkins, 2011; Gross, 2002; Rottemberg y Gross, 2007; Thompson, 1994). Es una habilidad básica para el funcionamiento social, emocional y cognoscitivo en los niños que influye y está influenciada por otras habilidades que se desarrollan durante la niñez y que son relevantes en el rendimiento académico, como en la comprensión emocional y el lenguaje (Eisenberg, Sadovsky y Spinrand, 2005). Puede usarse tanto para regular las experiencias emocionales positivas como las negativas (Eisenberg y Spinrad, 2004; Koole, 2009; Parrot, 1993); tiene un papel central en el desarrollo social adaptativo y las dificultades en esta habilidad influyen en la presentación de los comportamientos externalizados e internalizados (Batum y Yagmurlu, 2007).

La RE se refiere entonces a los intentos que hacen los individuos por influir en las emociones que tienen cuando las tienen, y cómo esas emociones son experimentadas o expresadas (Gross, 1998; Carthy, Horesh, Apter y Gross, 2010). Puede ser intrínseca o extrínseca, automática o controlada, consciente o inconsciente, y puede involucrar el up regulation o el down regulation (incremento o decremento) de varios aspectos de las emociones tanto positivas como negativas, e implica procesos tanto explícitos como implícitos (Gross, 2013; Parrot, 1993). La RE es una clase de regulación del afecto; otros subtipos incluyen el afrontamiento o la regulación del estado del ánimo (Gross, et al., 2006). Se interesa en las emociones en cualquier contexto que se originen (Carthy, et al., 2010).

5) En referencia a sí *la RE es adaptativa o desadaptativa*, se ha señalado que la RE no es inherentemente adaptativa o desadaptativa (Gross, 2002). Es adaptativa cuando permite que la persona sea exitosa en su contexto (Bridges et al., 2004). Es decir, cuando el individuo ante una situación emocional difícil contiene la experiencia emocional con el fin de lograr sus metas, mientras que deja que la emoción siga su curso, a través del uso de una variedad de estrategias de RE flexibles (Gratz y Roemer, 2004; Whelton, 2004). En caso contrario es desadaptativa y se habla de la baja regulación y de RE excesiva por ejemplo cuando la respuesta de ira es elevada (Bridges et al., 2004).

La baja RE (under-regulation), se refiere a la dificultad para contener una experiencia emocional o para inhibir un comportamiento impulsivo, lo que interfiere en el logro de una meta. El individuo es incapaz de usar las estrategias de RE necesarias para controlar su comportamiento (Robertson, Daffern y Bucks, 2012). La RE excesiva (over regulation), se presenta cuando el individuo utiliza estrategias de RE orientadas a interrumpir la experiencia emocional desde su inicio (Greenberg y Bolger, 2001; Robertson et al., 2012). Implica la evitación experiencial y la supresión expresiva, lo que ocasiona alteraciones físicas, psicológicas y sociales. El conocimiento emocional, la aceptación y la flexibilidad en el uso de diferentes estrategias de regulación emocional son las habilidades requeridas para el logro de la regulación emocional adaptativa (Berking y Znoj, 2008).

Para concluir, en la mayoría de la investigación subyace explícita o implícitamente, una conceptualización teórica de la RE como estados fisiológicos, comportamentales y cognitivos que capacitan a los individuos para modular la experiencia y la expresión de emociones tanto positivas como negativas (Bridges, et al., 2004; Gross, 1998; Parrot, 1993; Thompson, 1994). Por lo que se considera un aspecto fundamental del desarrollo, pues predice ajuste a largo plazo y un funcionamiento emocional y social saludable y adaptativo (Bridges et al, 2004; Buckley, Storino y Saarni, 2003; Huberty, 2012; Lewis et al, 2010), ya que facilita la interacción social del individuo (Huberty, 2012).

Cuando se habla de la RE en niños y adolescentes, se señala que esta puede darse a partir de actores externos al niño o ser iniciada o lograda por el niño por lo que se habla entonces de la auto-regulación versus regulación impuesta externamente (Bariolle et al., 2011). La regulación de la emoción en los niños se logra a través de otras personas más que por el propio niño, especialmente en la infancia (Bariola et al., 2011; Cole et al., 2004; Eisenberg y Morris, 2002).

La forma como los padres responden a las emociones negativas de sus hijos influye significativamente en su regulación y en su expresión emocional (Eisenberg, Cumberland, y Spinrad, 1998). A mayor edad, los niños son capaces de participar en el proceso de manejar las emociones y sus expresiones, pues con el desarrollo se observa un progresivo control emocional que es gobernado internamente (Huberty, 2012). De esta manera, se da un cambio gradual en la regulación emocional, la que pasa de ser propiciada por los agentes socializadores a fuentes internas iniciadas por el propio niño (Eisenberg et al., 1998; Huberty, 2012). Tanto la autorregulación como la regulación impuesta por otros hacen parte de procesos mayores de RE. La regulación externa de la emoción no es buscada o intentada por el niño y tampoco es propiciada por él en busca de adaptarse o lograr una meta. Cuando el niño o un adulto busca la intervención externa, el proceso de RE puede involucrar tanto la regulación externa como la autorregulación (regulación que involucra procesos y comportamientos primariamente intraorganísmicos) (Eisenberg y Spinrad, 2004).

## **Desarrollo de la RE**

La RE varía considerablemente a través de la vida a partir del curso del desarrollo del individuo (Diamond y Aspinwall, 2003; Gross, 2013, Kring y Sloan, 2010), lo que está mediado por la transición de una regulación extrínseca a una regulación intrínseca o auto-iniciada cuando el individuo asume la responsabilidad de manejar su propios sentimientos tanto positivos como negativos (Kring y Sloan, 2010).

En la infancia, la RE es extrínseca por lo tanto son los padres y cuidadores quienes juegan un rol importante (Gross, 2013), ellos ayudan a los infantes a regular su emoción modulando su exposición a eventos estimulantes y actuando para disminuir el estrés, la frustración o el miedo con técnicas tales como tranquilizarlos o distraerlos. Pero la habilidad para regular el propio comportamiento se desarrolla rápidamente en los infantes y pre-escolares, así, mejoran en aspectos del funcionamiento ejecutivo que son parte o están relacionados con el control voluntario como son el mantener la atención y el control inhibitorio (Eisenberg y Sulik, 2012).

En la niñez temprana y media, el desarrollo de las habilidades lingüísticas, cognitivas y motoras favorecen la capacidad de RE incluyendo la habilidad para modificar los pensamientos que se originan ante estados emocionales no deseados (Gross, 2013). Durante los años pre-escolares los niños comprenden la asociación entre las emociones y las situaciones que comúnmente las evocan y la conexión entre las emociones y otros estados psicológicos (Eisenberg y Sulik, 2012). El desarrollo de la comprensión conceptual de las emociones en los niños también ofrece oportunidades adicionales a los padres y otros cuidadores para contribuir a su RE.

Un factor exógeno potencial que contribuye al desarrollo de la RE durante la niñez y la adolescencia y que se ha estudiado empíricamente es el contexto social (Campos, Campos y Barrett, 1989; Cole et al., 2004; Thompson, 1994). Entre los factores sociales que se encuentran relacionados con el desarrollo de la RE se encuentran las interacciones con los padres, los profesores y los compañeros, al igual que influencias sociales distales como la cultura y el medio (Eisenberg y Morris 2002;

Klimes-Dougan et al., 2007; Morris, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007; Thompson 1994). Algunos autores sugieren que la adaptabilidad y la efectividad de los procesos de RE dependen tanto del contexto como de las interacciones con este (Thompson, 1994).

Varios investigadores han señalado que los niños pueden imitar o internalizar los estilos de RE de sus padres a través del modelamiento o los mecanismos de aprendizaje social (Bridges et al., 2004; Morris et al., 2007; Thompson, 1994). Los padres modelan estrategias específicas que pueden ser útiles como la reelaboración cognitiva y el afrontamiento basado en la solución de problemas, las que son imitadas por los niños. Esto fortalece sus capacidades de regulación (Barirole et al., 2011).

La RE también es socializada en el contexto de las interacciones con los padres en donde los niños expresan sus sentimientos y las emociones de los otros, y los adultos informan acerca de las emociones, sus causas, las expectativas culturales y su expresión, y las estrategias para el manejo emocional (Eisenberg y Morris, 2002; Morris et al., 2007). De esta manera, la socialización de la RE es afectada por el clima emocional de la vida familiar y sus demandas emocionales, los modelos de afrontamiento emocional y las expectativas de autocontrol emocional (Kring y Sloan, 2010). Así, los estudios han mostrado que el conflicto interparental está asociado con mayor presencia de problemas externalizados e internalizados en los niños, cuando hay menor expresión de emocionalidad positiva y mayor expresión de emocionalidad negativa de los padres (Barirole et al., 2011).

Se ha argumentado que para que un padre sea un agente de socialización efectivo y adecuado para su hijo, debe tener una comprensión emocional suficiente y la habilidad para manejar de forma efectiva y adaptativa sus propias emociones (Barirole et al., 2011). Las emociones disreguladas de los padres contribuyen a una expresión emocional inapropiada lo que a su vez genera un pobre desarrollo emocional en sus hijos (Compton, Snyder, Bank, y Shortt, 2003).

En la niñez intermedia, las relaciones con los compañeros de la escuela enfrenta a los niños con diferentes demandas emocionales, modelos e incentivos que los llevan a coordinar sus comportamientos con los de los otros, a manejar el conflicto, negociar, compartir recursos o intereses, responder a los sentimientos de los otros y seguir las reglas establecidas en el contexto con sus compañeros, lo que los fortalece en sus habilidades de RE (Kring y Sloan, 2010). La adolescencia representa otro periodo de cambio en la RE en el que influyen los cambios físicos asociados con la pubertad, los cambios sociales y académicos asociados con la transición a la educación media, y el mundo interno y externo de los adolescentes que está en gran confusión. Esta confusión lleva a un desafío en la RE, la que pasa de ser una regulación extrínseca a una regulación intrínseca (Gross, 2013).

En la edad adulta también son evidentes los cambios en la RE, los que tienen que ver con niveles superiores de bienestar, ya que las personas mayores tienden a atender los rasgos positivos del ambiente en mayor grado en comparación con los adultos jóvenes (Isaacowitz, 2012; Urry y Gross, 2010).

En la medida que los niños y adolescentes desarrollan las habilidades de RE, aprenden como reconocer, rotular y expresar las emociones en las formas socialmente aceptables. También aprenden que ciertas emociones como por ejemplo la ira son normales, pero que debe aprender cómo expresarlas apropiadamente y como regular sus reacciones ante las situaciones. La habilidad para regular la emoción es esencial para el funcionamiento social y psicológico y su déficit puede llevar a una variedad de problemas, entre los que se encuentran el desarrollo de comportamientos internalizados y externalizados (Bariola et al, 2011; Batum y Yagmurlu, 2007; Huberty, 2012). Los estudios sobre la RE de los niños se han limitado a infantes, y la investigación sobre el desarrollo de la RE en la niñez y adolescencia es muy escasa, especialmente a partir de los 8 años hasta la adolescencia (Bariola et al., 2011; John y Gross, 2004; Huberty, 2012). Esta es una gran limitación de la investigación en este campo dado que el desarrollo de la RE continua en la infancia media y va hasta la adolescencia tardía época en que las habilidades logran mayor complejidad en concordancia con el desarrollo cognitivo, neural y los cambios psicosociales (Eisenberg y Morris, 2002).

### **3.3.3 Regulación emocional y problemas de banda ancha, banda estrecha**

Existe evidencia con respecto a que la psicopatología está relacionada con la habilidad de regular los afectos y que esta habilidad a su vez depende de la capacidad que posee el individuo de diferenciar las emociones (Kring y Sloan, 2010; Silva, 2005). Muchos desórdenes mentales son desencadenados por la falta de RE o por la RE desadaptativa (Gross, 2013; Kring y Sloan, 2010). Algunos desórdenes como los desórdenes de ansiedad, de estado de ánimo y personalidad límite, se definen a partir de estados emocionales disregulados (American Psychiatric Association, 2000). Ciertamente, la pobre RE está implicada en más de la mitad de los desórdenes del eje I, incluidos en el manual Diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM IV) y en todos los ejes del desorden II (Gross y Levenson, 1997). Por lo tanto, identificar los factores que influyen en el desarrollo de la RE puede ser de importancia para la prevención y el tratamiento de la psicopatología infantil (Bariola et al., 2011).

Se ha encontrado que dos de las causas de la presentación de los trastornos psicopatológicos son la reactividad emocional exacerbada y un proceso de RE deficiente (Silva, 2005). La RE, tiene un papel central en el desarrollo social adaptativo (Batum y Yagmurlu, 2007; Huberty, 2012). De hecho, en las diferentes formas de psicopatología infantil específicamente en la presentación de problemas de banda ancha y banda estrecha (comportamientos internalizados y externalizados y problemas específicos) están presentes las bajas habilidades de RE (Bariola et al, 2011; Batum y Yagmurlu, 2007; Betts, Gullone, y Allen, 2009; Cicchetti, Ackerman y Izard, 1995; Garber, Braafladt, y Weiss, 1995; Eisenberg et al., 2001; Huberty, 2012; Lewis et al, 2010; Nolen-Hoeksema, 2012; Silk, Steinberg, y Morris, 2003; Yap, Schwartz, Byrne, Simmons, y Allen, 2010; Yap, Allen, y Ladouceur, 2008) las que se han asociado con consecuencias negativas como bajo funcionamiento social (Hubbard y Coie, 1994), bajo rendimiento académico, desajuste psicológico y pobre salud física (Zeman, Shipman y Suveg, 2002).

El periodo de desarrollo de la niñez intermedia a la adolescencia es un periodo de gran transición en el desarrollo cognitivo, emocional, psicosocial y neurológico, que

contribuye a la adquisición de habilidades más complejas y que crea la necesidad de utilizar estrategias efectivas de RE (Eisenberg y Morris 2002; Steinberg 2005). Se ha demostrado consistentemente como ya se mencionó, la relación entre la RE y la psicopatología durante este periodo de desarrollo (Betts et al., 2009; Garber et al., 1995; Silk et al., 2003; Yap et al., 2008). Ciertamente esta etapa se considera como un periodo crítico en la reorganización de los sistemas regulatorios, (Steinberg, 2005), lo que se convierte en una fuerte razón para estudiar la RE durante este ciclo de la vida, que ha sido poco abordado por los investigadores (Barirole et al., 2011).

Los niños con problemas de RE, pueden presentar un rango de comportamientos que van desde aislamiento y otros síntomas de banda ancha como son los comportamientos internalizados, hasta la agresión, las manifestaciones temperamentales, el comportamiento desafiante y otros problemas de banda ancha como son los comportamientos externalizados (Huberty, 2012). Sin embargo, el estudio sobre la relación entre la RE y la psicopatología infantil, específicamente acerca de la predicción de los problemas de banda ancha o síntomas internalizados y externalizados aún es limitada (Barirole et al., 2011; Kring y Sloan, 2010).

La investigación afirma que los comportamientos externalizados e internalizados co-ocurren frecuentemente en la niñez intermedia, no obstante, son dos tipos diferentes de problemas de comportamiento que difieren con respecto a los tipos de emoción y RE desde los cuales se predicen (Eisenberg et al., 2001). Los niños que tienen alta RE tienen más bajos niveles de comportamientos externalizados e internalizados (Barirole et al., 2011) y estos varían en función de la regulación del comportamiento en todos los niveles de la regulación emocional (Batum y Yagmurlu, 2007). De esta forma, los niños que presentan bajos, medios y altos niveles de emoción, presentan menos comportamientos externalizados si ellos tienen mejor regulación (Batum y Yagmurlu, 2007; Eisenberg et al., 2001). Es decir que la RE, se relaciona inversamente con la presencia de comportamientos internalizados y externalizados (Eisenberg et al., 2001). Adicionalmente, los niños clasificados como externalizados tienen menos control, presentan más reacciones negativas, mayor nivel de ira e impulsividad y son vulnerables a la tristeza mientras que los internalizados presentan alto control, menos flexibilidad y

espontaneidad, son vulnerables a la tristeza y se caracterizan por baja RE e impulsividad (Eisenberg et al., 2001).

La evidencia empírica que relaciona la RE con la psicopatología infantil, ha demostrado que los déficits en esta habilidad específicamente en alguno de sus tres aspectos centrales: a) conocimiento emocional, la habilidad para identificar la experiencia emocional interna; b) manejo de la expresión emocional, la inhibición o la presentación exagerada de la emoción y c) el afrontamiento de la emoción referido a las estrategias usadas para manejar la experiencia emocional negativa de una manera adecuada, llevan tanto a comportamientos internalizados (ansiedad, depresión) como externalizados (agresión, comportamiento oposicionista desafiante) en los niños (Cole et al., 1994; Nolen-Hoeksema, 2012; Zeman, Shipman y Suveg, 2002).

La RE parece ser particularmente crítica en niños propensos a experimentar afecto negativo (Eisenberg et al., 1994; Eisenberg et al., 1997; Fabes et al., 1999). Es más probable que aquellos individuos con habilidades regulatorias modulen su reactividad emocional y actúen de manera competente en contextos altamente emocionales, mientras que individuos que experimentan emocionalidad negativa frecuente e intensa tienden a exhibir niveles relativamente altos de agresión y otras conductas problema como abusar de sustancias, mentir, robar e intimidar a otros (Eisenberg, 2000; Fabes et al., 1999).

En la infancia, tanto la emocionalidad como la reactividad negativa son dimensiones que con mayor frecuencia predicen los comportamientos internalizados y externalizados. A medida que el niño manifiesta mayor reactividad y emocionalidad negativa, presenta con mayor frecuencia problemas internalizados y externalizados (Betancourt y Andrade, 2008; Eisenberg, 2000). De hecho, se ha demostrado que una alta emocionalidad negativa junto con una baja RE, se asocian con problemas comportamentales de tipo externalizados tales como agresividad y baja competencia social (Fabes et al., 1999).

Con respecto a emociones negativas tales como el miedo o la ansiedad se ha encontrado que algunos niños ansiosos inhiben el comportamiento externalizado, probablemente debido a que, experimentan más miedo y culpa en comparación con otros que presentan comportamientos inapropiados (Eisenberg, 2000). Los comportamientos internalizados frecuentemente involucran la incapacidad para controlar la emocionalidad negativa, lo que se refleja por los altos niveles de rumiación, tristeza, ansiedad y depresión (Eisenberg et al., 2001). Los niños con síntomas internalizados tales como ansiedad y depresión parecen no ser hábiles para regular sus emociones y presentan baja impulsividad (Eisenberg, 2000; Eisenberg et al., 2001; Lengua, 2003). Sin embargo, se ha evidenciado que los niños con síntomas internalizados también expresan sus emociones de tristeza e ira en forma excesiva y no constructiva como por ejemplo con agitación, llanto, gritos, portazos y esta disregulación predice agresión lo que es consistente con que los comportamientos externalizados se caracterizan por bajo control emocional (Lengua, 2003).

De otro lado, las alteraciones en RE son un rasgo fundamental en la depresión y en todos los desórdenes de ansiedad. (Campbell-Sills y Barlow 2007; Carthy et al., 2010; Gross y Muñoz 1995; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007; Nolen- Hoeksema, 2012). Los estudios indican que los niños, adolescentes y adultos que presentan niveles elevados de síntomas de ansiedad o que sufren de desórdenes de ansiedad tienen dificultades en RE (Carthy et al., 2010; Esbjørn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck, Ollendick, 2012). Esas dificultades incluyen problemas con el conocimiento emocional, estrategias para manejar las emociones y sesgos atencionales y cognitivos (Carthy et al., 2010; Esbjørn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck, Ollendick, 2012; Suveg, Sood, Hudson y Kendall, 2008; Suveg, Sood, Comer, y Kendall, 2009; Suveg y Zeman, 2004).

Los niños con problemas de ansiedad tienen un perfil de RE caracterizado por altos niveles de evitación y búsqueda de ayuda de otros, mientras que los que son bajos en ansiedad usan las estrategias de solución de problemas y reevaluación. Adicionalmente, este perfil involucra una frecuencia mayor de dificultades para aplicar

cualquier estrategia de regulación en situaciones emocionales negativas (Carthy et al., 2010).

Existe poca información acerca de la relación entre los problemas de ansiedad y las conductas externalizadas en los niños, se plantea que la relación entre estos dos problemas es difícil de entender (Marmorstein, 2006), a pesar de señalarse que en la niñez intermedia los problemas de banda ancha y banda estrecha co-ocurren más frecuentemente de los esperado (Caron y Rutter, 1991; Cunningham y Ollendick, 2010), dado que la comorbilidad es la norma más que la excepción (Kessler et al., 1997; Cunningham y Ollendick, 2010). Algunos autores plantean que los desórdenes de ansiedad se relacionan positivamente con los problemas externalizados (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993; Marmorstein, 2006), otros señalan que la ansiedad puede ser un factor protector de estos últimos (Walker et al., 1991). No obstante, la investigación ha evidenciado que la estructura dimensional de dos factores (conductas externalizadas e internalizadas) se encuentra interrelacionada (Hinden, Compas, Howell, y Achenbach, 1997).

También hay razones que señalan que posiblemente la ansiedad y las conductas externalizadas no pueden estar asociadas, como por ejemplo, que la ansiedad esté relacionada con altos niveles de disregulación emocional, la que se observa en los altos niveles de inhibición y en la excesiva timidez (Biedermann, 1990); mientras que las conductas externalizadas están asociadas con bajos niveles de inhibición y altos niveles de impulsividad (Krueger, McGue y Iacono, 2001). De igual manera, se ha identificado que los desórdenes de ansiedad son más comunes en las niñas mientras que las conductas externalizadas son más comunes en los niños (Marmorstein, 2006).

Con referencia a las conductas internalizadas, se ha comprobado que la ansiedad predice consistentemente la depresión y las conductas internalizadas (Eisenberg, 2001). En cuanto a la depresión, la que se identifica en la niñez intermedia por la presencia de irritabilidad (Del Barrio, 2008; Méndez, 2007), estudios longitudinales han señalado que predice niveles altos de conductas internalizadas y externalizadas y bajos niveles de competencia social (Eisenberg, 2001; Lengua, 2003), puesto que lleva a alteraciones en

las relaciones con los padres, compañeros y profesores, lo que a su vez lleva a conductas internalizadas (Lengua, 2003).

Los niños bajos en emocionalidad negativa (en frecuencia e intensidad) son bajos en comportamientos externalizados, independiente de su nivel de regulación comportamental o atencional (Eisenberg, Fabes, Guthrie, Murphy, Maszk, 1996; Eisenberg, 2000). En general los niños propensos a emociones negativas frecuentes e intensas (usualmente operacionalizadas como una mezcla de emociones negativas diferentes tales como disforia, ira y ansiedad) tienden a presentar niveles relativamente altos de agresión y problemas externalizados (Dodge et al., 1997; Eisenberg et al., 1996). Los niños con puntajes altos en ira, frustración y hostilidad (reactividad y emocionalidad negativa) presentan problemas externalizados (Colder y Stice, 1998; Eisenberg, 2000; Eisenberg et al., 2001; Keltner, Moffit y Southamer-Loeber, 1995). Los niños vulnerables a emociones negativas no regulan su ira (Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig, Pinuelas, 1994b), y los propensos a emociones internalizadas y externalizadas intensas (combinadas) pueden presentar pocos comportamientos prosociales (Eisenberg, 2000).

Con respecto a la ira la investigación ha arrojado que tiene mayor relación con los comportamientos externalizados que con los internalizados y los niveles elevados de dicha emoción llevan tanto a problemas internalizados como externalizados. Es decir, que el incremento en la ira predice el incremento en problemas externalizados en la niñez intermedia (Betancourt y Andrade, 2008; Colder y Stice, 1998; Dodge et al., 1997; Eisenberg et al., 2001; Keltner, Moffit y Sotharmer-Loeber, 1995), por lo tanto, predice cambios en el ajuste de los niños (Kim y Deater-Deckard, 2011). Adicionalmente, los problemas externalizados e internalizados predicen cambios en los niveles de ira. Así, los bajos niveles de ira son significativos para alcanzar un desarrollo emocional saludable (Kim y Deater-Deckard, 2011). Se puede concluir que los niños que muestran ira y alegría con baja intensidad regulan mejor sus comportamientos (Kochanska, Murray y Harlan, 2000).

A manera de conclusión, es evidente que la RE impacta en la psicopatología infantil específicamente en los problemas de banda ancha y banda estrecha independiente del modelo de regulación emocional que se aborde. La investigación ha mostrado que los comportamientos internalizados y externalizados de los niños están mediados por los mecanismos regulatorios de tipo emocional (Batum y Yagmurlu, 2007). La literatura señala que tanto la ansiedad, los miedos, la depresión, la ira como indicadores de RE, predicen los problemas de banda ancha y banda estrecha y por ende el ajuste psicológico de los niños (Eisenberg et al., 2001; Lengua, 2003), sin embargo, la investigación sobre la RE en la niñez intermedia es limitada por lo que aunque se conoce que predice los comportamientos internalizados y externalizados no es claro la direccionalidad de estas relaciones.

### **3.4 Necesidad de la integración de modelos**

La prevalencia en la niñez y las consecuencias en la adolescencia y adultez de los problemas de banda ancha y banda estrecha, sugieren que su estudio es de alta importancia. Los modelos explicativos de su desarrollo y mantenimiento se han centrado en la influencia del contexto (Sameroff, 2009), de las creencias, expectativas y atribuciones de los padres (Bugenthal y Johnson, 2005) y de la capacidad de control emocional de los niños, así como en el tipo de relación que se presenta (recíproca, bidireccional, unidireccional, circular), lo que lo convierte en un campo de estudio que todavía requiere mayor análisis.

La investigación se ha orientado a la identificación de factores de riesgo, en coherencia con la perspectiva de la psicopatología infantil, que busca ofrecer una explicación de la adaptación y el desarrollo del niño a partir de la identificación de factores de riesgo y de factores protectores en diferentes niveles ecológicos y examinando las interrelaciones de esos sistemas a través de la vida (Cicchetti, 2003).

El estudio de la psicopatología infantil enfatiza en la búsqueda de una aproximación integradora que permita comprender las problemáticas infantiles, a partir de un sistema amplio que se encuentra influenciado tanto directa como indirectamente

por varios factores (Muris y Ollendick, 2005). De esta forma, se tienen las explicaciones basadas en los factores individuales o características del niño, de los padres y del ambiente que determinan tanto los comportamientos internalizados como los externalizados y los síndromes específicos de los niños pero estos comportamientos también se convierten en factores de riesgo o en predictores.

Los modelos explicativos de los problemas de banda ancha y estrecha mencionados anteriormente, ofrecen diferentes posturas acerca del desarrollo y el mantenimiento de estos problemas en los niños y adolescentes. La investigación que se ha realizado sobre estos modelos no apoya a uno más que otro, solamente menciona cuál es el aporte de cada uno. De hecho, todos los tres modelos son relevantes en la explicación de los problemas de banda ancha y banda estrecha, han sido utilizados desde hace mucho tiempo y hacen análisis del desarrollo y mantenimiento de las problemáticas infantiles, aunque, estos resultan ser análisis parciales.

Como se ha visto a través de la revisión teórica, los modelos transaccional del desarrollo, el cognitivo social y el de regulación emocional, indudablemente, han aportado a la explicación y manejo de los problemas psicológicos infantiles, sin embargo, su énfasis en un factor específico limita la comprensión total de los mismos. Se requiere avanzar hacia la búsqueda de modelos con mayor nivel explicativo que permita el planteamiento de estrategias de prevención e intervención amplias. Por lo tanto, la propuesta de un modelo integrador tal como se presenta en el capítulo siguiente permitirá un mayor alcance explicativo y por ende la comprensión amplia de los problemas de banda ancha y de banda estrecha.

## **CAPÍTULO 4**

### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene dos objetivos generales:

1) Confirmar a nivel internacional la validez diagnóstica del sistema clasificatorio de la psicopatología infantil y adolescente propuesta por Achenbach y Rescorla (2001).

Las diferentes comparaciones internacionales de la validez diagnóstica del sistema clasificatorio de la psicopatología infantil y adolescente propuesta por Achenbach y Rescorla (2001), y medida a través de los instrumentos CBCL, YSR y TFR, diseñados por estos autores, han revelado la consistencia interna de dichos instrumentos dimensionales y también han encontrado diferencias en cuanto a la estructura factorial, los patrones de edad y sexo, y las valoraciones de los diferentes ítems en las aplicaciones realizadas. . Por lo anterior, este primer objetivo pretende identificar si el sistema clasificatorio de la psicopatología infantil y adolescente propuesta por Achenbach y Rescorla (2001), se mantiene a través de 44 países, entre los cuales se encuentra Colombia. Se integran los datos de muestras analizadas previamente con nuevos datos de países del Norte de Africa, Asia, Sur América y Europa. De esta forma, se analizan los datos de 103 muestras así 42 del CBCL, 34 del YSR y 27 del TRF. Este objetivo se ha materializado en el artículo publicado en la revista ‘Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry’ y que se recoge en el siguiente capítulo.

2) Evaluar la efectividad de un modelo relacional integrado, basado en los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social y de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001) de banda ancha (externalizados e internalizados) y banda estrecha (síndromes específicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños de 8 a 12 años

de edad, de niveles socioeconómicos 1,2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.

A partir de la revisión de la literatura realizada, se propone un modelo integrador con predicciones que deben someterse a un análisis estadístico para evaluar su utilidad y aplicación en la explicación de las problemáticas de banda ancha y banda estrecha en niños de 8 a 12 años.

El modelo integrador que se propone abarca como componentes: a) el aporte del contexto en el que se encuentra el niño considerando las interacciones y transacciones planteadas por el modelo transaccional del desarrollo (Sameroff, 2009), que se presentan entre el niño y su familia en el marco de variables como la estructura familiar (padre/madre soltero, casados, unión libre, separados, viudos); el tipo de familia (nuclear, extensa, monoparental, abuelos, familia reconstituida); el tipo de cuidador (padre, madre, abuelas, tías); las características sociodemográficas del cuidador (edad, sexo y grado educativo); las características del niño (edad, sexo, grado educativo), el tipo de relaciones interpersonales (las relaciones con los padres, con los profesores y demás relaciones en el contexto escolar) y la zona de vivienda.

b) Los factores cognitivos de los padres referidos a las atribuciones, creencias y expectativas que tienen los padres con respecto a los niños en general, a sus propios hijos y a su percepción de autoeficacia como padres, con base en la propuesta del modelo cognitivo social (Bugental y Johnston, 2005).

c) Los factores individuales relacionados con la presencia de emociones como la ira, el miedo, la ansiedad, la depresión, los diferentes síntomas emocionales y otras características individuales como son el control de la ira, el grado de ajuste social, el nivel de estrés social, la capacidad de solución de problemas, el nivel de autoestima y confianza en sí mismo, los que son analizados desde los planteamientos del modelo de regulación emocional (Batum y Yagmurlu, 2007).

Esta propuesta de modelo integrador analiza la predicción de los problemas de banda ancha y estrecha a partir de las relaciones entre estos tres componentes en niños de 8 a 12 años. De esta manera, formula las relaciones que se soportan en la estructura relacional integradora presentada en la figura 1, que se fundamentan en evidencia empírica y son descritas a continuación:

1) Las condiciones ambientales tales como las características de la vida familiar y el nivel socioeconómico de los padres determinan la psicopatología del niño y por ende los problemas de banda ancha y banda estrecha (Cova et al., 2005), los que se presentan con mayor probabilidad en niños de estratos socioeconómicos bajos, que residen en zonas vulnerables y que son criados en familias monoparentales (madresolterismo, padres separados, padres viudos), reconstituídas y extensas (Pearl et al., 2012) este contexto familiar y social lleva a que los padres generen cogniciones con respecto a los comportamientos y reacciones de sus hijos, las que están determinadas por su nivel educativo (Azar et al., 2008; Bornstein y Lansford, 2010) y que se convierten en variables centrales que median la relación padres- hijos (Bornstein et al., 2011; Bugental y Johnston, 2005), relación que también está determinada por las características comportamentales de los niños y que influyen en su capacidad de control emocional (control interno y externo de la ira) (Eisenberg et al., 2001; 2003; 2005). Los comportamientos de los niños a su vez reafirman las creencias, expectativas y atribuciones de los padres y modulan el tipo de relación padres -hijos (Bornstein et al., 2011; Gavita et al., 2011). Este tipo de relación puede llevar a la presencia de problemas de banda ancha (comportamientos internalizados y externalizados) al igual que a la presencia de problemas de banda estrecha (síndromes específicos) (Azar et al., 2008).

Las interacciones entre el contexto, las cogniciones de los padres y el comportamiento del niño llevan a interacciones y transacciones que modifican el sistema de creencias, atribuciones y las expectativas de los padres en respuesta a los comportamientos de los niños (Azar et al., 2008; Bornstein y Landsford, 2010).

2) Los niños que viven en hogares de bajos recursos (nivel socioeconómico bajo) son más vulnerables a presentar sintomatología depresiva, retraimiento, ansiedad,

bajo rendimiento escolar, problemas somáticos (DeCarlo y Wadsworth, 2011; Tur et al., 2004) y comportamientos externalizados (Lansford et al., 2011), comportamientos que llevan a creencias, expectativas y atribuciones de baja autoeficacia y al bajo autocontrol en los padres (Pearl et al., 2012), esto genera una relación padres-hijos inadecuada que lleva a comportamientos de ira, estrés social y ajuste social negativo en los niños. Estos comportamientos se convierten en predictores de los problemas de banda ancha (comportamientos externalizados e internalizados) (Lengua, 2003) y de los síndromes específicos o problemas de banda estrecha.

3) Los niños que viven en zonas vulnerables presentan comportamientos externalizados dado el efecto directo del nivel socioeconómico, las características de la escuela y el tipo de relaciones que pueden establecer en estos contextos (White y Renk, 2012). Vivir en zonas vulnerables afecta la autoeficacia de los padres, más aún si son padres separados o solos (madresolterismo o familias monoparentales) lo que influye en su forma de procesar la información y por ende en su relación con los hijos (Pear et al., 2012) esto incrementa la probabilidad de comportamientos de banda ancha y de banda estrecha. Es de consideración, que las personas que viven en zonas vulnerables se caracterizan por ser de bajo nivel educativo, esto incrementa la presentación de creencias distorsionadas y la percepción negativa de sí mismos lo que influye en el ajuste de los niños y acent su estrés social aspectos que se relacionan con la presencia de comportamientos internalizados y externalizados (Tur et al., 2004).

4) Los niños de familias monoparentales y de familias reconstituídas (solteros o separados) tienen mayor riesgo de problemas psicológicos específicamente mayor presencia de problemas externalizados (Vanassche et al., 2013) y las niñas de problemas internalizados (Bean, 2006). Adicionalmente, la convivencia de los niños en estos hogares con mayor probabilidad lleva a problemas de conducta como agresión, depresión y ansiedad (Amato y Cheadle, 2008; Averdijk et al., 2012) los que se relacionan con comportamientos de ira, que si no son controlados incrementan la probabilidad de presencia de comportamientos de banda ancha y banda estrecha. Es de destacar que la emocionalidad negativa (la ira, el estrés social, la ansiedad, la depresión) predice altos niveles de problemas de banda ancha internalizados y externalizados

(Rothbart y Bates, 1998). La ansiedad se relaciona con los índices de ajuste y problemas internalizados mientras que la ira y la impulsividad predicen más los problemas externalizados (Batum y Yagmurlu, 2007), pero también pueden estar relacionados con la depresión en los niños (Lengua, 2003).

5) Las atribuciones, creencias y expectativas de los padres acerca de su competencia como padres, determinan la relación padres-hijo y esta determinan la presencia de comportamientos de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos (Gavita et al., 2011). Estas atribuciones, creencias y expectativas están determinadas por la edad, el género y el nivel educativo de los padres (Lansford y Bornstein, 2011). Las atribuciones, creencias y expectativas de los padres asociadas con buen nivel de autoeficacia como padres predicen un ajuste positivo en los niños, mejores niveles de regulación, menor nivel de ira, ansiedad y depresión, mayor autoestima y menor presencia de comportamientos internalizados y externalizados (Kim et al., 2012; Steca et al., 2011). Es de destacar que la regulación emocional está relacionada con la interacción padres-hijos, las relaciones interpersonales y con la influencia del contexto (Eisenberg y Morris, 2002).

6) La expresión emocional de la ira determina los comportamientos internalizados como ansiedad y depresión y estos predicen los comportamientos externalizados.

Con base en lo planteado, se propone la estructura relacional integradora de los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo social y de regulación emocional como predictores de los comportamientos de banda ancha y banda estrecha, que se presenta a continuación y que debe someterse a análisis estadístico (Ver figura 1).

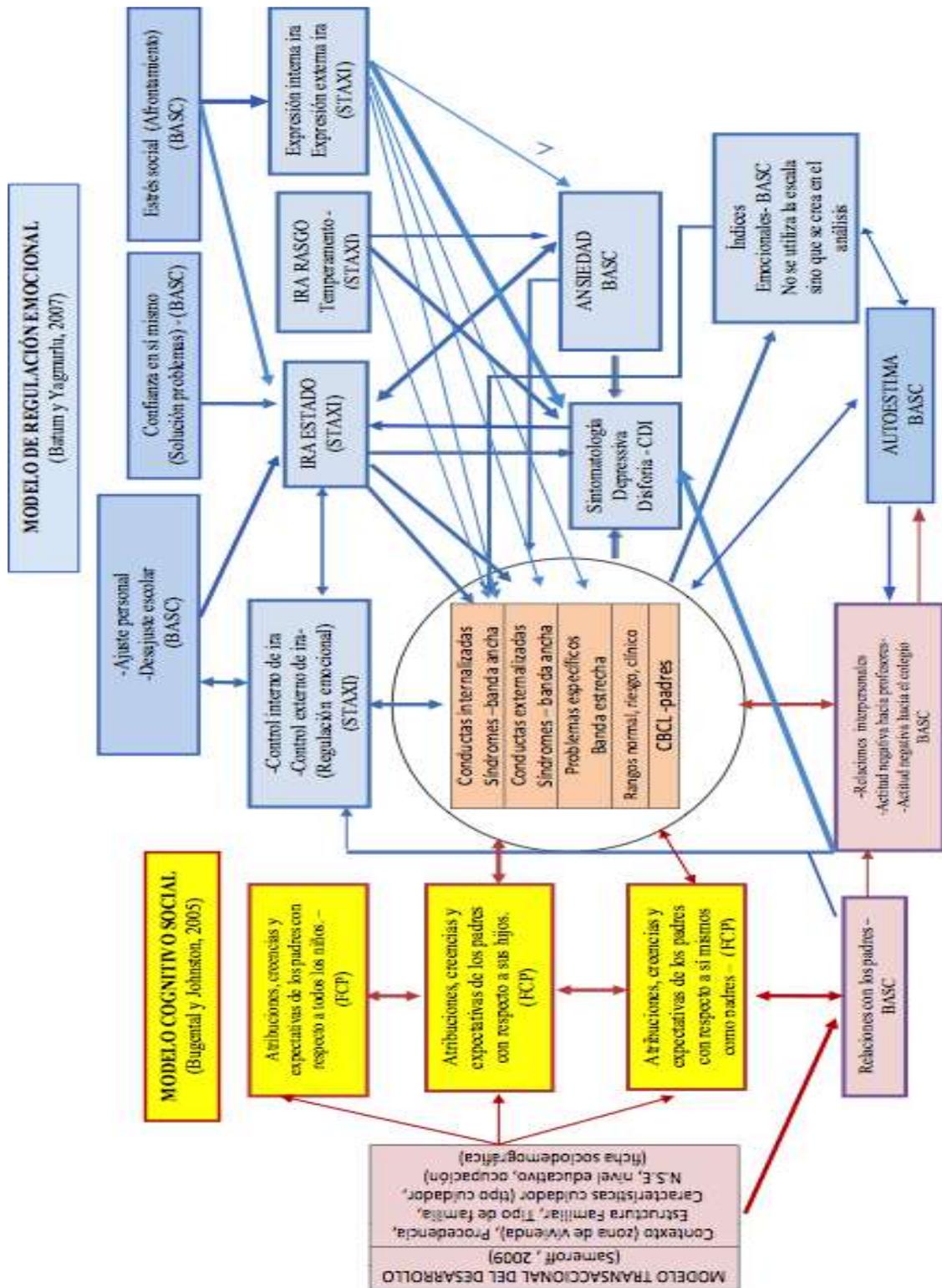


Figura 1. Modelo relacional integrado propuesto

## CAPITULO 5

### ESTUDIO 1- INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGY II: INTEGRATION AND APPLICATIONS OF DIMENSIONAL FINDINGS FROM 44 SOCIETIES<sup>1</sup>

**Objective:** To build on Achenbach, Rescorla and Ivanova (2012) by a) reporting new international findings for parent, teacher, and self-rating on the Child Behavior Checklist, Youth Self-Report, and Teacher's Report Form; b) testing the fit of syndrome models to new data from 17 societies, including previously underrepresented regions; c) testing cross-society correlations between mean item ratings; e) describing the construction of multisociety norms; f) illustrating clinical applications. **Method:** Confirmatory factor analyses (CFAs) of parent, teacher, and self-ratings, performed separately for each society; tests of societal, gender, and age effects on dimensional syndrome scales, DSM oriented scales, Internalizing, Externalizing, and Total Problems scales; tests of agreement between low, medium, and high ratings of problem items across societies. **Results:** CFAs supported the tested syndrome models in all societies according to the primary fit index (Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA]), but less consistently according to other indices; effect sizes were small-to-medium for societal differences in scale scores, but very small for gender, age, and interactions with society; items received similarly low, medium, or high ratings in different societies; problem score from 44 societies fit three sets of multisociety norms. **Conclusions:** Statistically derived syndrome models fit parent, teacher, and self-ratings when tested individually in all 44 societies according to RMSEAs (but less consistently according to other indices). Small to medium differences in scale scores among societies supported the use of low-, medium-, and high-scoring norms in clinical assessment of individual children. **Key words:** international, psychopathology, epidemiology, syndromes, confirmatory factor analysis (CFA).

---

<sup>1</sup>Artículo publicado en el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2012; 51 (12), 1273 -1283. Leslie Rescorla, Ph.D., Masha Y. Ivanova, Ph.D., Thomas M. Achenbach, Ph.D., Ivan Begovac, M.D.Ph.D., Myriam Chahed, Ph.D., May Britt Drugli, Ph.D., Deisy Ribas Emerich, B.A., Daniel S.S. Fund, M.D., Mariam Haider, M.S., Kjell Hansson, Ph.D., Nohelia Hewitt, M.Sc., Steffany Jaimes, Ps., Bo Larsson, M.D., Ph.D., Alfio Maggiolini, Ph.D., Jasminka Markovic, M.D., Ph.D., Dragan Mitrovic, Ph.D., Paulo Moreira, Ph.D., Joao Tiago Oliveira, M.S., Martin Olsson, Ph.D., Yoon Phaik Ooi, Ph.D., Djaouida Petot, Ph.D., Cecilia Pisa, M.D., Rolando Pomalina, M.D., Marina Monzani da Roca, Ph.D., Vlasta Rudan, M.D., Ph.D., Slobodan Sekulic, Ph.D., Mimoza Shahini, M.D., Ph.D., Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, Ph.D., Lajos Szivoczka, Ph.D., José Valverde, M.D., Luis Anderssen Vera, M.Sc., Maria Clara Villa, Ps., Laura Viola, M.D., Bernardine S.C. Woo, M.Med., Eugene Yuqing Zhang, Ph.D.

Whereas Achenbach, Rescorla and Ivanova (2012), reviewed international findings from diagnostic interviews and dimensional rating scales published by other investigators, we present findings from new statistical analyses of international data obtained with the Child Behavior Checklist for Ages 6–18 (CBCL/6–18, hereafter CBCL), Youth Self-Report (YSR), and Teacher’s Report Form (TRF) (Achenbach and Rescorla, 2001). These dimensional instruments are scored on eight statistically derived syndrome scales, three broad-band scales (Internalizing, Externalizing, and Total Problems), and six DSM-oriented scales. Previous international comparisons of CBCLs from 31 societies, YSRs from 24 societies, and TRFs from 21 societies (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007), with respect to factor structure, mean problem scale scores, age and gender patterns, and mean item ratings revealed considerable consistency but also some significant differences across societies.

The previous studies (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007), were *etic* (Pike, 1967) in nature, meaning that the same standardized instruments were used in different societies. Although these studies identified many similarities across societies, they also identified some important differences, particularly with regard to overall levels of scores. These societal differences in score levels argued for different norms for low, medium, and high scoring societies (Achenbach and Rescorla, 2007).

The present article builds on the work of Achenbach, Rescorla and Ivanova (2012) by presenting new international findings from 44 societies derived from integrating previously analyzed data (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007), with new data from North Africa, Asia, South America, and Europe. Data from 103 samples were analyzed (42 CBCL, 34 YSR, 27 TRF; (see Table S1 and Supplement 1, available online).

## **PURPOSES**

Our purposes were as follows: a) to test how well the CBCL, YSR, and TRF syndrome models fit the data from 27 samples not included in previous CFA studies (Ivanova et al., 2007; Ivanova et al., 2007b); to test effects of society, age, and gender on CBCL, YSR, and TRF scores by integrating the 27 new samples with previous samples (Rescorla et al., 2007; Rescorla et al., 2007b)<sup>6–8</sup>; to test whether the same items

received low, medium, or high ratings in different societies; to describe construction of multisociety norms; and to illustrate clinical applications.

## **METHOD**

### **Samples**

Table 1 (Petot, Petot, Achenbach, 2008; Viola, Garrido and Rescorla, 2011), describes the 27 samples used in the new CFAs (11 CBCL, 10 YSR, 6 TRF). For the international comparisons of scale scores and mean item ratings, we combined data from the 27 samples used for the CFAs with data from the samples used in previous international comparisons (Rescorla et al., 2007; Rescorla et al., 2007b) yielding CBCL samples of 69,866 children and adolescents aged 6 through 16 years from 42 societies, YSR samples of 38,070 youths aged 11 through 16 years from 34 societies, and TRF samples of 37,244 students aged 6 through 15 years from 27 societies. Conventions for obtaining informed consent required by each investigator's institution were followed.

### **Instruments**

For non-Anglophone societies, a multistep process was used to create translations. This process typically included translation of the form into the foreign language, blind back-translation into English, review of the back-translation, and revision where the back-translation revealed problems with the translation. Translations were pilot tested with the intended kinds of informants and revised as needed. Each problem item was rated 0 = not true (as far as you know), 1 = somewhat or sometimes true, and 2 = very true or often true, based on the preceding 6 months (2 months for the TRF). Because the pre-2001 editions (Achenbach, 1991), were used for 31 CBCL samples, 20 YSR samples, and 18 TRF samples, the six items replaced on the CBCL and YSR (items 2, 4, 5, 28, 78, and 99) and the three replaced on the TRF (5, 28, 99) in 2001 (Achenbach and Rescorla, 2001) were omitted from all analyses. The 2001 version of each scale was scored by summing the 0-1-2 ratings of the items comprising the scale.

### **Data Analysis**

CFAs. The CBCL and YSR CFAs tested a correlated eight-syndrome model (Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, Somatic Complaints, Social Problems,

Thought Problems, Attention Problems, Rule-Breaking Behavior, and Aggressive Behavior) (Figures S1 and S2, available online). The TRF CFAs tested a two-model structure (Achenbach and Rescorla, 2001) comprising a seven-syndrome model that excluded Attention Problems, and a hierarchical three-factor structure comprising the general Attention Problems syndrome plus Inattention and Hyperactivity–Impulsivity subsyndromes (Figure S3, available online). For the CBCL, YSR, and seven-factor TRF models, all items were assigned to only one syndrome. However, for the hierarchical Attention Problems TRF model, each item was assigned to both the general syndrome and one of the subsyndromes, with factor covariances set to zero.

**Comparisons Across Societies.** We combined new and previously analyzed samples in analyses of variance (ANOVAs) testing effects of society, gender, and age group on the 17 scales listed in Table 3. The complete samples (CBCL:  $N = 69,866$ , 42 societies; YSR:  $N = 38,070$ , 34 societies; TRF:  $N = 37,245$ , 27 societies) were used to compute the societal means for each scale as well as the mean item ratings for each sample. Because not all samples met our criterion of 80 or more participants in each age group tested, the CBCL ANOVAs included 38 societies for ages 6 to 11 years ( $n = 39,937$ ), 33 societies for ages 12 to 16 years ( $n = 29,536$ ), and 29 societies for ages 6 to 16 years ( $n = 56,665$ ). For the YSR, ANOVAs included 33 societies (Italy was not included because  $n < 80$  in the 11–13 age group) for ages 11 to 16 years ( $n = 36,846$ ). For the TRF, ANOVAs included 26 societies for ages 6 to 11 ( $n = 25,167$ ) and 21 societies for ages 6 to 15 ( $n = 33,128$ ) (see Supplement 2, available online, for further details).

Society was treated as a fixed effect in all ANOVAs because we do not generalize from the societies tested to societies not tested. Because of the high statistical power, we set alpha at  $p \leq .001$  for all analyses. Effect sizes (ESs) for ANOVAs, measured by  $\eta^2$ , were characterized using Cohen's (Cohen, 1988) benchmarks (small = 0.01–0.059, medium = 0.06–0.139, large  $\geq .14$ ). To measure the degree to which the same items received low, medium, or high ratings in different societies, we computed a bi-society correlation ( $r$ ) between the mean item ratings obtained in each society and each other society. We used the number of items analyzed on each form to estimate the power of the bi-society  $r$  values. With the fewest items being 98 on the YSR,  $r$  values as small as 0.40 could be detected with  $p \leq .001$  and power = 0.80.

**TABLE 1** Descriptions of 27 New Samples From 17 Societies

Society	Author, Year, Reference	Form(s) <sup>a</sup>	Age Range (y)	N	Sampling Frame	% Boys	% Completion Rate	Referred Excluded? <sup>b</sup>
Algeria	Petot <i>et al.</i> , 2008 <sup>11</sup>	CBCL-91	11-16	384	Regional school-based	42	87	No
	Petot <i>et al.</i> , 2011 <sup>12</sup>	YSR-01	11-16	384	Regional school-based	42	82	No
Brazil	Rocha <i>et al.</i> , (unpublished data, 2010)	CBCL-01	6-11	1,228	Regional convenience	51	NA	Yes
	Rocha, 2012 <sup>13</sup>	YSR-01	11-16	2,728	Regional school-based	47	NA	No
China	Wang <i>et al.</i> , 2005 <sup>14</sup>	YSR-01	11-16	967	Regional school-based	51	NA	No
Colombia	Hewitt <i>et al.</i> (unpublished data, 2012)	CBCL-01	6-16	1,491	Regional school-based	53	95	No
Croatia	Rudan <i>et al.</i> , 2005 <sup>15</sup>	CBCL-91	6-16	2,373	National school-based	48	98	No
	Begovac <i>et al.</i> , 2004 <sup>16</sup>	YSR-91	11-16	735	National school-based	45	97	No
	Rudan <i>et al.</i> , 2005 <sup>15</sup>	TRF-91	6-15	2,023	National school-based	50	100	No
France	Petot (unpublished data, 2010)	YSR-01	11-16	875	Regional school-based	43	85	No
Italy	Pisa and Maggiolini, (unpublished data, 2011)	YSR-01	11-16	1,224	Regional school-based	44	96	No
Kosovo	Shahini (unpublished data, 2012)	CBCL-01	6-16	1,332	National school-based	51	67	No
		YSR-01	11-16	1,143	National school-based	51	78	No
		TRF-01	6-15	352	National school-based	49	92	No
Norway	Larsson and Drugli, 2011 <sup>17</sup>	TRF-01	6-13	846	National school-based	52	61	No
Pakistan	Haider (unpublished data, 2011)	CBCL-01	6-14	600	Regional school-based	50	87	No
Peru	Pomalima <i>et al.</i> (unpublished data, 2009)	CBCL-01	6-16	2,296	Regional household	49	99	Yes
		YSR-01	11-16	1,180	Regional household	50	99	Yes
Portugal	Moreira and Oliveira (unpublished data, 2012)	YSR-01	12-16	946	Regional school-based	48	95	No
Serbia	Markovic <i>et al.</i> (unpublished data, 2011)	CBCL-01	6-11	488	Regional school-based	50	70	No
		TRF-01	6-11	486	Regional school-based	50	70	No
Singapore	Woo <i>et al.</i> , 2007 <sup>18</sup>	CBCL 91	6-11	1,605	National school-based	48	60	No
		TRF-91	6-11	1,957	National school-based	50	60	No
Sweden	Olsson <i>et al.</i> (unpublished data, 2011)	TRF-01	6-15	623	Regional school-based	54	100	No
Tunisia	Chahed, 2010 <sup>19</sup>	CBCL-91	6-16	1,187	Regional school-based	41	85	No
		YSR-01	11-16	682	Regional school-based	44	72	No
Uruguay	Viola <i>et al.</i> , 2011 <sup>20</sup>	CBCL-01	6-11	1,374	National school-based	49	79	No

Note: Full details for all unpublished samples used in this research are available in Supplement 1, available online. CBCL = Child Behavior Checklist; TRF = Teacher's Report Form; YSR = Youth Self-Report.

<sup>a</sup>01 = 1991 edition; 01 = 2001 edition.

<sup>b</sup>"Referred/Excluded" was coded "Yes" when children referred for special education or mental health services in the past year were excluded; if this information was not obtained or these children were not excluded, "Referred Excluded" was coded "No."

## RESULTS

### CFAs

For CFAs, items were dichotomized as 0 versus 1 to 2 to avoid low-frequency cells, and tetrachoric correlations were used as the input matrix. To account for non-normal item distributions, we used the weighted least squares with standard errors and mean – and variance-adjusted  $\chi^2$  estimator (WLSMV) via Mplus 6.0 (Muthén and Muthén, 2010). We used the root mean square error of approximation (RMSEA) as the primary fit index because of its superior performance with binary categorical data in a Monte Carlo simulation study (Yu and Muthén, 2002). An RMSEA cutoff of 0.05 was used to indicate good fit (Browne and Cudeck, 1993; Yu and Muthén, 2002) and 0.08 to indicate acceptable fit (Browne and Cudeck, 1993). The Comparative Fit Index (CFI) (Bentler, 1990) and the Tucker-Lewis Index (TLI) (Tucker and Lewis, 1973) were also used but were considered secondary because they did not perform as reliably as the RMSEA in the Monte Carlo simulation study (Yu and Muthén, 2002). For the CFI and TLI, we used criteria of 0.90 for good fit and 0.80 to 0.90 for acceptable fit, as recommended by Browne and Cudeck (1993).

Tabla 2. Results of confirmatory Factor Analyses for 27 Samples in 17 Societies

Society	CBCL			YSR			TRF					
							Seven-Syndrome model			Three Syndrome AP model		
	RMSEA	CFI	TLI	RMSEA	CFI	TLI	RMSEA	CFI	TLI	RMSEA	CFI	TLI
Algeria	0.016	0.898	0.895	0.019	0.899	0.896						
Brazil	0.023	0.903	0.900	0.032	0.848	0.844						
China				0.023	0.926	0.923						
Colombia	0.027	0.852	0.848									
Croatia	0.019	0.925	0.923	0.024	0.901	0.898	0.029	0.883	0.879	0.046	0.977	0.972
France				0.026	0.881	0.877						
Italy				0.044	0.658	0.648						
Kosovo	0.019	0.951	0.950	0.024	0.946	0.944	0.037	0.739	0.731	0.053	0.918	0.911
Norway							0.027	0.938	0.937	0.048	0.982	0.979
Pakistan	0.021	0.877	0.874									
Peru	0.019	0.926	0.924	0.020	0.934	0.932						
Portugal				0.031	0.882	0.878						
Serbia	0.014	0.929	0.927				0.026	0.859	0.855	0.043	0.970	0.964
Singapore	0.020	0.937	0.935				0.020	0.926	0.924	0.038	0.985	0.982
Sweden							0.032	0.905	0.902	0.048	0.981	0.977
Tunisia	0.020	0.930	0.928	0.024	0.920	0.917						
Uruguay	0.021	0.916	0.913									

Note: AP= Attention Problem; CBCL= Child Behavior Check List; CFI= Comparative Fit Index; RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation; TLI= Tucker-Lewis Index; TRF= Teacher's Report Form; YSR= Youth Self Report<sup>2</sup>

All models converged with the exception of the Kosovar TRF Attention Problems three-syndrome model, which converged smoothly when it was rerun without the general Attention Problems factor and is therefore reported as a two-factor model here after. As Table 2 shows, RMSEAs ranged from 0.014 (Serbia) to 0.027 (Colombia) for the 11 CBCL samples. For the 10 YSR samples, RMSEAs ranged from 0.019 (Algeria) to 0.044 (Italy). For the six TRF samples, RMSEAs ranged from 0.020 (Singapore) to 0.037 (Kosovo) for the seven-syndrome model, and from 0.038 (Singapore) to 0.053 (Kosovo) for the Attention Problems model. According to the primary fit index, the RMSEA, the CFAs thus indicated good to acceptable model fit for all samples. Except for the Italian YSR and Kosovar seven-syndrome TRF models, all CFIs and TLIs indicated acceptable to good model fit.

For the CBCL, YSR, and seven-syndrome TRF models, more than 98% of the items achieved significant loadings on their assigned factors across societies. For the three-factor TRF model, 94% of the items achieved significant loadings on their assigned factors across societies. This lower percentage is likely due to the three-factor TRF model being the only tested model that assigned all items to both a general syndrome and a subsyndrome, causing their variance to be split.

### **International Comparisons of Scale Scores**

Figure 1 displays mean Total Problems scores by society for the CBCL, plus the overall mean (i.e., the mean of all societal means = 24.04) and its standard deviation (SD = 6.74). The range of standard errors for these 42 mean scores was 0.20 (Japan) to 1.00 (Algeria) (mean = 0.50).

The mean Total Problems scores for 26 societies fell within 1 SD of the overall mean, on a scale ranging from 0 to 224 (filled bars). However, as Figure 1 shows, the mean score for seven societies was >1 SD below the overall mean (open bars), and the mean score for nine societies was >1 SD above the overall mean (open bars). The same pattern was found for the YSR and the TRF Total Problems scales, as well as for all other problem scales on all three instruments. (See Table S2, available online, for Total Problems mean scores by society for all three instruments).

Table 3 displays significant ESs for society, gender, and age differences on CBCL scores for ages 6 to 16 years, YSR scores for ages 11 to 16 years, and TRF

scores for ages 6 to 15 years. Main effects and interactions are summarized below for these findings, plus findings from the ANOVAs using samples with narrower age groups (CBCL 6–11 and 12–16, TRF 6–11).

*CBCL.* ESs for society ranged from 0.033 to 0.100 for ages 6 through 16 in 29 societies (Table3); from 0.047 to 0.134 for ages 6 through 11 in 38 societies; and from 0.043 to 0.127 for ages 12 through 16 in 33 societies. Gender effects on the CBCL were miniscule (not significant for some scales,  $\leq 0.009$  for most scales, and 0.016 for *DSM – Conduct Problems* for ages 6–11). Girls tended to have higher scores than boys on Internalizing, whereas boys tended to have higher scores than girls on Externalizing. Across the three sets of CBCL analyses, age effects were also miniscule ( $\leq 0.009$ ). Society x gender and society x age interactions were also tiny (all ESs  $< 0.009$ ), indicating that gender and age effects were very similar across societies.

Table 3 Significant Effect Sizes ( $\eta^2$ ) for Society, Gender, and Age on the Child Behavior Checklist (CBCL), the Youth Self-Report (YSR)<sup>2</sup>, and the Teacher’s Report Form (TRF)

Scale	CBCL			YSR			TRF		
	Soc	Gen	Age	Soc	Gen	Age	Soc	Gen	Age
Total Problems	0.089	0.001	0.000	0.067	0.001	0.006	0.080	0.017	NS
Internalizing	0.088	0.003	0.003	0.059	0.017	0.003	0.111	0.000	0.001
Externalizing	0.057	0.005	0.001	0.054	0.003	0.013	0.042	0.019	NS
Anxious/Depressed	0.100	0.003	0.000	0.075	0.018	0.002	0.120	0.001	NS
Withdrawn/Depressed	0.058	NS	0.010	0.042	0.005	0.005	0.072	NS	0.002
Somatic Complaints	0.058	0.004	0.003	0.042	0.012	0.000	0.035	NS	NS
Social Problems	0.070	NS	0.009	0.060	NS	NS	0.042	0.005	0.000
Thought Problems	0.055	0.000	0.000	0.070	0.000	0.003	0.029	0.006	0.001
Attention Problems	0.059	0.009	NS	0.074	NS	0.007	0.055	0.035	NS
Rule-Breaking Behavior	0.042	0.008	0.002	0.061	0.011	0.021	0.039	0.015	0.003
Aggressive Behavior	0.057	0.003	0.002	0.048	0.000	0.006	0.040	0.017	NS
DSM Affective	0.069	0.001	0.000	0.048	0.009	0.004	0.046	0.003	0.002
DSM Anxiety	0.096	0.002	0.002	0.095	0.015	0.002	0.072	NS	NS
DSM Somatic	0.047	0.004	0.003	0.047	0.010	NS	0.029	0.001	NS
DSM ADHP	0.056	0.008	0.006	0.071	NS	0.003	0.047	0.035	0.001
DSM Oppositional	0.045	0.003	0.001	0.057	NS	0.010	0.030	0.014	0.001
DSM Conduct	0.033	0.010	NS	0.032	0.016	0.004	0.032	0.025	NS

Nota: Effect sizes ( $\eta^2$ ) for CBCL based on ages 6-16 in 29 societies (N=56.665); for YSR based on ages 11 to 16 years in 33 societies (N=36.846); and to TFR based on ages 6 to 15 years in 21 societies (N= 33.128). ADHP= attention-deficit/hyperactivity problems; Gen=gender; NS= not significant; Soc= Society.

*YSR.* ESs for society ranged from 0.032 to 0.095 (Table 3). Gender and age effects were all small ( $< 0.021$ ). All interactions were  $\leq 0.009$ , indicating similar age and

gender effects across societies. Where gender effects were significant, girls tended to have higher scores than boys on Internalizing and its related scales, whereas boys tended to have higher scores on Externalizing and its related scales. Where age effects were significant, older adolescents tended to have higher scores than younger adolescents.

TRF. ESs for society ranged from 0.029 to 0.120 for ages 6 to 15 years in 21 societies and from 0.032 to 0.128 for ages 6 to 11 years in 26 societies. The largest gender ESs were for Attention Problems and DSM–Attention-Deficit/Hyperactivity Problems (0.035, boys > girls). Age ESs were < 0.003. All interactions were < 0.009, indicating similar age and gender effects across societies.

### **International Comparisons of Mean Item Ratings.**

When we computed *r* values between the 112 mean CBCL problem item ratings from each society with those from each of the other 41 societies, mean bi-society *r* values ranged from 0.48 (Ethiopia) to 0.81 (Singapore). The mean *r* value across all 42 societies was 0.74. For the *r* values among the 98 mean YSR problem ratings from each society, Ethiopia again had the lowest mean *r* value (0.47) and Brazil had the highest (0.77), with the mean bi-society *r* = 0.70 across all 34 societies. For the TRF, bi-society *r* values for the 112 problem items ranged from 0.47 (Kosovo) to 0.80 (Lebanon), with the mean bi-society *r* value being 0.72 across all 27 societies. Overall, these *r* values indicate high agreement across very different societies regarding which problem items were rated low, medium, or high on each form.

### **Multisociety Norms**

As detailed elsewhere (Achenbach and Rescorla, 2007), data from the societies analyzed for our 2007 studies (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007b) were used to construct multisociety norms. Separately for each instrument, societies were classified as low or high scoring based on whether their mean Total Problems scores were >1 SD below or >1 SD above the average of all the societal means (Achenbach and Rescorla, 2007). Societies were classified as medium scoring if their mean Total Problems scores were within 1 SD of the overall mean. A range of  $\pm 1$  SD for the medium-scoring group was chosen because of its widespread use to operationally

define the middle of a distribution. Because the U.S. mean Total Problems scores approximated the overall means for all three instruments, the U.S. norms were used for the médium norm group. Norms for the low and high-scoring groups were constructed by averaging the cumulative frequency distributions of scores from all of the societies in that group. As was done in constructing the U.S. norms, normalized T scores were assigned to each raw scales core in the low and high norm groups, based on the percentile for that raw scale score in the multisociety distribution for the low and high scoring societies, separately by gender and age group (CBCL and TRF ages 6–11 and 12–18 years; YSR ages 11–18). The societies added for this article were assigned to the existing low, middle, or high norm groups based on their mean Total Problems score for each form.

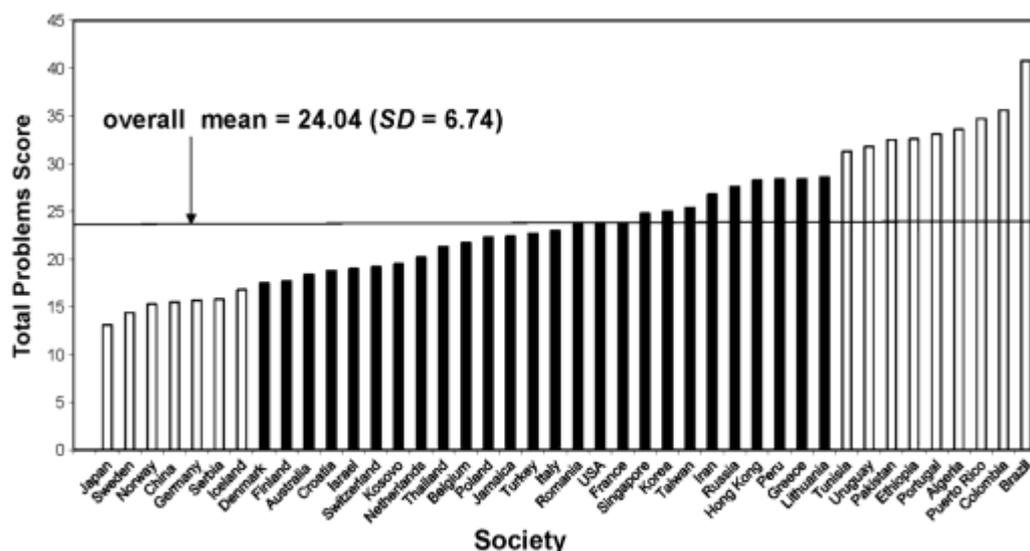


FIGURE 1<sup>a</sup> Child Behavior Checklist (CBCL) mean Total Problems scores in 42 societies (N= 69,866).

## DISCUSSION

When new data obtained in North Africa (Algeria, Tunisia), Asia (China, Pakistan, Singapore), South America (Brazil, Colombia, Peru, Uruguay), the Balkans (Croatia, Kosovo, Serbia), and Western Europe (France, Italy, Norway, Portugal, Sweden) were combined with previous data from Europe, the Middle East, Africa, Asia, the Caribbean, Australia, and the U.S., the results indicated certain international consistencies but also some significant differences.

We used CFAs to test how well the syndrome models derived from U.S. normative samples would fit data obtained in different societies. According to the

RMSEA, our primary fit index, CFA results supported the fit of the syndrome models when tested for each society. Fit was less consistently good according to the CFI and TLI, even though our cutpoints were somewhat lenient. Our results do not indicate whether the tested models are the best-fitting models in each society because we did not test alternative models.

ANOVAs yielded small-to-medium effects of society on problem scale scores ( $ES = 0.030\text{--}0.134$ ). Most societies had mean Total Problems scores within 1 SD of the overall mean, but enough had mean Total Problems scores  $>1$  SD below or above the overall mean to warrant low, medium, and high-norm groups. The miniscule interactions of society with gender and age indicated great consistency across societies for gender and age effects. In addition, mean cross-society  $r$  values (0.74 for the CBCL, 0.70 for the YSR, and 0.72 for the TRF) indicated substantial cross-society consistency in the items that received low versus medium versus high ratings.

## **CLINICAL APPLICATIONS**

Clinicians use diagnoses to guide treatments (e.g., prescribing selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs] versus stimulants), and may also wish to use dimensional instruments. As detailed by Achenbach, Rescorla and Ivanova (2012), dimensional instruments can provide clinically useful data at different hierarchical levels. For the CBCL, YSR, and TRF, these hierarchical levels include specific problem items, narrow-band syndrome scales, broad-band Internalizing and Externalizing scales, and a global index of problems (Total Problems). The CBCL, YSR, and TRF items are also aggregated into six normed DSM-oriented scales, which do not yield diagnoses but which may suggest potentially relevant diagnoses in addition to those suggested by the presenting complaints.

Informants' endorsements of especially critical items, such as fire setting and suicidal behavior, can alert clinicians to problems needing urgent treatment regardless of diagnoses. Normed dimensional scales can help clinicians to evaluate the degree to which children's and adolescents' scores deviate from the scores of peers of the same age and gender as rated by a particular kind of informant. Moreover, findings from multiple societies support low-, medium-, and high-norm groups, which enable clinicians to evaluate problem scores by considering norms reflecting societal differences. Such norms can help clinicians to determine whether children's and

adolescents' initial problem scores deviate from the scores typically reported by parents, teachers, and children or adolescents themselves in relevant societies. Clinicians can also compare the initial scores with subsequent scores to evaluate the progress and outcome of treatment.

If desired, clinicians can use categorical clinical cutpoints that mark scores as being in the normal versus clinical range. Although dimensional scores can thus be evaluated categorically, categorical models cannot be evaluated dimensionally. This is unfortunate, because meta-analyses have shown that dimensional assessment of psychopathology yields better reliability and validity than categorical assessment (Markon, Chmielewski and Miller, 2011). Furthermore, dimensional scales are widely used to assess phenotypes in genetic studies (Franic et al., 2010; Sudgen et al., 2010).

Our findings revealed certain consistencies across many societies, such as the fit of the tested syndrome models; the problems that received relatively low-, medium-, or high- ratings; and the age and gender patterns in scale scores. Furthermore, many societies had mean problem scores close to the overall mean for all societies. Enough societies had mean scores outside the range of  $\pm 1$  SD to argue against using a single set of norms for all societies, but enough societies had mean scores that were very similar to one another to argue against local norms for every society. We therefore opted for an intermediate solution that reflected the distribution of mean scores, namely low-, medium-, and high-norm groups. Some might argue for using the same norms for all societies, but three norm groups better reflect the variations found among societies. Because the development of multisociety norms is ongoing, new societies are added periodically. Thus far, all have fit within the low-, medium-, and high-norm groups.

Because the CBCL, YSR, and TRF are available in many languages, clinicians can use them with informants from many language backgrounds. Clinicians can also determine whether a child's or adolescent's scores are in the normal, borderline, or clinical range according to various informants, in relation to the societal norm group appropriate for each informant. Norms for more than one society may be relevant to a particular individual. For example, if a girl's family lives in the United States and the girl's mother came from Japan, her CBCL (the Japanese translation, if needed) could be scored in relation to the low group norms appropriate for Japan if the mother is not

very acculturated to the United States, or according to both Japanese and U.S. norms if she is more acculturated. If the girl's scores are in the clinical range only according to Japanese norms, this would indicate that the mother rated her daughter's problems higher than most Japanese parents rate their daughters but not higher than most American parents rate their daughters. If the girl's father was from the United States, then his CBCL would be scored using the medium group U.S. norms. TRFs obtained from the girl's U.S. teachers would be scored using the U.S. norms. Of course, in the reverse situation in which a Japanese clinician evaluates a girl whose mother came from the United States, the clinician could elect to view the mother's CBCL scores in relation to both Japanese and U.S. norms. A CBCL completed by an American mother living in Japan might yield a much more deviant score for her daughter according to Japanese norms than if the same ratings were scored using U.S. norms, because U.S. parents' ratings on the CBCL tend to be higher than Japanese parents' ratings.

Many other clinical applications of the multi-society norms are feasible (Ivanova et al., 2007c). For example, consider TRFs completed for a 10-year-old boy attending an international school in his home society. The home society teacher's TRF was scored using the low norms appropriate for teachers from the boy's home society, whereas the international teacher's TRF was scored using the medium norms appropriate for teachers in her home society, where the boy and his family lived for 5 years before returning home. The boy would appear to be more clinically deviant according to his home society teacher than according to his international teacher, although they endorsed many of the same problems.

Limitations of our study include that additional problems, societies, informants, models, analytic methods, and age ranges (e.g., >16 years) might yield different results. However, parallel analyses of parent and caregiver/teacher ratings for preschoolers have yielded results similar to those presented here (Achenbach and Rescorla, 2010; Rescorla et al., 2012). Another limitation is that we could not analyze the effects of socioeconomic status on problem scores, although previous research has indicated that samples of lower socioeconomic status tend to have higher problem scores (Achenbach and Rescorla, 2007). In addition, 69 samples obtained before 2001 were assessed with the 1991 forms, and data collection methods varied across samples (home interviews, by mail, forms distributed by schools). Limitations that may have

affected the representativeness of the data include the following: many samples were regional, not national; completion rates ranged from 60% to 100% (mean=84%); convenience samples rather than probability samples were obtained in a few societies; and whether referred children were excluded varied across samples. Furthermore, our findings cannot be assumed to apply to societies that were not analyzed for this research. In addition, the 2007 multisociety norms were not revised. Instead, the new societies were assigned to the existing low-, middle-, or high-norm groups based on their Total Problems scores.

Despite these limitations, the research reported here is based on the largest and most internationally diverse samples hitherto analyzed for parent, teacher, and self-reports of children's emotional/ behavioral problems. All of our samples numbered 4300, and our completion rates compared favorably with those in the World Health Organization's epidemiological surveys of DSM-IV diagnoses in samples from 14 societies, 37 in which completion rates ranged from 46% to 88% (mean = 68%), versus 84% in our study.

In conclusion, findings in 44 societies from Europe, Africa, Asia, South America, the Middle East, the Caribbean, Australia, and the United States support the following conclusions. First, there was international consistency in the fit of dimensional syndrome models when tested separately in each society according to the RMSEA, but less consistently according to the CFI and TLI. Second, there was strong international consistency in age and gender patterns. Third, there was strong international consistency regarding which problem items tend to receive low, medium, or high ratings. Fourth, there were sufficient societal differences in mean scale scores to warrant low-, medium-, and high-norms groups. For clinical applications, gender-, age-, and informant-specific norms are available for low-, medium-, and high-scoring societies.

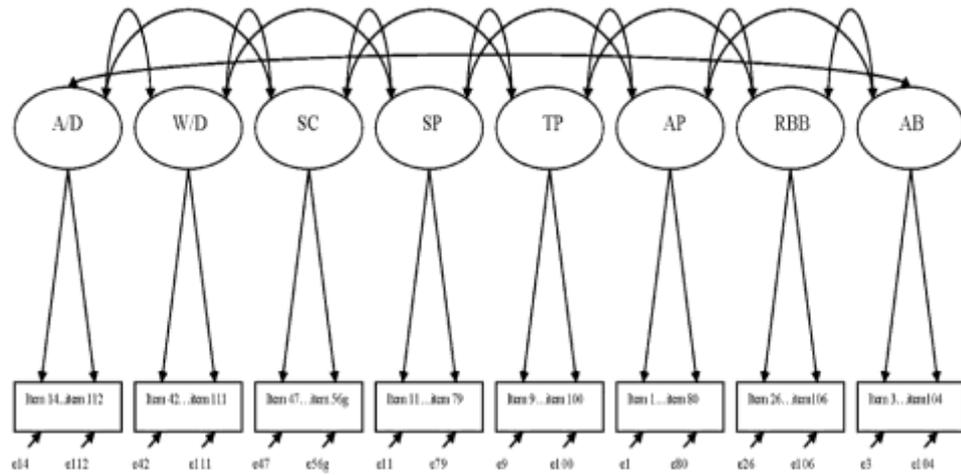


FIGURE S1 The Child Behavior Checklist (CBCL) syndrome model tested in the study. For the purposes of clear presentation, some latent factor correlations are not depicted. A/D = Anxious/Depressed; AB = Aggressive Behavior; AP = Attention Problems; RBB = Rule-Breaking Behavior; SC = Somatic Complaints; SP = Social Problems; TP = Thought Problems; W/D = Withdrawn/Depressed.

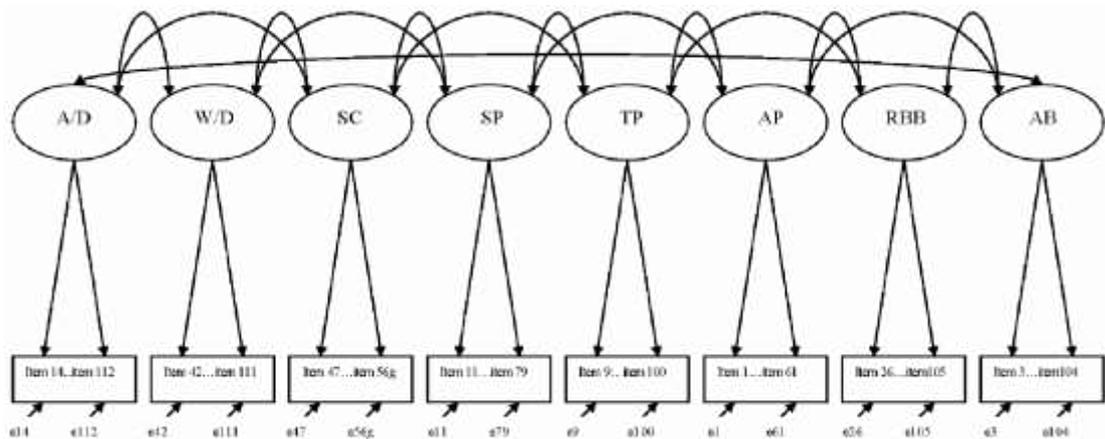


FIGURE S2 The Youth Self-Report (YSR) syndrome models tested in study. For the purposes of clear presentation, some latent factor correlations are not depicted. A/D= Anxious/Depressed; AB = Aggressive Behavior; AP = Attention Problems; RBB = Rule-Breaking Behavior; SC= Somatic Complaints; SP = Social Problems; TP = Thought Problems; W/D = Withdrawn/Depressed.

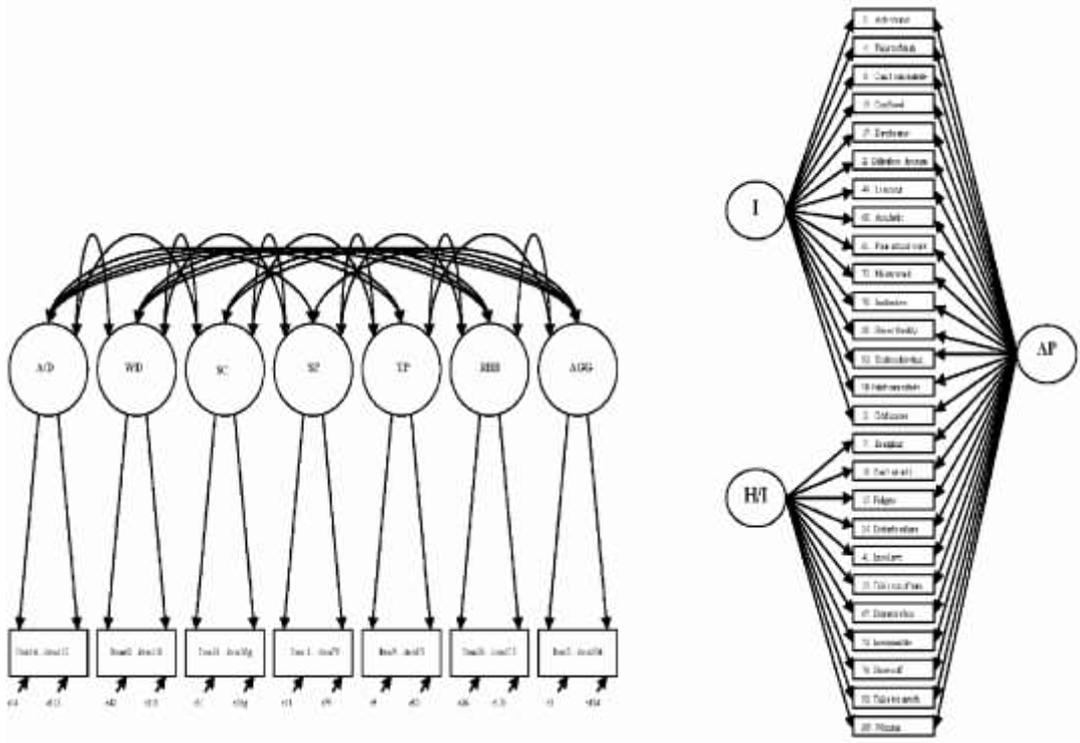


FIGURE S3 The Teacher's Report Form (TRF) syndrome models tested in the study. For the purposes of clear presentation, some latent factor correlations are not depicted. A/D = Anxious/Depressed; AGG = Aggressive Behavior; AP = Attention Problems; H/I = Hyperactivity/Impulsivity; I = Inattention; RBB = Rule-Breaking Behavior; SC = Somatic Complaints; SP = Social Problems; TP = Thought Problems; W/D = Withdrawn/Depressed.

## **CAPITULO 6**

### **ESTUDIO 2- EFECTIVIDAD DE UN MODELO RELACIONAL INTEGRADO BASADO EN LOS MODELOS TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO, COGNITIVO SOCIAL Y DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA PREDICCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE BANDA ANCHA Y BANDA ESTRECHA**

#### **6.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué efectividad tiene un modelo relacional integrado, basado en los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social y de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001), de banda ancha (externalizados, internalizados) y banda estrecha (síndromes específicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños de 8 a 12 años, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D. C. Colombia?

#### **6.2 OBJETIVOS**

##### **6.2.1 Objetivo General**

Evaluar la efectividad de un modelo relacional integrado, basado en los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social y de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001) de banda ancha (externalizados e internalizados) y banda estrecha (síndromes específicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1,2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.

##### **6.2.2 Objetivos Específicos**

1. Describir los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha en los rangos normal, riesgo y clínico que caracterizan a los niños de 8 a 12 años de edad, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.

2. Evaluar los indicadores de regulación emocional en los niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.
3. Identificar las atribuciones, creencias y expectativas de los cuidadores de los niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia.
4. Evaluar la efectividad del modelo transaccional del desarrollo, del modelo cognitivo social y del modelo de regulación emocional en la predicción de los problemas psicológicos infantiles.
5. Identificar el modelo relacional integrado con base en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional.
6. Comparar la efectividad del modelo relacional integrado, basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos infantiles, con la efectividad de predicción de cada modelo.
7. Establecer la estabilidad del modelo relacional integrado, basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional a través de los rangos de presentación normal, riesgo y clínico de los problemas psicológicos infantiles.
8. Establecer las diferencias que impone la zona de residencia (una zona de vulnerabilidad baja y una zona de vulnerabilidad alta) en la estabilidad del modelo relacional integrado, basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional en la predicción de los problemas psicológicos de banda ancha y estrecha.

### **6.3 HIPÓTESIS**

1. El modelo transaccional del desarrollo, el modelo cognitivo social y el modelo de regulación emocional, son significativamente efectivos en la predicción de los problemas psicológicos infantiles.
2. Existe un modelo relacional integrado significativo basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional.
3. El modelo relacional integrado basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional, tiene mayor efectividad en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001) de banda ancha (externalizados e internalizados) y banda estrecha (síndromes específicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños de 8 a 12 años, de niveles socioeconómicos colombianos 1, 2 y 3, en comparación con cada uno de estos modelos.
4. El modelo relacional integrado basado en los modelos transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional, se mantiene estable a través de los rangos de presentación normal, riesgo y clínico de los problemas psicológicos infantiles.
5. La zona de residencia (zona de vulnerabilidad baja y zona de vulnerabilidad alta), establece diferencias en la relevancia de cada variable del modelo relacional integrado basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional, pero no modifica la estructura relacional.

### **6.4 MÉTODO**

#### **6.4.1 Participantes**

La población de estudio estuvo conformada por 904 díadas de cuidadores - niños, así: a) 904 niños de 8 a 12 años, con una edad promedio 9.81 años (DT = 1.25). El 54% de sexo masculino y el 46% de sexo femenino, el 70% de estratos socioeconómicos 1 y 2, y el 30% de estratos 3 y 4, siendo mayor la población de

estrato 2 (40%). El 98% de la población de la zona de vulnerabilidad alta, pertenece a estratos socioeconómicos 1 y 2. En cuanto al grado educativo, la mayor parte de la población cursa los grados tercero (31%) y cuarto (36%) de educación básica primaria. Prevalece la familia nuclear (54%), seguida por la monoparental (23%), observándose mayor número de familias monoparentales en la zona de vulnerabilidad alta. Los cuidadores en su mayor parte son las madres (83%), destacándose un mayor número de cuidadores padres en la zona de vulnerabilidad alta. El 86% de los participantes pertenecen a familias procedentes de la región Andina de Colombia. Los niños participantes asisten a seis colegios distritales de dos zonas una de vulnerabilidad baja y otra de vulnerabilidad alta, representativas de la ciudad de Bogotá – Colombia, viven en zonas geográficas vulnerables y presentan como mínimo capacidad intelectual promedio según la prueba de las matrices progresivas de RAVEN, aspecto que se tomó como criterio de exclusión. Se excluyeron de la muestra aquellos niños que presentaran alguna discapacidad física, intelectual y/o sensorial.

Tabla 4

Distribución de la población de niños según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Total niños		Total niños Zona de Vulnerabilidad baja		Total niños Zona de Vulnerabilidad alta	
		F	%	F	%	F	%
Sexo	Masculino	489	54	251	56	238	53
	Femenino	415	46	201	45	214	47
Estrato Socioeconómico	1	278	30.8	103	22.8	175	38.7
	2	361	39.9	93	20.6	268	59.3
	3	238	26.3	231	51.1	7	1.5
	4	27	3.0	25	5.5	2	.4
Grado Educativo	Segundo	81	9.0	0	0	81	18
	Tercero	276	30.5	199	44	77	17
	Cuarto	325	36	231	51	94	21
	Quinto	102	11.3	16	4	86	19
	Sexto	98	10.8	5	1	93	20
Persona con quien vive el niño (tipo de familia)	Séptimo	22	2.4	1	.2	21	5
	Familia nuclear	486	54	254	56	232	51
	Familia extensa	189	20	84	19	96	21
	Familia monoparental	209	23	95	21	114	26
Cuidador	Familia reconstituida	29	3	19	4	10	2
	Madre	751	83	411	91	340	75
	Padre	115	13	22	5	93	21
Procedencia	Otros(Abuelas, tías)	38	4	19	4	19	4
	Región Atlántica	47	5	38	8	9	2
	Región Pacífica	12	1.5	6	1.3	6	1
	Región Andina	780	86	358	79	422	93
	Región Llanos	62	7	49	11	13	3
	Región Amazonía	3	.5	1	.7	2	4

Nota: F: Frecuencia

b) 904 cuidadores con una edad promedio de 35,92 años, (DT = 7.24), el 87% de sexo femenino, el 13% de sexo masculino, el 42% con un nivel educativo de educación básica media, seguido por primaria (26%). Es de destacar que el mayor número de cuidadores sin escolaridad residen en la zona de vulnerabilidad alta (13%) y el mayor número de padres con nivel técnico (15%) y universitario (5%) se encuentran en la zona de vulnerabilidad baja. Un 7% de los cuidadores no tienen ningún nivel educativo. El 46% conviven en unión libre, el 57% son empleados y el 94% siempre han vivido con sus hijos. La distribución de la población de padres/cuidadores se describe en la tabla 5.

Tabla 5  
Distribución de los cuidadores según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Total Cuidadores		Cuidadores Zona de vulnerabilidad baja		Cuidadores Zona de vulnerabilidad alta	
		F	%	F	%	F	%
Sexo del cuidador	Femenino	789	87	430	95	359	79
	Masculino	115	13	22	5	93	21
Nivel Educativo	Sin escolaridad	69	7	8	2	61	13
	Primaria	326	36	158	35	168	37
	Bachillerato	380	42	195	43	185	41
	Técnico	105	12	68	15	37	8
	Universitario	24	3	23	5	1	1
Estado civil	Soltero	161	18	71	16	90	20
Estructura familiar	Casado	185	21	104	23	81	18
	Unión libre	419	46	210	46	209	46
	Viudo	17	13	12	3	5	1
	Separado	122	2	55	12	67	15
Ocupación	Empleado	514	57	269	60	245	54
	Independiente	104	11	58	13	46	10
	Hogar	270	30	118	26	152	34
	Desempleado	16	2	7	1	9	2
Tiempo que ha vivido con el niño	Siempre	847	94	423	94	424	94
	Los cinco últimos años	19	2	9	2	10	2
	Los dos últimos años	24	3	13	3	11	2
	Otro (7 – 10 años)	14	1	7	1	7	2
Procedencia	Región Atlántica	47	5	38	8	9	2
	Región Pacífica	12	1.5	6	1.3	6	1
	Región Andina	780	86	358	79	422	93
	Región Llanos	62	7	49	11	13	3
	Región Amazonía	3	.5	1	.7	2	4

Nota: F= Frecuencia

La población participante en este estudio, se seleccionó de dos zonas representativas de la ciudad de Bogotá-Colombia, en cuanto a niveles socioeconómicos, vulnerabilidad social, estructura y tipología familiar, y problemáticas psicosociales: una zona de vulnerabilidad baja ubicada en el norte de la

ciudad en la que hay población de estratos bajos (1,2 y 3) medios (4,5) y altos (6) y una zona de vulnerabilidad alta ubicada en el sur de la ciudad en la que predominan habitantes de estratos bajos (1, 2, 3) y por tanto de mayor vulnerabilidad económica y social. Se seleccionaron niños que asisten a seis colegios públicos de la ciudad de Bogotá, (tres en cada zona) que representan las instituciones educativas distritales de la ciudad por el número de estudiantes que acogen, las características sociales de las zonas de procedencia de sus estudiantes y la organización administrativa y académica. Se tomó a la ciudad de Bogotá-Colombia, por ser la zona del país que agrupa el mayor porcentaje de la población de Colombia, por ser receptora de familias procedentes de las cinco regiones del país y caracterizarse por reportar la mayor frecuencia de problemas psicológicos de banda ancha y estrecha en la población escolar. Es de señalar que en Bogotá, estas problemáticas representan los primeros motivos de consulta en los servicios de salud mental de niños y niñas (Secretaría de salud de Bogotá, 2012).

Los colegios fueron seleccionados por la Coordinadora Administrativa de Educación de cada localidad [CADEL] por ser los colegios distritales que atienden niños y niñas en la edad de 8 a 12 años, que provienen de los Barrios de las localidades que agrupan los estratos 1, 2, y 3 (Secretaría de Salud de Bogotá, 2012) y porque de acuerdo con el sondeo preliminar realizado con las Directivas institucionales, las orientadoras escolares y los profesores, los niños evidencian un alto índice de conductas problema (oposicionistas, desobedientes, agresivas, de ruptura de normas, ansiedad, tristeza y aislamiento social). Adicionalmente, estos niños no habían sido sometidos a ninguna evaluación psicológica anterior. Fue requisito para su participación en el estudio, que los cuidadores y los niños expresaran su deseo voluntario de participar mediante la firma del consentimiento y el asentimiento informado.

Se incluyeron todos los niños de 8 a 12 años, que según los registros de matrícula de las instituciones educativas distritales correspondía a:

1) 770 en la zona de vulnerabilidad baja Usaquén, de los cuales 63 (8%) de cuidadores, no mostraron interés en participar, 98 (12%) aunque firmaron el consentimiento no completaron adecuadamente los instrumentos y 157 (20%) presentaron una capacidad intelectual por debajo del promedio.

2) 1500 en la zona de vulnerabilidad alta San Cristóbal, donde 258 (17%) no mostraron interés en participar, 372 (24%) aunque firmaron el consentimiento no completaron adecuadamente los instrumentos y 418 (27%) presentaron una capacidad intelectual por debajo del promedio.

De acuerdo con esto el total de niños evaluados fue de 2270, de los cuales 575 (25%) presentaron una capacidad intelectual por debajo del promedio. La distribución de la población de participantes de acuerdo con las variables sociodemográficas se presenta en las tablas 1 y 2.

## **6.4.2 Muestra**

### **6.4.2.1 Caracterización de la ciudad de Bogotá**

La ciudad de Bogotá se encuentra organizada en 20 localidades o zonas: Suba, Kennedy, Engativa, Ciudad Bolívar, Bosa, Usaquén, San Cristóbal, Usme, Rafael Uribe, Fontibón, Puente Aranda, Barrios Unidos, Tunjuelito, Teusaquillo, Chapinero, Santa Fe, Antonio Nariño, Mártires, Candelaria y Sumapaz. Cuenta actualmente con una población de 7.467.804 habitantes, de los cuales el 52.63% son mujeres y el 47.37% hombres, la que es producto de su propia evolución, de la migración y del fenómeno de desplazamiento característico del país (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE], 2012).

Del total de la población en Bogotá, 2.207.631 son niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años equivalentes al 30% del total de la población de la ciudad, siendo 1.127.195 hombres y 1.080.436 mujeres, es decir, 51% y 49% respectivamente. La primera infancia representa el 10% del total de la población, los niños y las niñas entre 6 y 12 años representan el 11%, y los y las adolescentes, el 9% (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

Con base en la información sobre ingresos de hogares del DANE (2012), obtenidos a través de la Encuesta de calidad de vida realizada en el 2011, la población se divide en los estratos socioeconómicos: bajos (1 y 2), medios (3 y 4) y altos (5 y 6). Se agrupa principalmente en los estratos 1, 2, 3 y 4. La ciudad cuenta con 1.978.528 hogares, de los cuales 98.276 (5%) se encuentran en condición de pobreza y 10.679 (0,5%) en estado de miseria de acuerdo al indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas. Según la Encuesta de calidad de vida de 2011, el ingreso del 24.8% de la población no alcanza para cubrir los gastos mínimos, el del 54% sólo los cubre y el del 21.2% cubre más de los gastos mínimos. La tasa de desempleo oscila entre el 10.9% y el 11.4%. Los ingresos dependen de la ocupación en explotación de minas (14.3%); transporte, almacenamiento y combustibles (6.9%); comercio, reparación, restaurantes y hoteles (5.9%); financieras, inmobiliarias y servicios a empresas (5.8%); construcción (5.7%) industrias manufactureras (39%); servicios sociales, comunales y personales (3.1%); agropecuario (2.2%); suministro de electricidad, gas, y agua (1.8%) (DANE, 2012).

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en el 2011, muestra que la población en Bogotá, D.C., es joven, casi un 30% de los habitantes son menores de 15 años, el 10% está entre los 15 y 19 años y el 35% tiene entre 20 a 49 años, ubicándose en etapa productiva. En cuanto a composición familiar, el 36% de los hogares son monoparentales, el 26% familias extensas, el 60% hogares nucleares (hogares unipersonales, nucleares completos y nucleares incompletos). El nivel de escolaridad muestra que el 52.5% apenas tiene primaria, el 21.4% secundaria, y solo un 1.1% dice tener estudios universitarios. La tasa de analfabetismo es de 3.4% (DANE, 2012).

En cuanto a problemáticas psicosociales, Bogotá se caracteriza por presentar altas tasas de violencia (intrafamiliar, maltrato infantil, violencia cotidiana), desplazamiento, consumo de sustancias y pandillismo. El 37% de las mujeres ha reportado violencia física por parte de su compañero. Lo que más se presenta es violencia emocional (50%), seguida por negligencia (25%), violencia física (14%) y económica (11%) (Secretaría de Salud de Bogotá, 2012).

La población en etapa escolar en Bogotá (5 a 17 años), es de 1.611.374. De esta población 731.792 se encuentran escolarizados, 604.685 corresponden a población de 7 a 11 años. El 48.2% son hombres y el 51.8% mujeres. Del total de población escolarizada, el 56,0% asiste a establecimientos de educación distritales y el 44.0% a colegios privados. Las localidades que concentran más del 50% de la población escolarizada son: Suba (15.0%), Kennedy (12.0%), Engativá (11.0%), Bosa (9.0%), Ciudad Bolívar (8.0%), Usme (6.41%), San Cristóbal (6.20%); Rafael Uribe (5.37%) y Usaquén (5.26%) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

#### **6.4.2.2 Selección de las zonas**

##### **6.4.2.2.1 Zona de vulnerabilidad baja: Usaquén**

La zona de vulnerabilidad baja Usaquén tiene una población de 474.773 habitantes, con una mayor representatividad en el rango de 15 a 34 años. Se agrupa en el estrato 3 (30.1%); seguida por la 4 (24.4%); 6 (15.7%); 5 (12.4%); 2 (11.3%); 1 (4.6%); sin estrato con un (6.3%). El 71.5% es económicamente activa. Hay una esperanza de vida de 77 años, igual que la obtenida para Bogotá. El 36.6% de los hogares de la localidad se ubica en el nivel más alto de riqueza. El 35% de la familias son nucleares completas y un 42% tienen como cabeza una mujer. En cuanto a tipo de constitución familiar el 46.2% está en Unión libre; 23.8% es casada y el 10.4% separada (Secretaría de salud de Bogotá, 2012).

El 2.74% de la población está en hacinamiento crítico y el 0.74% en alta dependencia económica. El 1.8% son habitantes de calle. 371 son desplazados, reinsertados o indigentes y 341 víctimas de desplazamiento forzoso. Lo que muestra que Usaquén es una zona receptora de población flotante, trabajadora migrante y desplazada. El 3.2% de la población no está afiliada a un sistema de seguridad social en salud. La tasa de desempleo es del 5.52%, la economía está representada en actividades de servicios e industrial. El trabajo formal se presenta en empresas específicamente microempresas con un 80%, y el informal en construcción,

conducción, ventas ambulantes y oficios domésticos (DANE, 2012; Secretaría de Salud de Bogotá, 2012).

Con respecto a problemáticas psicosociales se encuentra maltrato infantil, familias disfuncionales, deserción escolar de niños y adolescentes, desnutrición crónica, pandillas juveniles, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar y conducta suicida. La tasa de violencia intrafamiliar es del 6.1%. Su prevalencia representa el 14.3 x 100.000 habitantes de todo Bogotá. La mayor tasa es la violencia emocional (24%), sigue negligencia (9.9), violencia física (8.25%), y por último agresiones sexuales y abuso sexual. El 27% de las mujeres reportó haber sufrido de agresiones físicas por parte de su esposo o compañero, el 6% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual por parte de su esposo o compañero (DANE, 2012; Secretaría de Salud de Bogotá, 2012).

En cuanto al nivel de escolaridad, la tasa de analfabetismo es del 2.3%, mayor en mujeres (2.3%) que en hombres (4.3%). Usaquén tiene la mayor tasa de pre-escolares en educación y la mayor población escolar de 5 a 17 años de la cual el 3% no se encuentra matriculado. La asistencia en educación para el nivel primaria es del 100% y en Bogotá es del 98.2%. La zona cuenta con una población en etapa escolar de 5 a 17 años de 84.803, de la cual 30.763 corresponde al rango de 7 a 11 años y pertenece a los estratos bajos, medios y altos de la ciudad de Bogotá. La mayor población escolar se agrupa en el estrato 2 y 3 y tiene posibilidad de acceso a 11 colegios distritales que ofertan los servicios educativos en la zona (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

#### **6.4.2.2.2 Zona de vulnerabilidad alta: San Cristóbal**

La zona de vulnerabilidad alta San Cristóbal, tiene una población de 409.799 habitantes, de estratos 1 al 4. La mayoría se agrupa en los estratos bajos de pobreza. El 29.3% de los hogares de la zona se encuentra en el quintil más bajo de riqueza. En cuanto a composición familiar predomina la familia nuclear con un 54.9% dentro de las cuales el 38.6% son nucleares completas. El 35% de los hogares tienen como cabeza a una mujer. El 20.23% son hogares monoparentales y el 12.75% de la

familias son extensas. En cuanto a a la estructura familiar, el 27.4% vive en unión libre, el 18.8% son casados, el 3.8% viudos, el 6.2% separados y el 43.7% solteros. Gran número de niños van a hogares comunitarios (Secretaría de Salud de Bogotá, 2012).

Según la encuesta de calidad de vida en la ciudad de Bogotá, realizada en el 2011, esta zona se caracteriza por tener población desplazada, habitante de calle, reinsertada y LGBT. La población no es migrante. Hay una tasa de 6.73% de desempleo y 40.6% de ocupación. Gran parte de la población trabaja por contratación por días o temporal. La economía de la zona depende del servicio doméstico, vendedores ambulantes, construcción, plomería reciclaje, producción de carnes y fabricación de muebles. El 34.3% de la población son familias que devengan menos de 1 salario mínimo vigente. La esperanza de vida es de 76.8 años (DANE, 2012).

Entre lo problemas psicosociales más relevantes se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas como marihuana (29%), bazuco (24%), alcohol (17%), disolventes-inhalantes (11%), cocaína (3%). Se observa alta tasa de violencia distribuida así violencia física (19%); abandono (5.8%); negligencia (3.9%); sexual con un 3.6%), y con una prevalencia por 100.000 de 13.9%. El 41% de las mujeres reporta haber sufrido agresiones físicas de parte de su compañero y el 13% haber sido víctima de violencia sexual (Secretaria de Salud de Bogotá, 2012).

La población escolar de 5 a 17 años es de 99.925, aporta el 6.20% a la población escolar de Bogotá. De esta población, 37.632 son población escolar de 7 a 11 años que acceden a su educación en los 33 colegios distritales de la zona. Se agrupa en los estratos bajos 1 y 2. La tasa de analfabetismo es del 4.9%. (4.0 en hombres y el 4.6% en mujeres) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011; Secretaría de Salud de Bogotá, 2012).

#### **6.4.2.2.3 Representatividad de las zonas seleccionadas**

La muestra de participantes se distribuye en dos unidades de análisis, una zona de vulnerabilidad baja Usaqué, ubicada en el norte de Bogotá y una zona de

vulnerabilidad alta San Cristóbal, ubicada en el sur de la ciudad, en las que se identifican las condiciones socio ambientales, de vulnerabilidad y los contrastes psicosociales característicos de la ciudad.

En la tabla 6, se presentan un resumen de las características de población bogotana y de las dos zonas seleccionadas las que son representativas y extremas de la población bogotana en cuanto a estratos socioeconómicos, composición y estructura familiar, tipo de ocupación, tasa de desempleo, analfabetismo y problemas psicosociales. Además, son las localidades donde se agrupan un número significativo de colegios distritales de Bogotá.

Tabla 6

Características de la población bogotana

Variable	Bogotá	Zona de vulnerabilidad baja: Usaquén	Zona de vulnerabilidad alta: San Cristóbal
Estratos socio - Económicos	1 y 2, bajos; 3 y 4, medios; 5 y 6, altos	1,2,3,4,5,6 Bajos, medios y altos	1 y 2 Bajos
Composición familiar y estructura familiar	El 36% de los hogares tienen jefatura femenina, el 26% corresponde a familia extensa, el 60% son hogares nucleares distribuidos entre unipersonales, nucleares completos y nucleares incompletos. El 3.5% son reconstituidas o compuestas.	El 42% de los hogares tienen jefatura femenina, 35% de las familias son nucleares completas, el 16.9% son familias extensas y el 6.8% son familias compuestas. En cuanto al tipo de constitución familiar el 46.2% está en unión libre; 23.8% es casada y el 10.4% separada	El 35% de los hogares tienen jefatura femenina. El 54.9% son familias nucleares dentro de las cuales el 38.6% son nucleares completas. El 20.23% son hogares monoparentales y el 12.75% son familias extensas. El 27.4% de la población vive en unión libre, 18.8% son casados, 3.8% viudo, 6.2% separados, 43.7% son solteros.
Tipo de ocupación	La población bogotana trabaja en explotación de minas, transporte, almacenamiento y combustibles, comercio, reparación, restaurantes y hoteles, financieras, inmobiliarias y servicios; construcción, industrias manufactureras; servicios sociales, comunales y personales, agropecuaria, servicios de electricidad, gas y agua.	El trabajo formal se representa en empresas específicamente microempresas con un 80%, y el informal en construcción, conductor, meseros, vigilancia, ventas ambulantes y oficios domésticos.  Es una zona de canteras (areneras).	Gran parte de la población trabaja por contratación por días o temporal. La economía de la localidad depende del servicio doméstico, vendedores ambulantes, construcción, operarios, plomería reciclaje, producción de carnes y carpintería. La localidad cuenta con empresas para la producción de ladrillo (chircales) las que contratan personal a destajo y contaminan la ciudad por las características industriales utilizadas.
Problemáticas psicosociales	Altas tasas de violencia (intrafamiliar, maltrato infantil, violencia cotidiana), consumo de sustancias, conducta suicida y pandillismo juvenil.  El 37% de las mujeres ha reportado violencia física por parte de su compañero.  La violencia intrafamiliar que más se presenta es la emocional (50%), seguida por negligencia (25%), violencia física (14%) y económica (11%).	Se encuentra maltrato infantil, familias disfuncionales, deserción escolar de niños y adolescentes, desnutrición crónica, pandillas juveniles, consumo de sustancias, violencia intrafamiliar y conducta suicida. La tasa de violencia intrafamiliar es del 6.1%. Su prevalencia representa el 14.3% x 100.000 habitantes de todo Bogotá. La mayor tasa es la violencia emocional (24%), sigue negligencia (9.9), violencia física (8.25%), y por último agresiones sexuales y abuso sexual. El 27% de las mujeres reportó haber sufrido de agresiones físicas por parte de su esposo o compañero, el 6% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual por parte de su esposo o compañero.	Se observa consumo de sustancias psicoactivas como marihuana (29%), bazuco (24%), alcohol (17%), disolventes-inhalantes (11%), cocaína (3%). La tasa de violencia se distribuye así: violencia física (19%); abandono (5.8%); negligencia (3.9%); sexual (3.6%), económica y con una prevalencia por 100.000 de 13.9%. El 41% de las mujeres reporta haber sufrido agresiones físicas de parte de su compañero y el 13% haber sido víctima de violencia sexual.  Se observa violencia económica (utilización del niño para obtener recursos económicos – préstamo de niños entre familias para esta actividad).
Tasa de desempleo	10.9% al 11.4%	5.52%	6.73%
Tasa de analfabetismo	3.4%	2.3%	4.9%
Colegios distritales	358 Mínimo por zona: 2 Máximo por zona: 44	11	33

Fuentes: Alcaldía mayor de Bogotá (2011); Secretaría de Salud de Bogotá (2012); DANE (2012)

### **6.4.2.3 Selección de colegios**

#### ***Colegios Distritales***

Los colegios distritales se caracterizan por ser colegios que brindan la educación básica primaria y básica secundaria gratuita a niños de bajos recursos de la ciudad de Bogotá (estratos 1, 2, 3, 4). Su estructura organizativa está conformada por Rector, Coordinador académico, orientadora, y profesoras. El personal docente y administrativo tiene un nivel de formación de licenciados y profesionales en educación y la minoría con posgrados en educación o áreas afines. Los profesores tienen en promedio 20 años de trabajo con la secretaria de educación.

Algunos de los colegios distritales están organizados en 4 sedes y en dos jornadas. Las sedes obedecen a un ciclo de formación: ciclo 1: niños de 4 a 7 años que cursan preescolar, 1 y 2do grado; ciclo 2: niños de tercer y cuarto grado de 8 a 10 años; ciclo tres: niños de 11 a 13 años, de grados 5 y 7; ciclo 4: grados 8 y 9, adolescentes de 14 y 15 años y ciclo 5: de 10 y 11 grado, adolescentes de 16 a 18 años. Esta división se hace para favorecer los procesos académicos y el nivel de desarrollo de los niños beneficiarios (Alcaldía mayor de Bogotá, 2011).

Las instituciones educativas distritales dependen administrativa y académicamente de la Secretaria de Educación del Distrito la que obedece a los planes de desarrollo establecidos por el Ministerio de Educación Nacional. Es de destacar que la población estudiantil que asiste a los colegios distritales rota por los diferentes colegios de las localidades a conveniencia de las instituciones.

La población estudiantil que ingresa a estos colegios es multiétnica, se caracteriza por presentar violencia intrafamiliar, abuso sexual, desplazamiento, violencia económica, dificultades de adaptación, emocionales, comportamentales, problemas de interacción social, intimidación escolar y demás conductas que interfieren en la convivencia escolar como conducta opositora, desafiante, agresión, desobediencia, trastorno disocial leve y moderado, consumo de sustancias (inhalantes: dick y bóxer), delincuencia y pandillismo (Alcaldía mayor de Bogotá, 2011).

### ***Colegios de la zona de vulnerabilidad baja: Usaquén***

Los colegios seleccionados en la zona de vulnerabilidad baja: Usaquén cuentan con una población de 770 niños de 8 a 12 años de edad, distribuidos en 14 cursos en un colegio y seis cursos en los otros colegios (un promedio de 38 niños por grado académico) que abarcan los grados primero a cuarto. (3 cursos por grado académico). El 85% de la población estudiantil provienen de los Barrios San Cristóbal Norte, Santa Cecilia, Danubio, Alta Blanca, Praderas, Barrancas, Toberin, Babilonia, Cerro norte y Verbenal.

Las familias de los niños que asisten a estos colegios son nucleares (padre-madre y hermanos); monoparentales por diferentes condiciones (madre o padre soltero; viudo; separado, divorciado, abandonado; adopción por personas solteras y ausencia prolongada de un progenitor) y madres cabeza de hogar. La ocupación de los padres que prevalece es construcción, conductor, comerciante, mensajero, seguridad, todero, panadero, mesero, vendedor, operario, taxista. Un amplio número está desempleado. El rango de edades promedio es de 36 años. La población en su minoría procede de Bogotá. El mayor grupo proviene de las regiones Andina (Antioquia, Cundinamarca, Norte de Santander y Tolima); Caribe (Bolívar, César, Córdoba, Magdalena), Nariño, y Llanos Orientales (Boyacá) (DANE, 2012).

Los colegios seleccionados en la zona de vulnerabilidad baja: Usaquén se encuentran ubicados en los Barrios San Cristóbal Norte, Santa Cecilia y Verbenal. Uno de los colegios seleccionados está organizado en 4 sedes; el otro en dos sedes y uno en una sola sede.

### ***Colegios de la zona de vulnerabilidad alta: San Cristóbal***

Los colegios seleccionados en la zona de vulnerabilidad alta: San Cristóbal, están ubicados en la parte media y falda de la zona, y se encuentran rodeados por el parque ecológico entre nubes que es una reserva natural de la ciudad de Bogotá. Están ubicados en los barrios la Victoria, San Miguel y San Martín.

La población de 8 a 12 años es de 1500 niños, distribuidos en 24 cursos en uno de los colegios seleccionados y 12 cursos en los otros dos colegios. Uno de los colegios tiene 4 sedes, el otro dos sedes y uno una sola sede. Los niños que asisten a estos colegios viven en los barrios Rincón del Valle, Peninzula, Canadá Güira, Villa del Cerro, La Gloria, Altamira, La Nueva Gloria, San Miguel, San Martín y la Victoria.

Las familias de esta población se caracterizan por ser monoparentales, específicamente mujeres cabeza de familia, con un promedio de edad de 25 años. Trabajan como aseadoras, en servicio doméstico, celaduría y en fábricas de productos de aseo personal como operarias, fuera de la localidad con turnos de 12 horas, por lo que permanecen muy poco tiempo con sus hijos, quienes son cuidados por los vecinos y toman sus alimentos en restaurantes comunitarios. La gran mayoría viven en inquilinatos en una o dos piezas (Alcaldía mayor de Bogotá, 2011).

Estas familias son bogotanos que han invadido la zona, han sido desplazados de otras zonas de Bogotá o del país por los diferentes tipos de violencias. La gran mayoría son familias de etnia negra (afrocolombianos) procedentes de la Región Andina específicamente del municipio de Turbo (Antioquia); la Región Caribe, la Región Pacífica (Quibdó - Chocó, Jamundí - Valle), reinsertadas del fenómeno paramilitar, de la guerrilla y desplazadas por el conflicto armado en Colombia (DANE, 2012).

#### **6.4.3 Instrumentos de Evaluación**

Se utilizaron en total seis instrumentos estandarizados. Dos se aplicaron a los padres: el cuestionario de comportamientos infantiles (6-18 años) que hace parte del sistema de evaluación de base empírica ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001); el cuestionario de factores cognitivos de los padres/cuidadores (Hewitt y Ramirez, 2004); que se utilizó para obtener la información que permitía soportar la evaluación de las variables del modelo cognitivo social; Tres de autoinforme se aplicaron a los niños y permitieron la evaluación de las variables de los modelos de regulación emocional y transaccional del desarrollo. Y uno se empleó como medio de selección

de la muestra de niños. Adicionalmente, se empleó una ficha sociodemográfica que fue completada por los padres y permitió obtener la información correspondiente a las variables sociodemográficas lo que soportó también la información correspondiente a las variables del modelo transaccional del desarrollo.

#### **6.4.3.1 Instrumentos aplicados a los padres**

**Ficha sociodemográfica**, a través de la cual se obtuvo la información correspondiente de las variables sociodemográficas de los participantes tales como edad, sexo, grado educativo del niño; tipo de cuidador (padre, madre, abuelos, tíos), estrato socioeconómico, nivel educativo del cuidador, estado civil del cuidador, personas con quien vive el niño para identificar el tipo de familia (nuclear, extensa, monoparental o reconstituida), ocupación, procedencia, y tiempo de convivencia con el niño. Esta ficha fue revisada por 3 jueces expertos (Anexo 1).

**Cuestionario de comportamientos infantiles 6-18 años (Child Behavior Checklist, [CBCL], (Achenbach y Rescorla, 2001).** Consta de dos partes: la primera parte, con siete apartados, incluye preguntas que evalúan la adaptación social y el rendimiento académico del niño; la segunda parte abarca 113 ítems que evalúan el comportamiento de los niños a través de una escala tipo Likert donde 0: (No es cierto); 1 (algunas veces cierto) 2 (cierto muy a menudo). El cuestionario está integrado por las escalas de banda ancha que evalúan los comportamientos internalizados, los comportamientos externalizados y el total de conducta problema y las escalas de banda estrecha que evalúan los ocho síndromes específicos del CBCL con evidencia empírica que son Ansioso/depresivo, retraído/depresivo, quejas somáticas, conducta de ruptura de normas, comportamiento agresivo, problemas de pensamiento, problemas sociales y problemas de atención.

Las puntuaciones de un niño son representadas en forma de perfil mostrando cómo dicho niño se diferencia de los niños de la misma edad y sexo en cada escala de espectro restringido. Se calculan también las puntuaciones estándar para la puntuación total del niño en todos los ítems de la escala internalizada y la escala externalizada. Estas puntuaciones proporcionan unas comparaciones más globales entre los problemas de conducta de un niño concreto y sus iguales normales (Achenbach y

Rescorla, 2001, 2007). El puntaje total del CBCL y de cada síndrome específico se obtiene sumando los valores de cada uno de los ítems, el que se convierte a percentiles y puntajes T. Las puntuaciones T son puntuaciones con una media de 50 y una desviación típica de 10. Esta escala es la más usada con propósitos de recolección de datos para uso clínico, epidemiológico y de investigación en psicopatología infantil. Ha sido formalmente estandarizada y traducida a más de 70 idiomas. Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos en países diversos que han podido establecer comparaciones y documentar su viabilidad transcultural. En la versión más reciente (CBCL/6-18) se introdujeron subescalas de banda estrecha orientadas al DSM, que contienen los mismos reactivos de la prueba original calificados como muy consistentes con categorías diagnósticas del DSM por expertos psicólogos y psiquiatras de diversas culturas, derivando en las subescalas DSM de “afectivos”, “ansiedad”, “quejas somáticas”, “déficit de atención/hiperactividad”, “oposicionismo” y “conducta”

La consistencia interna de la escala se ha demostrado en varias ocasiones (Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach, Dumenci, Rescorla, 2002). La escala tiene un test -retest de valor 0.95 a 1.00, para el listado de conductas. Tiene una consistencia interna de 0.78 a 0.97 para cada una de la escalas de los problemas específicos; y para las escalas totales de 0.95 (Achenbach y Rescorla, 2001). Este instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios (Barber, Ball, Armistead, 2003; Gracia, Lila, Musitu, 2005; Kerr, López, Olson y Sameroff, 2004; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández, y López-Pina, 2010; Ulu y Fisiloglu, 2002); estudios transculturales (Achenbach y Rescorla, 2001; Rescorla et al., 2007; Rescorla, et al., 2011; Rescorla et al., 2012). Es de destacar que la escala ha sido aplicada para evaluar el comportamiento de niños colombianos (Ángel y Gómez, 2006; Henao y Mahecha, 2005; Hewitt, Barrera, Carrillo, Perrilla y Rey, 2009; Hewitt, Jaimes, Vera y Villa, 2012).

Una referencia importante para este estudio, es que la escala fue validada para Colombia con una muestra de 1531 padres de niños de 6 a 18 años bajo la aprobación y coordinación del Dr. Thomas Achenbach y la Dra. Leslie Rescorla autores de este

instrumento, encontrándose un coeficiente de confiabilidad de .83 y una consistencia interna de .94. El análisis factorial confirmatorio demostró un buen ajuste de los datos y una estructura factorial acorde con las dimensiones teóricas propuestas y planteadas por los autores, lo que permite señalar que presenta validez de criterio, de constructo y confiabilidad por estabilidad y consistencia interna y se ajusta para su aplicación en la población Colombiana (Hewitt, Jaimes, Vera y Villa, 2012).

Este cuestionario se utilizó en esta investigación para identificar los problemas psicológicos de banda ancha, banda estrecha o síndromes específicos de la población de estudio.

**Cuestionario Factores Cognoscitivos de los Padres [FCP] (Hewitt y Ramirez, 2004).** Es un cuestionario tipo likert que mide las atribuciones, creencias y expectativas de los padres con respecto a sus hijos, a todos los niños y a sí mismos como padres. Consta de 179 items distribuidos en tres categorías que son: a) Lo que pienso, creo y espero de los hijos (67 items); b) lo que pienso, creo y espero de todos los niños (47 items); y c) lo que pienso, creo y espero de sí mismo como padre (65 items). Cada categoría evalúa las dimensiones atribuciones, creencias y expectativas de los padres o cuidadores. Tiene cuatro posibilidades de respuesta que son: 4 (muy de acuerdo), 3 (de acuerdo), 2 (en desacuerdo) y 1 (en desacuerdo total). La corrección de la prueba se hace sumando los puntajes directos de cada una de las dimensiones, los que se clasifican clasifican en las categorías bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte obtenidos, los que se establecieron utilizando los percentiles 33 y 66 para cada una de las dimensiones del instrumento. El cuestionario se puede aplicar de manera individual o grupal y requiere un tiempo de aplicación de 40 minutos.

El coeficiente de confiabilidad del cuestionario es de 0.95; la categoría 1, tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.95; la categoría dos, de 0.75 y la categoría 3, de 0.88. Lo que señala que presenta una consistencia interna adecuada y suficiente (Hewitt y Ramírez, 2004). Este cuestionario se ha aplicado en investigaciones con

padres colombianos mostrando un buen comportamiento (Hewitt, 2005; Ramírez, Vejarano, Hewitt y Navarrete, 2007).

En esta investigación, este cuestionario fue aplicado a los padres o cuidadores de los niños y se utilizó para evaluar las variables predictoras del modelo cognitivo social.

#### **6.4.3.2 Cuestionarios de autoinforme aplicados a los niños y niñas**

**Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes – [BASC].** Esta escala fue construida por Reynolds y Kamphaus (1992), y adaptado por González, Fernández, Pérez y Santa María (2004), con el fin de evaluar los problemas conductuales, trastornos emocionales, problemas de personalidad que con frecuencia se presentan en la infancia y en la adolescencia, al igual que las dimensiones adaptativas. Puede utilizarse con padres, tutores y el propio niño o adolescente a partir de la aplicación de los cuestionarios, la historia estructurada de desarrollo y a través de la observación. Se aplica a niños de 3 a 18 años. Los cuestionarios son diferentes según la edad del sujeto evaluado: nivel 1, educación infantil (3-6 años); nivel 2, educación primaria (6-12 años); nivel 3, educación secundaria, (12-18 años). Los cuestionarios para padres y tutores requieren un tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos y los autoinformes de 30 minutos. Los componentes del BASC se pueden utilizar de forma aislada o en conjunto.

En esta investigación se utilizó el autoinforme de personalidad S2 (8-12 años), que es un cuestionario de personalidad que valora las emociones y autopercepciones del niño. Consta de 146 items que se distribuyen en doce escalas agrupadas en las dimensiones globales: a) desajuste escolar o inadaptación escolar compuesta por las escalas actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores; b) desajuste clínico: compuesta por las escalas ansiedad, atipicidad, locus de control; c) ajuste o adaptación personal que abarca las escalas relaciones con los padres, relaciones interpersonales, autoestima y confianza en sí mismo; d) otros problemas que consta de las escalas depresión, sentido de incapacidad y estrés social y e) un

índice global que es el índice de síntomas emocionales (ISE), que se compone tanto de escalas negativas (clínicas) como positivas (adaptativas) cuyas puntuaciones se han invertido. Consta de enunciados que se contestan como verdadero o falso. La confiabilidad del conjunto de las escalas está entre 0.70 y 0.80; la del índice de síntomas emocionales varía de 0.88 a 0.95 y la confiabilidad de las dimensiones globales es de 0.86 (Reynolds y Kamphaus, 2004).

El BASC es adecuado para investigación de la psicopatología en la infancia. En cuanto a su corrección ofrece dos tipos de puntuaciones transformadas de cada escala: las puntuaciones T y los percentiles. Las puntuaciones T son puntuaciones con una media de 50 y una desviación típica de 10. Estas puntuaciones T no están normalizadas, son transformaciones lineales de las puntuaciones directas y mantienen la forma de las distribuciones de las puntuaciones directas. Para esta investigación de tomaron los baremos generales es decir los que están subdivididos por grupos de edad (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Para su aplicación en esta investigación se solicitó a un grupo de psicólogos con experiencia en el campo infantil revisar el contenido (la semántica) de los ítems y posteriormente se les pidió a un grupo de 20 niños de diferentes grados educativos de una de las instituciones seleccionadas que lo diligenciaran con el fin de decidir sobre su aplicabilidad. Una vez finalizado este proceso se ajustaron algunas palabras al español de nuestro país de 3 ítems que fueron: el ítem 20 “*Nunca he montado en coche*” por “*Nunca he montado en carro*”, el ítem 114 “*se me da bien enseñar a otros como hacer las cosas*” por “*puedo enseñar a los demás como hacer la cosas*”; y el ítem 115, “*se me da bien tomar decisiones*” por “*puedo tomar decisiones*” .

Para efectos de esta investigación se tomaron las puntuaciones de las escalas estrés social, ansiedad, confianza en sí mismo, autoestima y las dimensiones globales desajuste escolar, ajuste personal e índices de síntomas emocionales como indicadores de medida de la regulación emocional de los niños. Y las escalas relaciones con los padres, relaciones interpersonales, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa

hacia los profesores, como indicadores de medida de las interacciones del niño con el ambiente escolar, familiar y social propias del modelo transaccional del desarrollo.

**Inventario de Depresión infantil – [CDI].** Adaptación española Tea Ediciones (Del Barrio y Carrasco, 2004). El inventario de depresión infantil, Children's Depression Inventory fue elaborado por Maria Kovacs (1985, 1992). La adaptación española, es un cuestionario conductual tipo autoinforme que valora la sintomatología depresiva en niños de 7 a 15 años, consta de 27 reactivos cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente y puede ser aplicado individual o colectivamente, esta última forma de aplicación es la que se utiliza en la investigación. La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de la presencia del ítem más baja, 1 a una intensidad o frecuencia media y 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Para la calificación de la prueba se suman las puntuaciones de los ítems que componen cada subescala. El instrumento evalúa dos escalas que son disforia y autoestima negativa. La suma de los puntajes de estas dos escalas equivale a la puntuación total de depresión. Las tres puntuaciones directas obtenidas de las escalas (disforia, autoestima, total depresión) pueden transformarse en sus correspondientes percentiles y puntuaciones típificadas z y T mediante la consulta de las tablas de baremos las que están diferenciadas por edad y sexo y tres clasificaciones: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa. El punto de corte utilizado es de 19. La puntuación percentil 90 es un indicador de sintomatología depresiva, a partir del percentil 96 se considera que esta sintomatología es severa. La fiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach es de 0.80 y la obtenida mediante el método de dos mitades es de 0.79 (Del Barrio y Carrasco, 2004).

Esta prueba fue validada en Colombia con un grupo de 207 niños de 8 a 12 años de los grados tercero, cuarto y quinto de primaria y se encontró un Alpha de Cronbach de 0.84. Los datos obtenidos confirmaron la validez interna de los ítems, solamente la preguntas 1 y 7 que se refieren a disforia y autoestima, presentaron bajo nivel de consistencia interna. La población escolar obtuvo una media de 7.9, puntaje más bajo

al encontrado por la autora Kovacs (1985) que fue de 9.8 (Gómez, Alvis y Sepúlveda, 2003).

A partir de este instrumento se obtuvieron los puntajes de total de depresión y disforia como indicadores de la regulación emocional de los niños participantes en este estudio.

**Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo en niños, niñas y adolescentes [STAXI-NA]** (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Es un instrumento cuyo objetivo es evaluar la ira en niños y adolescentes de 8 a 17 años, a través de la valoración de sus tres componentes experiencia, expresión y control, además permite obtener el índice de expresión global de la ira. Consta de 32 ítems distribuidos en tres escalas: 1) Estado de ira, se refiere a un estado emocional intenso ante un estímulo específico. Es la reacción airada y puntual en un momento dado. Está compuesta por las subescalas de sentimiento, expresión verbal y expresión física; 2) Rasgo de ira, que consta de las subescalas de temperamento y reacción de ira; y 3) Expresión y control de la ira compuesta por las subescalas: a) expresión externa de la ira; b) expresión interna de la ira; c) control externo de la ira; d) control interno de la ira; y e) índice de expresión de ira, que es la suma de las puntuaciones de las cuatro escalas anteriores. El cuestionario tiene tres opciones de respuesta que son poco, bastante, mucho para la escala de estado de ira; y casi nunca, a veces, casi siempre para las escalas de rasgo de ira y expresión y control de la ira. Para su calificación se suman los puntajes obtenidos y se revisan los percentiles en las tablas de los baremos, las que están discriminadas para sexo y edad. Este cuestionario se puede aplicar de forma individual o colectiva, parte de la adaptación del STAXI de adultos a población infantil española (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). En esta investigación se aplicó de forma grupal.

La consistencia interna oscila ente 0.53 y 0.81 para todas las dimensiones (Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005). Las subescalas obruvieron un coeficiente de Cronbach superior a 0.60, excepto en la escala de expresión y control de la ira, donde

el coeficiente fue 0.45. La escala ha sido aplicada en estudios con niños colombianos (Ramírez & Fernández, 2008).

Para efectos de esta investigación se analizaron las escalas estado ira, rasgo ira, temperamento de ira, expresión interna y expresión externa de la ira y control interno y control externo de la ira como indicadores de la regulación emocional de la población de estudio.

**Matrices progresivas de RAVEN [RAVEN].** Es una prueba utilizada para estimar la capacidad intelectual de niños, adolescentes y adultos; se puede aplicar de forma individual o colectiva. Consta de tres escalas: la escala general - SPM; la escala de color – CPM para niños; y la escala superior – APM. Dadas las características de la muestra se aplicó la escala general y de color que permite medir la capacidad intelectual, teniendo en cuenta la aptitud para dar sentido a un material desorganizado o confuso, la capacidad de educación de relaciones y el manejo de materiales no verbales que facilitan la captación de una estructura compleja. Las puntuaciones del instrumento permiten ubicar a los evaluados en una escala de cinco puntos o grados de capacidad intelectual que son: grado 1, capacidad intelectual superior; grado 2, capacidad intelectual claramente por encima del promedio; grado 3, capacidad intelectual promedio; grado 4 capacidad intelectual claramente por debajo del promedio y el grado 5, déficit intelectual (Raven, Court, Raven, 2001). Los baremos están en centiles y tiene puntuaciones típicas para grupos de edad (niños, adolescentes, universitarios y adultos). La confiabilidad del instrumento está dada a través del procedimiento de ‘dos mitades’ ofreciendo índices que varían desde 0.65 hasta 0.93, mientras que en el procedimiento ‘test- retest’ con distintas muestras de niños, varían desde un coeficiente de 0.81 a 0.87 lo que indica una confiabilidad alta. El RAVEN cuenta con validez de tipo concurrente y predictiva (Raven, Court, Raven, 2001).

En esta investigación esta escala se aplicó con el fin de identificar los niños con capacidad intelectual promedio o superior que podían hacer parte de la muestra del estudio.

#### 6.4.4 Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en tres fases. En la **primera fase** se formuló y fundamentó teóricamente un modelo relacional integrado explicativo de los problemas de banda ancha y banda estrecha, se realizó el diseño del diagrama de secuencias de relaciones causales (Figura1). Posteriormente, se definieron los criterios de inclusión de los participantes y los instrumentos a utilizar por lo que se revisó su confiabilidad y aplicabilidad en niños y padres. Se realizaron los contactos institucionales para la selección de la muestra. Para tal fin, se llevó a cabo el Contacto con los Colegios Distritales a través de la Coordinadora administrativa de educación [CADEL], a quien se le presentó el proyecto de investigación, sus objetivos y el procedimiento, y se le pidió la autorización para su desarrollo en las instituciones educativas de dos localidades, una localidad de vulnerabilidad baja y otra de vulnerabilidad alta, representativas de la ciudad de Bogotá. Una vez se obtuvo la autorización, se contactaron los Rectores de las Instituciones educativas de carácter público para iniciar con la investigación. Se citaron a los cuidadores y a los niños en grupos de 20, para presentarles el estudio, invitarlos a participar y solicitar su consentimiento y asentimiento informado. Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de la escala de RAVEN a los niños que asintieron y cuyos cuidadores consintieron participar, con el fin de seleccionar la muestra de acuerdo con el criterio de inclusión (niños con un nivel de inteligencia promedio como mínimo).

En la **segunda fase** se realizó la aplicación de los instrumentos a aquellos cuidadores de niños con inteligencia promedio que consintieron participar, se citaron en grupos de 20 para la aplicación de la ficha socio-demográfica, el cuestionario FCP y la escala del CBCL. Esta aplicación se realizó en un salón asignado por cada institución educativa, después de presentadas las instrucciones sobre la forma de diligenciar cada uno de los instrumentos y de aclarar las inquietudes. La aplicación tuvo una duración de dos horas.

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos seleccionados a los niños de los cuidadores que diligenciaron todos los cuestionarios. La aplicación también se hizo en grupos de 20 niños con una duración de hora y media. Esta fase de aplicación se llevó a cabo en un periodo de 9 meses, en las instituciones educativas seleccionadas, de acuerdo con el cronograma de actividades estipulado por las orientadoras escolares.

Una vez aplicados los instrumentos mencionados se inició **la tercera fase** en la que se codificaron los instrumentos y se realizó la base de datos de la información obtenida con los 904 cuidadores y los 904 niños. Posteriormente se depuró la base de datos y se trasladó al paquete estadístico SPSS versión 21.0 para realizar los análisis univariados, bivariados y multivariados de los datos. Los resultados se interpretaron con base en el sustento teórico elaborado en el presente estudio.

#### **6.4.5 Diseño**

Es una investigación empírico analítica, con metodología cuantitativa y un estudio explicativo. Este tipo de estudios se orientan a explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables (Fitzgerald, Rumrill, y Schenker, 2004; Hernández, Fernández y Baptista, 2006; Montero y León, 2007).

Es un estudio transeccional correlacional comparativo y causal, de carácter multivariado que pretende evaluar el efecto de varias variables predictoras sobre varias variables criterio (Fitzgerald, Rumrill, y Schenker, 2004; Rumrill, 2004). Las variables predictoras son las relacionadas con los tres modelos explicativos. Las variables criterios son la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha.

#### **6.4.6 Variables**

##### **6.6.1 Variables predictoras**

En este estudio se tomaron como variables predictoras las variables que permiten identificar los elementos propios de los modelos que se sometieron a

evaluación, que se presentan en las Tabla 7 y que fueron medidas a través de los instrumentos ficha sociodemográfica y FCP diligenciados por los cuidadores y los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI, completados por los niños descritos anteriormente.

Las *Variables predictoras del modelo transaccional del desarrollo* que se midieron con la escala del BASC fueron **relaciones con los padres** definida como la percepción del niño sobre el estado de la relación padres-hijo, de la confianza e interés de los padres por él, y de la importancia en la familia; **relaciones interpersonales** referida a la percepción del nivel de éxito y el grado de satisfacción que tiene el niño en sus relaciones sociales y amistades con los compañeros; **actitud negativa hacia el colegio** son los sentimientos del niño de alienación, hostilidad e insatisfacción respecto del colegio, así como la opinión general que tiene sobre la utilidad del colegio y su nivel de satisfacción con él mismo; **actitud negativa hacia los profesores**, se refiere a la percepción del niño de que los profesores son injustos, no le prestan atención, exigen demasiado o están desmotivados para ayudar a sus estudiantes. Se manifiesta en el resentimiento y antipatía hacia los profesores (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Las otras variables predictoras del modelo transaccional se refieren a **las características sociodemográficas** de la población que fueron identificadas a través de la ficha sociodemográfica. Estas variables son **edad del niño** referida a los años de vida transcurridos desde el momento del nacimiento a la fecha de la aplicación del estudio; **grado educativo del niño**, el nivel académico en que se encuentra ubicado el niño en la institución educativa; **estrato socioeconómico**: es el código asignado por el DANE a la vivienda donde se reside, con base en el acceso a los servicios públicos y educativos en este caso puede ser 1, 2 o 3; **zona**, corresponde a la zona de residencia, la que se caracteriza por más o menos vulnerabilidad psicosocial y factores de riesgo. Para efectos de esta investigación se tienen dos categorías zona de vulnerabilidad alta ubicada en el norte de Bogotá y zona de vulnerabilidad baja ubicada en el sur de la ciudad; **cuidador**, es la persona que se encarga del cuidado diario del niño y mantiene un lazo afectivo emocional con él, puede ser el padre, la madre, la abuela, la tía; **estado civil del cuidador**, referida a la situación de la persona que determina la forma

de conformación o estructura familiar, se clasifica en soltero, casado, unión libre, separado o viudo; **personas con quien vive el niño**, definido como el tipo de familia en que se encuentra ubicado el niño, puede ser nuclear si vive con padres biológicos y hermanos; extensa si además de vivir con sus padres y hermanos convive con los abuelos, tíos y primos; monoparental si es criado por su padre o madre biológica; reconstituída, si además de vivir con el padre o madre y hermanos, convive con el padrastro o madrastra; **edad del cuidador**, es el número de años transcurridos desde el nacimiento al momento de aplicación de la investigación; **nivel educativo del cuidador**, es el último nivel educativo alcanzado por el cuidador; **ocupación** actividad laboral que desarrolla de manera independiente o dependiente el cuidador; **tiempo que ha vivido con el niño**, es el número de años transcurrido desde el momento que está viviendo con el niño y que determina la relación afectiva con el niño.

Las *variables predictoras del modelo cognitivo social*, medidas a través del cuestionario FCP, son **atribuciones** que son las explicaciones causales que los individuos en este caso los padres hacen acerca de su conducta, la de sus hijos y los eventos o situaciones (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). **Creencias**, entendidas como las afirmaciones, autoverbalizaciones, reglas, demandas, deberes y necesidades que hacen los individuos en este caso los cuidadores acerca de su conducta, la de los demás y los eventos y situaciones (Milner, 2003); y **expectativas**, la probabilidad percibida por una persona en este caso el padre o cuidador de manera anticipatoria de que una acción conducirá a la consecución de una meta (Milner, 2003).

Las *Variables predictoras indicadoras del modelo de regulación emocional* medidas con la escala del BASC fueron **estrés social** definida como los sentimientos de estrés, tensión, presión y falta de recursos de afrontamiento en las relaciones e interacciones personales, el sentimiento de ser excluido de las actividades sociales; **ansiedad** referida al sentimiento de nerviosismo, preocupación y miedos generalizados que puede producir confusión en el proceso de toma de decisiones; **confianza en sí mismo** entendida como la confianza en la propia capacidad para resolver problemas y la seguridad para tomar decisiones; **desajuste escolar**, que se refiere a la medida general de la adaptación del niño al colegio y las relaciones en este

ámbito; **ajuste personal**, es la medida global de la adaptación del niño; **índice de síntomas emocionales**, es un indicador global de las alteraciones emocionales (Reynolds y Kamphaus, 2004). Las variables medidas a través de la escala del STAXI-NA son **ira estado**, se refiere a una reacción emocional intensa que implica la expresión verbal y física ante un estímulo específico; **ira rasgo**, definida como la tendencia a desarrollar reacciones emocionales intensas de forma frecuente; **temperamento de ira**, definido como la tendencia a presentar reacciones continuas y permanentes de ira; **expresión externa de la ira** se relaciona con dirigir la ira hacia personas u objetos del entorno como una respuesta impulsiva; **expresión interna de la ira** que consiste en suprimir, inhibir, o dirigir contra uno mismo la expresión de la ira; **control externo de la ira**, se refiere a la expresión controlada de la ira, es cuando el individuo está alerta por controlar los estímulos productores de reacciones de ira; **control interno de la ira** es cuando el individuo utiliza habilidades como relajarse o calmarse como forma de control de la ira (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Las variables medidas a través del CDI son **Disforia** entendida como humor depresivo, tristeza y preocupación; y **total depresión** entendida como estado de ánimo caracterizado por inmensa tristeza, sentimientos de culpa, soledad, y deseos de hacerse daño (Del Barrio y Carrasco, 2004).

#### **6.4.6.2. Variables controladas**

Las variables sociodemográficas controladas fueron **edad de los niños**. Se tomó el intervalo de 8 a 12 años. Porque según las investigaciones es el rango de edad en el que se presenta con mayor frecuencia los problemas de banda ancha y banda estrecha (Ollendick et al., 2010). **Sexo** para lo que se incluyeron niños y niñas porque los casos de problemas de banda ancha y banda estrecha se presentan tanto en niños como en niñas (Achenbach y Rescorla, 2001). **Cuidadores**, se seleccionaron niños y niñas que contaran con una persona que estuviera a cargo de su crianza y su cuidado y que pudiera dar información fiable sobre sus comportamientos. Se identifican como tal el padre o madre biológica, el padrastro o madrastra, la abuela o abuelo, el tío o tía. **Nivel educativo de los cuidadores**, Cuidadores que saben leer y escribir porque los

tipos de instrumentos utilizados requieren competencias lecto-escritas para su diligenciamiento. **Tiempo de convivencia con los niños**, se seleccionaron aquellos niños cuyos cuidadores hubiesen convivido por lo menos durante el último año con los niños. Porque se ha establecido una relación de compromiso afectivo y de responsabilidad con su crianza (Appel y Holden, 1998; Johnston, 2003). **Zona de residencia**, seleccionando dos zonas vulnerables y representativas de los problemas psicosociales de la ciudad de Bogotá, una zona de vulnerabilidad alta ubicada en el sur de la ciudad y una zona de vulnerabilidad baja ubicada en el norte de la ciudad. **Estrato socioeconómico**, definido como la condición de acceso a recursos e ingresos por parte del cuidador y que está determinado por el DANE. Se seleccionaron los estratos 1, 2 y 3 definidos por el ingreso mensual de la familia, porque la pobreza está relacionada con la mayor presencia de problemas psicológicos en los niños (White y Renk, 2012).

#### ***6.4.6.3 Variables criterio***

Las variables criterio en este estudio se refieren a los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha de los niños y niñas de la muestra analizada. Los problemas de banda ancha son los conocidos como los comportamientos internalizados y los comportamientos externalizados y los problemas de banda estrecha como los ocho síndromes específicos que son ansioso-depresivo; retraído-depresivo, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conductas agresivas y ruptura de normas.

Los problemas de banda ancha referidos a los comportamientos externalizados son los que se dirigen al exterior (Achenbach, 2009), siguen un continuo en cuanto a la intensidad, severidad, frecuencia y cronicidad (Aláez et al., 2000). Involucran comportamientos manifiestos desajustados como agitación psicomotora, desobediencia, actos destructivos, ataques físicos, amenazas y subvaloración a otros, crueldad, matoneo, peleas y comportamiento delincuente (Achenbach, 2009; Achenbach y Edelbrock, 1983, 1984). Se dividen en dos grupos de síndromes: 1)

síndrome de conducta o comportamiento agresivo y 2) síndrome de conducta o comportamiento de ruptura de reglas o normas.

Los problemas de banda ancha conocidos como comportamientos internalizados, se refieren a problemas o desórdenes de tipo emocional y afectivo (Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach y Rescorla, 2001), ocurren dentro de la persona, y se relacionan con sentimientos negativos acerca de sí mismo, con ansiedad, miedos, infelicidad y culpa excesiva, así como con malestar somático y disfunción sin causa médica conocida (Achenbach, 2009). Involucran alteraciones emocionales relacionadas con inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas de banda estrecha (Achenbach, 2009; Achenbach y Rescorla, 2001). Se relacionan con tres grupos de síndromes: 1) ansioso/depresivo; 2) retraído/depresivo y 3) quejas somáticas que de forma individual se constituyen en problemas psicológicos de banda estrecha (Achenbach, 2009; Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach y Rescorla, 2001). Agrupan también los problemas de pensamiento, sociales y de atención, que individualmente se consideran como síndromes específicos del grupo de banda estrecha y en las evaluaciones con la lista de comportamientos infantiles se tienen en cuenta en la suma del total de los problemas (Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach y Rescorla, 2014).

Estas variables criterio fueron valoradas mediante el instrumento del CBCL descrito previamente a través de las diversas escalas que lo componen. Las variables de estudio son presentadas en las Tablas 7 y 8.

**Tabla 7****Variables Predictoras**

Modelo	Variables	Instrumento de medición	
Transaccional del desarrollo	Edad del niño	Ficha sociodemográfica	
	Grado educativo del niño		
	Zona en que vive el niño		
	Estrato socioeconómico		
	Estructura familiar		
	Personas con quien vive el niño		
	Cuidador		
	Edad del cuidador		
	Nivel educativo del cuidador		
	Ocupación		
Cognitivo social	Tiempo que lleva viviendo con el niño	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes – Escala BASC	
	Relaciones con padres		
	Relaciones interpersonales		
	Actitud negativa hacia el colegio		
	Actitud negativa hacia los profesores		
Regulación emocional	Atribuciones, creencias y expectativas acerca de los hijos	Factores cognitivos de los padres (FCP)	
	Atribuciones, Creencias y expectativas acerca de todos los niños		
	Atribuciones, creencias y expectativas acerca de si mismo como padre		
Regulación emocional	Estrés social	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes - Escala BASC	
	Ansiedad		
	Autoestima		
	Confianza en sí mismo		
	Desajuste escolar		
	Ajuste personal		
	Índice de síntomas emocionales		
	Ira estado		Inventario de Expresión de Ira Estado - Rasgo en niños, niñas y adolescentes [STAXI-NA]
	Temperamento de ira		
	Ira rasgo		
Expresión externa de la ira			
Expresión interna de la ira			
Regulación emocional	Control externo de la ira	Inventario de depresión infantil (CDI)	
	Control interno de la ira		
	Total depresión		
	Disforia		

**Tabla 8****Variables criterio**

Variables	Instrumento
Escala I Ansioso/Depresivo	Cuestionario sobre el Comportamiento de los Niños(as) (CBCL/6-18).
Escala II Retraído/depresivo	
Escala III- Quejas somáticos	
Escala IV- Problemas sociales	
Escala V- Problemas de pensamiento	
Escala VI-Problemas de atención	
Escala VII- Conductas agresivas	
Escala VIII- Ruptura de normas	
Comportamientos externalizados	
Comportamientos internalizados	
Puntuación total CBCL	

#### **6.4.7 Análisis Estadístico**

Los análisis se llevaron a cabo a través del programa estadístico SPSS versión 21.0. Este análisis implicó análisis, univariados, bivariados y multivariados. Los análisis univariados abarcaron el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población participante (niños y cuidadores); y de los resultados de los instrumentos aplicados a padres y a niños. Posteriormente se realizaron los análisis comparativos por zona y por colegios para lo que se utilizó el coeficiente de incertidumbre. Debido a la forma de la distribución de la población y al tipo de variables de estudio (ordinales, nominales y rangos o clasificatorias) se aplicó el estadístico U Mann Whitney con un nivel de significancia de  $p = .05$ . La realización del análisis comparativo de las pruebas aplicadas a los cuidadores y de los cuestionarios aplicados a los niños se hizo mediante la prueba Kruskal Wallis, se obtuvo el coeficiente estadístico  $\chi^2$  con una  $p < .05$ .

Los análisis bivariados incluyeron análisis comparativos y análisis correlacionales. Se usó el estadístico Kruskal Wallis y se obtuvo el  $\chi^2$  para los análisis comparativos y el coeficiente de Pearson para los análisis correlacionales.

Los análisis multivariados implicaron el uso de modelos de ecuaciones estructurales [SEM] los que se hicieron para confirmar la estructura relacional propuesta y comprobar las hipótesis del estudio. Se utilizó el paquete estadístico AMOS. Se eligió el análisis de ecuaciones estructurales como la estrategia de análisis de datos más adecuado debido a que incluye simultáneamente múltiples predictores observados y latentes en un solo modelo (Kline, 2005); y prueba relaciones directas e indirectas mientras explica la estructura anidada de los datos (Iacobucci, Saldanha y Deng, 2007).

Para llevar a cabo el análisis de ecuaciones estructurales, se desarrolló un modelo fundamentado teóricamente, se construyó el diagrama de secuencia de relaciones causales, posteriormente este diagrama de secuencia se convirtió en un conjunto de modelos y relaciones estructurales y se estimó el modelo propuesto, se

evaluó la identificación del modelo estructural, se identificaron el índice de bondad de ajuste estadístico y los índices de bondad de ajuste y se interpretaron los resultados.

Se probaron 7 modelos de forma separada, una vez se probó la estabilidad de la estructura básica del CBCL, se probaron los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo social y de regulación emocional, al igual que la estructura relacional integrada para confirmar la propuesta para este estudio. Posteriormente, se probó la estabilidad de la estructura relacional integrada obtenida según contexto y según el rango de presentación de las problemáticas infantiles. Para llevar a cabo el modelamiento con ecuaciones estructurales se dibujaron los modelos, se identificaron los parámetros y variables y se establecieron las características del análisis.

Con el fin de evaluar si los datos obtenidos respaldan los modelos teóricos propuestos se utilizó el  $\chi^2$  como el índice de bondad de ajuste estadístico y los índices de bondad de ajuste: 1) índice de bondad de ajuste [GFI], 2) índice de bondad de ajuste corregido [AGFI] y el 3) índice de la raíz cuadrada media del error de aproximación [RMSEA] (Hu y Bentler, 1999). Para el análisis de la estructura relacional integrada según el contexto, se tomaron como índices además del  $\chi^2$  como índice estadístico, el (RMSEA) como el índice de ajuste primario debido a que ha demostrado un mayor desempeño con datos categóricos binarios (Rescorla et al, 2012), el índice de ajuste comparativo [CFI] y el índice Tucker –Lewis [TLI] como indicadores secundarios.

El  $\chi^2$  con un valor  $p$  por encima de .05, el GFI, con un valor de referencia  $\geq .95$ , el AGFI con valor  $\geq .95$ , y el RMSEA con un valor inferior a .08 se consideraron indicadores de un buen ajuste del modelo en los análisis de la estructura básica del CBCL de los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo social y de regulación emocional. El  $\chi^2$  con un valor  $p$  por encima de .05, el CFI con valor  $>.95$ , el TLI con un valor  $>.90$  y un RMSEA con un valor inferior a .08 se consideraron como indicadores de un buen ajuste del modelo en el caso de la estructura integrada según las zonas de residencia (Browne y Cudeck, 1999).

Se obtuvieron los coeficientes de las ecuaciones estructurales de cada modelo y se analizaron los efectos directos e indirectos de las variables predictoras en los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha. Se tomó el coeficiente beta estandarizado ( $\beta$ ) y el valor de la razón crítica o coeficiente de variación (C.R.) superior a 1.96 como indicador de que el efecto es significativo.

## **6.5 Resultados**

### **6.5.1 Descriptivos y comparativos**

El análisis descriptivo y comparativo de la muestra de niños participantes se presenta en la tabla 9. Dicho análisis indica diferencias estadísticamente significativas a partir del coeficiente de incertidumbre entre los niños participantes según la zona, en las variables sociodemográficas estrato socioeconómico y grado educativo. Hay un mayor número de participantes de estratos socioeconómicos 1 y 2 en la localidad de vulnerabilidad alta y de estratos socioeconómicos 3 y 4 en la zona de vulnerabilidad baja. Con respecto al grado educativo se observa que los niños de la zona de vulnerabilidad baja, se agrupan en los grados educativos de tercero y cuarto, mientras que en la zona de vulnerabilidad alta, los niños se distribuyen proporcionalmente en los grados educativos de segundo a séptimo. No se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo y tipo de familia (personas con quien vive el niño) (ver Tabla 9).

Tabla 9

*Distribución de las variables sociodemográficas y comparativos según zona para la muestra de niños*

Variable	Categoría	Población total		Población Zona Vulnerabilidad Baja		Población Zona Vulnerabilidad Alta		Coeficiente de Incertidumbre	
		F	%	F	%	F	%	Valor	p
Sexo	Masculino	489	54	251	55.5	238	52.7	.001	.386
	Femenino	415	46	201	44.5	214	47.3		
Estrato Socioeconómico	1	278	30.8	103	22.8	175	38.7	.185	<.001***
	2	361	39.9	93	20.6	268	59.3		
	3	238	26.3	231	51.1	7	1.5		
	4	27	3.0	25	5.5	2	.4		
Grado Educativo	Segundo	81	9.0	0	0	81	17.9	.145	<.001***
	Tercero	276	30.5	199	44.0	77	17.0		
	Cuarto	325	36	231	51.1	94	20.8		
	Quinto	102	11.3	16	3.5	86	19.0		
	Sexto	98	10.8	5	1.1	93	20.6		
	Séptimo	22	2.4	1	.2	21	4.6		
Tipo de familia	Nuclear	494	54.6	258	57.1	236	52.2	.003	.135
	Extensa	180	19.9	84	18.6	96	21.2		
	Monoparental	200	22.1	91	20.1	109	24.1		
	Reconstituida	30	3.3	19	4.2	11	2.4		

*Nota:* F = Frecuencia;  $p < .05$ ;  $**p < .01$ ;  $***p < .001$

El análisis de la muestra de los cuidadores arroja diferencias estadísticamente significativas en las variables cuidador, nivel educativo, estado civil y procedencia como se observa en la Tabla 10.

En dicha tabla, se puede ver que un mayor porcentaje de niños de la zona de vulnerabilidad baja son cuidados por la madre (90.9%) frente al 75.2% en la zona de vulnerabilidad alta. Hay un mayor porcentaje de padres cuidadores (20.6% vs. 4.9%) en la zona de vulnerabilidad alta, en la que también el número de cuidadores sin escolaridad es mayor (13.5% vs 1.8%) y con formación técnica (8.2% vs 15%) y universitaria (.2% vs 5.1%). En cuanto al estado civil, se encuentra que el número de cuidadores sólo es mayor en la zona de vulnerabilidad alta, dado que el número de cuidadores con estado civil soltero (19.9% vs 15.7%) y separado (14.8% vs. 12.2%) es mayor en esta zona. Por el contrario, en la zona de vulnerabilidad baja, se encuentran más cuidadores casados (23% vs 21%) y viudos (2.7% vs 1.1%). En referencia a la procedencia, el 86% del total de la población participante procede de la región Andina, siendo mayor la población de la zona de vulnerabilidad alta (93.4% frente al 79%), que procede de dicha región. Es menor la población de la zona de vulnerabilidad alta,

que proviene de las regiones Atlántica y de los Llanos, en comparación con la de la zona de vulnerabilidad baja. El menor porcentaje de la población procede de la región de la Amazonía (ver Tabla 10).

Tabla 10

*Distribución de las variables sociodemográficas y comparativos según zona para la muestra de cuidadores*

Variable	Categoría	Total Cuidadores		Cuidadores Zona vulnerabilidad baja		Cuidadores Zona vulnerabilidad alta		Coeficiente de Incertidumbre	
		F	%	F	%	F	%	Valor	P
Cuidador	Madre	751	83	411	90.9	340	75.2	.054	<.001***
	Padre	115	13	22	4.9	93	20.6		
	Abuelas-tías	38	4	19	4.2	19	4.2		
Nivel Educativo	Sin escolar.	69	7	8	1.8	61	13.5	.035	<.001***
	Primaria	326	36	158	35.0	168	37.2		
	Bachillerato	380	42	195	43.1	185	40.9		
	Técnico	105	12	68	15.0	37	8.2		
	Universitario	24	3	23	5.1	1	.2		
Estado civil (Estructura familiar)	Soltero	161	18	71	15.7	90	19.9	.004	.055*
	Casado	185	21	104	23.0	81	17.9		
	Unión libre	419	46	210	46.5	209	46.2		
	Separado	122	2	55	12.2	67	14.8		
	Viudo	17	13	12	2.7	5	1.1		
Ocupación	Empleado	514	57	269	59.5	245	54.2	.004	.070
	Independiente	104	11	58	12.8	46	10.2		
	Hogar	270	30	118	26.1	152	33.6		
	Desempleado	16	2	7	1.5	9	2.0		
Tiempo que ha vivido con el niño	Siempre	847	94	423	93.6	424	93.8	.000	.974
	Los cinco últimos años	19	2	9	2.0	10	2.2		
	Los dos últimos años	24	3	13	2.9	11	2.4		
	Otro (7 - 10 años)	14	1	7	1.5	7	1.5		
Procedencia	R. Atlántica	47	5	38	8	9	2.0	.048	<.001***
	R. Pacífica	12	1.5	6	1.3	6	1.3		
	R. Andina	780	86	358	79	422	93.4		
	R. Llanos	62	7	49	10.8	13	2.9		
	R. Amazonía	3	.5	1	.2	2	.4		

Nota: F= Frecuencia; \* $p \leq .05$ ; \*\* $p < .001$ ; \*\*\* $p < .001$

### **Análisis descriptivo y comparativo de la presencia de problemas de banda ancha y banda estrecha según zona**

El análisis descriptivo de la presencia de los problemas de banda ancha y banda estrecha informados por los cuidadores muestra que las medias de los puntajes directos se ubican en el rango de normalidad, aunque se observa una alta

dispersión en las escalas total del CBCL, comportamiento agresivo, comportamientos internalizados y externalizados (Ver Tabla 11).

El análisis comparativo entre zonas señala diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del CBCL. Las puntuaciones de los niños que viven en la zona de vulnerabilidad baja fueron las más altas (Ver tabla 11).

Tabla 11

*Descripción y comparación de los comportamientos de banda ancha y banda estrecha de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según zona*

Escala CBCL	Total niños (N= 904)		Niños zona Vulnerabilidad baja (N= 452)		Niños zona Vulnerabilidad alta (N= 452)		Mann Whitney <sup>a</sup>	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	U	P
Ansioso/depresivo	4.03	3.84	4.87	3.72	3.18	3.78	69568.00	<.001***
Retraído/depresivo	2.66	2.63	3.03	2.55	2.29	2.66	80087.00	<.001***
Quejas Somáticos	2.60	2.81	3.03	2.72	2.17	2.84	76298.50	<.001***
Problemas sociales	3.60	3.22	4.14	3.00	3.06	3.35	75476.00	<.001***
Problemas de pensamiento	2.15	2.81	2.41	2.75	1.90	2.86	84080.00	<.001***
Problemas de atención	4.59	4.12	5.48	4.02	3.69	4.03	72287.00	<.001***
Ruptura de reglas	2.79	3.24	3.12	3.05	2.46	3.41	80763.00	<.001***
Comportamiento agresivo	6.92	5.93	8.26	5.65	5.59	5.91	69973.00	<.001***
Total internalizados	9.29	7.87	10.94	7.29	7.63	8.08	71140.00	<.001***
Total externalizados	9.71	8.68	11.38	8.18	8.04	8.86	71517.00	<.001***
Total CBCL	33.21	26.37	38.74	23.83	27.67	27.62	70495.50	<.001***

Nota: <sup>a</sup>Variable de agrupación: Zona; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

El análisis comparativo entre los seis colegios de los problemas de banda ancha y banda estrecha, muestra diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del CBCL. Se observa que los niños que asisten a los colegios de la zona de vulnerabilidad alta, presentan puntuaciones más bajas en relación con los niños que asisten a los colegios de la zona de vulnerabilidad baja en todas las escalas del CBCL (ver Tabla 12).

El análisis descriptivo de los problemas de banda ancha y banda estrecha, según los rangos normal, en riesgo y clínico, evidencia que el 30.5% del total de los niños participantes presenta comportamientos internalizados y un 23.7%, comportamientos externalizados en el rango clínico. En cuanto a los síndromes psicopatológicos o problemas de banda estrecha, se observa mayor presencia en el rango clínico de los síndromes comportamiento agresivo (12.6%), retraído/depresivo (11.8%), quejas

somáticas (11.7%) y ruptura de reglas (10.6%). El 87.1% del total de la población presenta problemas de pensamiento. El menor porcentaje de niños en rango clínico se ubica en la escala de ansioso/depresivo tanto en el total de los participantes como en cada zona de vulnerabilidad baja y alta. Un 13.7% del total de la muestra de niños se ubica en el rango de riesgo en la escala de total de conductas del CBCL.

El análisis comparativo entre las zonas de vulnerabilidad baja y alta de los problemas de banda ancha y banda estrecha, según los rangos normal, en riesgo y clínico, arrojó diferencias estadísticamente significativas en las escalas de banda ancha de comportamientos internalizados, comportamientos externalizados, en las escalas de banda estrecha ansioso/depresivo, retraído-depresivo y comportamiento agresivo, en los problemas de atención y en el total del CBCL. Se observa mayor porcentaje en rango clínico tanto de comportamientos internalizados (36.7%) como de comportamientos externalizados (28.1%) en los niños que viven en la zona de vulnerabilidad baja, los que también se caracterizan por la mayor presencia en el rango clínico de los síndromes retraído-depresivo (13.5%) y comportamiento agresivo (13.3%). Con respecto a los problemas de banda ancha y banda estrecha, se observa mayor porcentaje de niños en el rango normal en los que viven en la zona de vulnerabilidad alta (ver Tabla 13).

Tabla 12

*Comparación de los problemas de banda ancha y banda estrecha de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según los colegios*

Escala CBCL	Colegios zona de vulnerabilidad baja						Colegios zona de vulnerabilidad alta						Kruskal Wallis		
	1 (N=162)		2 (N=147)		3 (N=143)		4 (N=161)		5 (N=102)		6 (N=189)				
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT		$\chi^2$	p
Ansioso/ depresivo	4.79	3.99	4.89	3.71	4.95	3.41	3.41	3.06	3.42	2.81	4.23	3.49	3.80	76.884	<.001***
Retraído/ depresivo	3.25	2.61	2.90	2.50	2.92	2.54	2.54	1.90	2.29	2.26	2.84	2.62	2.81	40.181	<.001***
Quejas somáticas	3.12	2.88	2.84	2.53	3.11	2.72	2.72	2.15	2.87	1.94	2.92	2.30	2.77	48.371	<.001***
Problemas Sociales	4.25	3.15	4.15	2.96	4.01	2.89	2.89	2.86	3.10	2.68	3.66	3.43	3.36	55.454	<.001***
Problemas de pensamiento	2.39	2.99	2.48	2.69	2.36	2.54	2.54	1.66	2.41	1.54	2.78	2.29	3.19	31.084	<.001***
Problemas de atención	5.46	3.82	5.36	4.06	5.63	4.22	4.22	3.32	3.69	3.59	4.45	4.07	4.04	63.193	<.001***
Ruptura de reglas	3.23	3.34	3.11	3.04	2.99	2.70	2.70	1.95	2.82	2.39	3.29	2.92	3.84	39.597	<.001***
Comportamiento Agresivo	8.20	5.44	8.22	6.03	8.37	5.52	5.52	5.02	5.03	5.47	6.83	6.14	6.04	72.124	<.001***
Total internalizados	11.17	7.64	10.63	7.17	10.99	7.06	7.06	7.11	7.33	7.02	9.19	8.42	8.02	69.234	<.001***
Total externalizados	11.44	8.22	11.33	8.57	11.36	7.76	7.76	6.97	7.19	7.86	9.93	9.06	9.43	67.372	<.001***
Total CBCL	39.22	24.51	38.27	23.95	38.68	23.07	23.07	25.03	23.89	25.62	31.39	31.03	28.21	73.555	<.001***

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Tabla 13

*Descriptivos y comparativos de los comportamientos de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según rango y zona*

Escala CBCL	Rangos	Total muestra Niños		Niños zona vulnerabilidad baja		Niños zona vulnerabilidad Alta		Mann Whitney <sup>a</sup>	
		F	%	F	%	F	%	U	p
		Ansioso/Depresivo	Normal	748	82.7	355	78.5	393	86.9
	Riesgo	90	10.0	58	12.5	32	7.1		
	Clínico	66	7.3	39	8.6	27	6.0		
Retraído/depresivo	Normal	673	74.4	315	69.7	358	79.2	92718.00	.002**
	Riesgo	124	13.7	76	16.8	48	10.6		
	Clínico	107	11.8	61	13.5	46	10.2		
Quejas Somáticas	Normal	722	79.9	346	76.5	376	83.2	95712.00	.019*
	Riesgo	76	8.4	48	10.6	28	6.2		
	Clínico	106	11.7	58	12.8	48	10.6		
Problemas sociales	Normal	759	84	372	82.3	387	85.6	99059.50	.217
	Riesgo	85	9.4	51	11.3	34	7.5		
	Clínico	60	6.6	29	6.4	31	6.9		
Problemas de Pensamiento	Normal	787	87.1	391	86.5	396	87.6	101000.00	.614
	Riesgo	41	4.5	21	4.6	20	4.4		
	Clínico	76	8.4	40	8.8	36	8.0		
Problemas de Atención	Normal	766	84.7	364	80.5	402	88.9	93915.00	<.001***
	Riesgo	72	8.0	51	11.3	21	4.6		
	Clínico	66	7.3	37	8.2	29	6.4		
Comportamiento ruptura de reglas	Normal	744	82.3	371	82.1	373	82.5	101588.00	.829
	Riesgo	64	7.1	31	6.9	33	7.3		
	Clínico	96	10.6	50	11.1	46	10.2		
Comportamiento Agresivo	Normal	693	76.7	331	73.2	362	80.1	95713.00	.026*
	Riesgo	97	10.7	61	13.5	36	8.0		
	Clínico	114	12.6	60	13.3	54	11.9		
Total Comportamientos Internalizados	Normal	520	57.5	221	48.9	299	66.2	84530.00	<.001***
	Riesgo	108	11.9	65	14.4	43	9.5		
	Clínico	276	30.5	166	36.7	110	24.3		
Total Comportamientos Externalizados	Normal	586	64.8	261	57.7	325	71.9	87932.00	<.001***
	Riesgo	104	11.5	64	14.2	40	8.8		
	Clínico	214	23.7	127	28.1	87	19.2		
CBCL Total	Normal	567	62.7	242	53.5	325	71.9	85539.00	<.001***
	Riesgo	124	13.7	90	19.9	34	7.5		
	Clínico	213	23.6	120	26.5	93	20.6		

Nota: F= Frecuencia; <sup>a</sup>Variable de agrupación: Zona.; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

El análisis comparativo entre los seis colegios de los problemas de banda ancha y banda estrecha, según los rangos normal, en riesgo y clínico, muestra diferencias estadísticamente significativas en las escalas de banda estrecha ansioso-depresivo, retraído-depresivo, problemas de pensamiento, problemas de atención, y en las escalas de banda ancha comportamientos internalizados, comportamientos externalizados y en el total del CBCL, en las que se hallan mayor porcentaje en el rango clínico, en los niños de los colegios de la zona de vulnerabilidad baja; mientras que en la escala de problemas sociales se encuentra mayor porcentaje en el rango clínico en la población de la zona de vulnerabilidad alta (ver Tabla 14).

Tabla 14  
Comparativos de los comportamientos de los niños informados por los cuidadores mediante el CBCL según rango, colegio y zona

Escalas CBCL	Rango	Colegios zona vulnerabilidad baja						Colegios zona vulnerabilidad alta							
		1 (N=162)		2 (N=147)		3 (N=143)		4 (N=161)		5 (N=102)		6 (N=189)			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	χ <sup>2</sup>	P
Ansioso/Depresivo	Normal	129	79.6	115	78.2	111	77.6	144	89.4	86	84.3	163	86.2	12.207	.032*
	Riesgo	19	11.7	17	11.6	22	15.4	10	6.2	8	7.8	14	7.4		
	Clínico	14	8.6	15	10.2	10	7.0	7	4.3	8	7.8	12	6.3		
Retraído/Depresivo	Normal	108	66.7	107	72.8	100	69.9	132	82	83	81.4	143	75.7	13.789	.017*
	Riesgo	34	21.0	18	12.2	24	16.8	20	12.4	9	8.8	19	10.1		
	Clínico	20	12.3	22	15	19	13.3	9	5.6	10	9.8	27	14.3		
Quejas Somaticas	Normal	120	74.1	117	79.6	109	76.2	133	82.6	85	83.3	158	83.6	7.047	.217
	Riesgo	20	12.3	15	10.2	13	9.1	12	7.5	6	5.9	10	5.3		
	Clínico	22	13.6	15	10.2	21	14.7	16	9.9	11	10.8	21	11.1		
Problemas Sociales	Normal	133	82.1	119	81	120	83.9	145	90.1	84	82.4	158	83.6	6.139	.293
	Riesgo	15	9.3	19	12.9	17	11.9	10	6.2	9	8.8	15	7.9		
	Clínico	14	8.6	9	6.1	6	4.2	6	3.7	9	8.8	16	8.5		
Problemas de pensamiento	Normal	138	85.2	126	85.7	127	88.8	149	92.5	94	92.2	153	81	13.149	.022*
	Riesgo	10	6.1	9	6.1	2	1.4	3	1.9	2	2	15	7.9		
	Clínico	14	8.6	12	8.2	14	9.8	9	5.6	6	5.9	21	11.1		
Problemas de Atención	Normal	132	81.5	117	79.6	115	80.4	148	91.9	87	85.3	167	88.4	13.740	.017*
	Riesgo	17	10.5	21	14.3	13	9.1	5	3.1	5	4.9	11	5.8		
	Clínico	13	8	9	6.1	15	10.5	8	5	10	9.8	11	5.8		
Comportamiento de ruptura de reglas	Normal	134	82.7	117	79.6	120	83.9	140	87	82	80.4	151	79.9	4.963	.420
	Riesgo	9	5.6	12	8.2	10	7	12	7.5	9	8.8	12	6.3		
	Clínico	19	11.7	18	12.2	13	9.1	9	5.6	11	10.8	26	13.8		
Comportamiento Agresivo	Normal	120	74.1	103	70.1	108	75.5	137	85.1	82	80.4	143	75.7	10.323	.067
	Riesgo	19	11.7	19	12.9	23	16.1	6	3.7	8	7.8	22	11.6		
	Clínico	23	14.2	25	17	12	8.4	18	11.2	12	11.8	24	12.7		
Total Comportamientos Internalizados	Normal	76	46.9	76	51.7	69	48.3	118	73.3	71	69.6	110	58.2	35.307	<.001***
	Riesgo	26	16	20	13.6	19	13.3	13	8.1	9	8.8	21	11.1		
	Clínico	60	37	51	34.7	55	38.5	30	18.6	22	21.6	58	30.7		
Total Comportamientos Externalizados	Normal	96	59.3	87	59.2	78	54.5	128	79.5	72	70.6	125	66.1	26.703	<.001***
	Riesgo	24	14.8	15	10.2	25	17.5	13	8.1	9	8.8	18	9.5		
	Clínico	42	25.9	45	30.6	40	28	20	12.4	21	20.6	46	24.3		
Total CBCL	Normal	88	54.3	78	53.1	76	53.1	125	77.6	75	73.5	125	66.1	29.579	<.001***
	Riesgo	30	18.5	29	19.7	31	21.7	10	6.2	7	6.9	17	9		
	Clínico	44	27.2	40	27.2	36	25.2	26	16.1	20	19.6	47	24.9		

Nota: F= Frecuencia. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

### **Análisis de la presencia de los problemas evaluados en los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI.**

El análisis descriptivo de la presencia de los problemas evaluados en los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI muestra que las medias de los puntajes directos se ubican entre las categorías de normalidad y de riesgo en las escalas del BASC, en el nivel de moderado en las escalas del STAXI-NA y sin sintomatología en las escalas del CDI. Se observa una alta dispersión en la puntuación en todas las escalas (ver Tabla 15).

El análisis comparativo de los puntajes directos entre las zonas de vulnerabilidad baja y vulnerabilidad alta señala diferencias estadísticamente significativas en las escalas del BASC de actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores, relaciones interpersonales, relaciones con padres, autoestima, desajuste escolar, ajuste personal e índice de síntomas emocionales; en cinco de las seis escalas del STAXI-NA, que son ira rasgo, temperamento de ira, expresión interna de la ira, expresión externa de la ira y control externo de la ira y en las escalas total depresión y disforia evaluadas por el CDI.

Las puntuaciones de los niños que viven en la zona de vulnerabilidad alta, fueron superiores en las escalas clínicas (actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores), más bajas en las escalas adaptativas (relaciones interpersonales y relaciones con profesores y autoestima) y más altas en el índice global de los síntomas emocionales del BASC; más altas en las escalas del STAXI-NA y más bajas en las escalas del CDI, ya mencionadas en las que se presentaron diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 15).

Tabla 15

Comportamientos informados por los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI según zona

Escala	Total niños (N= 904)		Niños zona vulnerabilidad baja (N= 452)		Niños zona vulnerabilidad alta (N= 452)		Mann Whitney <sup>a</sup>	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	U	p
BASC Actitud negativa hacia el colegio	2.39	1.81	2.26	1.76	2.52	1.85	93447.00	.024*
Actitud negativa hacia profesores	2.40	1.94	2.14	1.89	2.66	1.95	85306.00	<.001***
Estrés social	4.31	2.64	4.18	2.62	4.44	2.65	96328.500	.483
Ansiedad	8.54	3.78	8.43	3.86	8.65	3.71	99405.500	.135
Relaciones interpersonales	6.69	2.15	6.81	2.22	6.57	2.07	92322.000	.011*
Relaciones con Padres	9.05	1.88	9.22	1.73	8.88	2.01	93782.500	.029*
Autoestima	4.79	1.28	4.90	1.21	4.69	1.33	93163.000	.017*
Confianza en sí mismo	8.68	2.16	8.75	2.07	8.60	2.25	99277.000	.459
Desajuste escolar	113.18	18.17	111.48	17.88	114.87	18.32	90671.500	.003**
Ajuste personal	169.60	36.17	172.92	35.13	166.28	36.92	90511.000	.004**
Índice de síntomas emocionales	345.85	53.02	341.59	52.12	350.10	53.63	92504.500	.014*
STAXI-NA Ira estado	8.90	2.10	8.96	2.14	8.84	2.06	99752.500	.419
Ira rasgo	12.85	3.30	12.34	3.19	13.36	3.33	83732.000	<.001***
Temperamento de ira	5.99	1.76	5.85	1.74	6.13	1.76	92043.000	.009**
Expresión interna ira	6.88	1.98	6.75	2.03	7.00	1.93	94361.000	.045*
Expresión externa ira	6.35	1.90	6.15	1.83	6.56	1.94	89635.500	.001**
Control externo ira	7.64	2.17	7.64	2.17	7.63	2.16	101320.50	.001**
Control interno ira	8.63	2.47	8.75	2.49	8.51	2.46	96240.500	.129
CDI Total depresión	11.67	6.73	12.41	6.54	10.94	6.85	86087.500	<.001***
CDI Disforia	5.96	4.33	6.51	4.06	5.41	4.53	82397.000	<.001***

Nota: <sup>a</sup> Variable de agrupación: Zona

\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001

El análisis comparativo de los puntajes directos entre los seis colegios de las dos zonas de vulnerabilidad baja y de vulnerabilidad alta, evidencia que, en las únicas escalas del BASC en las que no se encontraron diferencias significativas, fueron las de estrés social y confianza en sí mismo. Se observa que los niños que pertenecen al colegio 4, presentan las medias más altas en las escalas actitud negativa hacia el colegio, ansiedad, e índice de síntomas emocionales; los niños que asisten al colegio 5, obtuvieron los puntajes más altos en actitud negativa hacia los profesores, relaciones interpersonales y desajuste escolar; los niños que asisten al colegio 2, presentan los puntajes más altos en relación con los padres y autoestima y los niños que están ubicados en el colegio 3 son los que obtuvieron el puntaje más alto en ajuste personal (ver Tabla 16).

Con respecto al STAXI-NA, se encontraron diferencias significativas solamente en las escalas ira rasgo, temperamento de ira y expresión externa de la ira. Los niños del colegio 5, presentan los puntajes más altos en las escalas de ira rasgo y temperamento de ira mientras que los del colegio 6, en la de expresión externa de la ira. En referencia al CDI, se identificaron diferencias significativas en las dos escalas evaluadas. Los niños de los colegios 1 y 4 presentan las medias más altas tanto en la escala de total depresión como en la de disforia (ver Tabla 16).

El análisis descriptivo de los resultados del BASC, según los rangos normal, en riesgo y clínico, muestra que las escalas con mayor porcentaje de población en rango clínico son en su orden relaciones interpersonales (24.7%), ajuste personal (22.5%), índices emocionales (21.8%) y estrés social (21.3%). El 77% de la población en las dos localidades se ubica en la categoría de normalidad en la escala de ansiedad. El 29.5% están en riesgo en la escala de índices emocionales; el 26.2% en la escala de ajuste personal y el 23.5% en la de desajuste escolar (ver Tabla 17). El análisis comparativo de los resultados del BASC entre zonas, según los rangos normal, en riesgo y clínico, evidencia que hay diferencias estadísticamente significativas en las escalas de actitud negativa hacia los profesores, relaciones interpersonales, relaciones con padres, ajuste personal e índice de síntomas emocionales.

Tabla 16

Comparación de los comportamientos informados por los niños mediante el BASC, STAXI-NA y CDI, según colegio

Escala	Colegios zona vulnerabilidad baja						Colegios zona vulnerabilidad alta						Kruskal Wallis <sup>a</sup>	
	1 (N=162)		2 (N=147)		3 (N=143)		4 (N=161)		5 (N=102)		6 (N=189)			
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT		$\chi^2$
BASC Actitud negativa colegio	2.15	1.62	2.31	1.68	2.33	1.97	2.84	1.76	2.53	2.37	2.24	1.56	17.126	.001**
Actitud negativa hacia profesores	2.01	1.69	2.12	1.89	2.3	2.10	2.66	1.78	3.13	2.27	2.4	1.87	26.610	<.001***
Estrés social	4.21	2.46	4.04	2.59	4.29	2.82	4.67	2.58	4.07	2.71	4.45	2.68	7.338	.197
Ansiedad	8.41	3.71	8.05	3.79	8.83	4.07	9	3.36	7.53	3.90	8.97	3.78	13.824	.017*
Relaciones interpersonales	6.71	2.08	6.73	2.35	7	2.25	6.26	2.10	7.05	1.86	6.57	2.12	18.893	.002***
Relaciones padres	9.05	1.81	9.34	2.50	9.28	1.79	8.78	1.82	8.62	2.52	9.12	1.83	11.157	.048*
Autoestima	4.65	1.33	5.04	1.15	5.04	1.06	4.66	1.30	4.94	1.23	4.57	1.40	10.144	.001**
Confianza en sí mismo	8.39	2.16	8.86	2.08	8.83	1.95	8.55	2.11	8.51	2.48	8.68	2.26	2.587	.763
Desajuste escolar	110.40	16.37	111.77	17.14	112.41	20.17	117.91	17.11	116.25	21.96	111.54	16.63	21.752	.001**
Ajuste personal	168.09	36.83	174.93	34.37	176.33	33.53	162.76	36.96	169.22	38.92	167.7	35.72	16.868	.005**
Índice síntomas emocionales	346.69	51.46	338.39	51.74	339.12	53.17	357.43	49.41	337.27	55.76	350.77	54.91	19.794	.001**
STAXI-NA Ira estado	9.1	2.30	8.78	1.78	8.98	2.30	8.81	2.08	9.15	2.6	8.69	1.68	2.881	.718
Ira rasgo	12.07	3.17	12.09	3.04	12.91	3.30	12.96	3.34	14.28	3.51	13.21	3.14	38.931	<.001***
Temperamento de ira	5.75	1.70	5.69	1.62	6.14	1.89	5.93	1.77	6.54	1.94	6.08	1.61	18.748	.002***
Expresión interna ira	6.73	1.99	6.59	2.13	6.96	1.97	7.01	1.96	7.25	1.94	6.86	1.89	10.249	.068
Expresión externa ira	5.99	1.77	6.02	1.89	6.45	1.79	6.4	1.95	6.61	1.92	6.66	1.95	19.556	.002***
Control externo ira	7.51	2.18	7.52	2.11	7.92	2.21	7.42	2.15	7.68	1.95	7.78	2.28	4.841	.436
Control interno ira	8.64	2.48	8.64	2.59	9	2.38	8.29	2.58	8.5	2.43	8.69	2.36	6.751	.240
Total depresión-CDI	13.44	6.81	11.93	6.80	11.77	5.8	12.42	7.31	9.08	6.25	10.67	6.49	38.007	<.001***
Disforia-CDI	7.22	4.13	6.15	4.20	6.08	3.74	6.61	4.57	4.19	4.26	5.04	4.26	63.079	<.001***

<sup>a</sup> Variable de agrupación: Colegio. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

En la zona de vulnerabilidad alta, hay más porcentaje de población en la categoría clínica en ocho de las once escalas evaluadas por el BASC, que son actitud negativa hacia los profesores, estrés social, relaciones con padres, autoestima, confianza en sí mismo, desajuste escolar, ajuste personal, e índice de síntomas emocionales. Por el contrario, la zona de vulnerabilidad baja, se caracteriza por presentar más población en la categoría clínica solamente en las escalas relaciones interpersonales y ajuste personal del BASC. Es más la población de la zona de vulnerabilidad baja, en la categoría de normalidad y menos en la de riesgo en todas las escalas evaluadas.

Los resultados del STAXI-NA, muestran un 36.1% del total de la población con alta expresión interna de la ira, y un 19.5% con alta expresión externa de la ira. El 31.3% presenta un bajo control externo de la ira y un 30.9% un bajo control interno. Llama la atención que el 22.3% de los participantes se caracteriza por un nivel alto de ira rasgo y un 75.3% informa un nivel nulo de ira estado. El 19.5% de la población presenta un nivel alto de temperamento de ira y un 56.6% nivel moderado. El análisis comparativo de los resultados del STAXI-NA evidencia diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ira rasgo, temperamento de ira y expresión externa de la ira entre las dos zonas. Hay más población en la zona de vulnerabilidad alta, con bajo control interno de la ira, bajo nivel de expresión externa de la ira, alto nivel de expresión interna de la ira y alto nivel de temperamento de ira (ver Tabla 17).

Los resultados del CDI, muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los niños de las dos zonas en las escalas de total depresión y disforia en función de las categorías. Un 3.2% del total de los niños participantes en este estudio presentan sintomatología depresiva severa, siendo mayor el porcentaje de niños en la zona de vulnerabilidad baja con dicha sintomatología (3.5%). Un 11.9% del total de los participantes presenta sintomatología depresiva leve. El 5.2% del total de niños, se ubica en la categoría de sintomatología severa en la escala de disforia y un 18.1% en sintomatología leve, siendo mayor el porcentaje de niños de la zona de vulnerabilidad baja, que se encuentra en dicha categoría (20.6%) (Ver Tabla 17).

Tabla 17

Descriptivos y comparativos de los comportamientos informados por los niños mediante los autoinformes BASC, STAXI-NA y CDI según categoría y zona

Escala	Categoría	Total de niños		Niños ZVB <sup>b</sup>		Niños ZVA <sup>c</sup>		Mann U	Whitney <sup>a</sup> p
		F	%	F	%	F	%		
BASC	Normal	583	64.5	296	65.5	287	63.5	100316.0	.580
Actitud negativa hacia el colegio	En riesgo	233	25.8	112	24.8	121	26.8		
	Clínico	88	9.7	44	9.7	44	9.7		
BASC	Normal	544	60.2	299	66.2	245	54.2	88161.50	<.001***
Actitud negativa hacia profesores	En riesgo	219	24.2	103	22.8	116	25.7		
	Clínico	141	15.6	50	11.1	91	20.1		
BASC	Normal	499	55.2	261	57.7	238	52.7	96545.0	.112
Estrés social	En riesgo	212	23.5	102	22.6	110	24.3		
	Clínico	193	21.3	89	19.7	104	23.0		
BASC	Normal	698	77.2	351	77.7	347	76.8	101560.0	.837
Ansiedad	En riesgo	100	11.1	46	10.2	54	11.9		
	Clínico	106	11.7	55	12.2	51	11.3		
BASC	Normal	564	62.4	304	67.3	260	57.5	93216.00	.008**
Relaciones Interpersonales	En riesgo	117	12.9	45	10.0	72	15.9		
	Clínico	223	24.7	103	22.8	20	26.5		
BASC	Normal	652	72.1	342	75.7	310	68.6	94729.00	.016*
Relaciones con Padres	En riesgo	79	8.7	36	8.0	43	9.5		
	Clínico	173	19.1	74	16.4	99	21.9		
BASC	Normal	593	65.6	308	68.1	285	63.1	96392.00	.078
Autoestima	En riesgo	260	28.8	124	27.4	136	30.1		
	Clínico	51	5.6	20	4.4	31	6.9		
BASC	Normal	532	58.8	267	59.1	265	58.6	100659.0	.666
Confianza en sí mismo	En riesgo	222	24.6	116	25.7	106	23.5		
	Clínico	150	16.6	69	15.3	81	17.9		
BASC	Normal	528	58.4	273	60.4	255	56.4	97487.50	.178
Desajuste Escolar	En riesgo	237	26.2	116	25.7	121	26.8		
	Clínico	139	15.4	63	13.9	76	16.8		
BASC	Normal	489	54.1	265	58.6	224	49.6	92580.50	.007**
Ajuste Personal	En riesgo	212	23.5	97	21.5	115	25.4		
	Clínico	203	22.5	199	19.9	113	25.0		
BASC Índice de síntomas emocionales	Normal	440	48.7	238	52.7	202	44.7	91961.00	.005**
	En riesgo	267	29.5	132	29.2	135	29.9		
	Clínico	197	21.8	82	18.1	115	25.4		
STAXI-NA	Nulo	681	75.3	336	74.3	345	76.3	100370.0	.547
Ira estado	Baja	50	5.5	27	6.0	23	5.1		
	Moderada	129	14.3	68	15.0	61	13.5		
	Alta	44	4.9	21	4.6	23	5.1		
STAXI-NA	Baja	296	32.7	175	38.7	121	26.8	88115.0	<.001***
Ira rasgo	Moderada	406	44.9	191	42.3	215	47.6		
	Alta	202	22.3	86	19.0	116	25.7		
STAXI-NA	Baja	216	23.9	126	27.9	90	19.9	92043.00	.009**
Temperamento de ira	Moderada	512	56.6	243	53.8	269	59.5		
	Alta	176	19.5	83	18.4	93	20.6		
STAXI-NA	Baja	235	26.0	186	41.2	104	23.0	97247.00	.183
Expresión interna ira	Moderada	343	37.9	195	43.1	182	40.3		
	Alta	326	36.1	71	15.7	166	36.7		
STAXI-NA	Baja	340	37.6	131	29.0	154	34.1	91534.00	.004**
Expresión externa ira	Moderada	388	42.9	161	35.6	193	42.7		
	Alta	176	19.5	160	35.4	105	23.2		
STAXI-NA	Baja	283	31.3	144	31.9	139	30.8	102029.50	.973
Control externo ira	Moderada	436	48.2	213	47.1	223	49.3		
	Alta	185	20.5	95	21.0	90	19.9		
STAXI-NA	Baja	279	30.9	127	28.1	152	33.6	96064.50	.097
Control interno ira	Moderada	395	43.7	204	45.1	191	42.3		
	Alta	230	25.4	121	26.8	109	24.1		
CDI	Sin sintomatología	767	84.8	379	83.8	388	85.8	100080.50	.397
Total depresión	Sintomatología leve	108	11.9	57	12.6	51	11.3		
	Sintomat. severa	29	3.2	16	3.5	13	2.9		
CDI	Sin sintomatología	693	76.7	335	74.1	358	79.2	97171.500	.085
Disforia	Sintomatología leve	164	18.1	93	20.6	71	15.7		
	Sintomat. severa	47	5.2	24	5.3	23	5.1		

Nota: F= Frecuencia; <sup>a</sup>Variable de agrupación: Zona; <sup>b</sup>Localidad de vulnerabilidad baja; <sup>c</sup>Localidad de vulnerabilidad alta  
\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

El análisis de los comparativos de los resultados del BASC entre los seis colegios de las dos zonas en relación a las categorías, no muestra diferencias estadísticamente significativas, en tres de las once escalas evaluadas que son estrés social, ansiedad, y confianza en sí mismo. Se encuentran más niños en el rango clínico en los colegios de la zona de vulnerabilidad alta. El análisis de los comparativos de los resultados del STAXI-NA entre los seis colegios, evidencia diferencias significativas en el nivel de ira rasgo, temperamento de ira y en el nivel de expresión externa de la ira. Los niños de los colegios de la zona de vulnerabilidad alta (4, 5 y 6) presentan niveles más altos de expresión externa de ira y de ira rasgo. El colegio 5 tiene el mayor porcentaje de niños con un alto nivel de ira (28.4%). El análisis de los resultados del CDI, muestra diferencias estadísticamente significativas con relación a las categorías, en la escala de depresión como en la de disforia. Hay mayor porcentaje de niños con sintomatología depresiva severa y leve; y con disforia leve en los colegios de la zona de vulnerabilidad baja (ver Tabla 18).

Tabla 18

Descriptivos y comparativos de los comportamientos informados por los niños mediante el BASC, STAXI-NA y CDI según categoría y colegio

Escala	Categoría	Colegios zona vulnerabilidad baja						Colegio zona vulnerabilidad alta						Kruskal Wallis <sup>a</sup>	
		1		2		3		4		5		6			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
BASC Actitud negativa hacia colegio	Normal	108	66.7	95	64.6	93	65	72	44.7	74	72.5	141	74.6	37.371	.001*
	En riesgo	37	22.8	39	26.5	36	25.2	66	41	14	13.7	41	21.7		
	Clinico	17	10.5	13	8.8	14	9.8	23	14.3	14	13.7	7	3.7		
Actitud negativa hacia profes	Normal	106	65.4	96	65.3	97	67.8	78	48.4	51	50	116	61.4	26.159	<.001*
	En riesgo	45	27.8	36	24.5	22	15.4	56	34.8	15	14.7	45	23.8		
	Clinico	11	6.8	15	10.2	24	16.8	27	16.8	36	35.3	28	14.8		
Estrés Social	Normal	93	57.4	87	59.2	81	56.6	74	46	60	58.8	104	55	5.377	.372
	En riesgo	38	23.5	33	22.4	31	21.7	52	32.3	20	19.6	38	20.1		
	Clinico	31	19.1	27	18.4	31	21.7	35	21.7	22	21.6	47	24.9		
Ansiedad	Normal	130	80.2	121	82.3	100	69.9	120	74.5	84	82.4	143	75.7	9.998	.075
	En riesgo	14	8.6	12	8.2	20	14	22	13.7	12	11.8	20	10.6		
	Clinico	18	11.1	14	9.5	23	16.1	19	11.8	6	5.9	26	13.8		
Relaciones Interpersonales	Normal	107	66	94	63.9	103	72	81	50.3	71	69.6	108	57.1	19.950	.001*
	En riesgo	15	9.3	19	12.9	11	7.7	24	14.9	13	12.7	35	18.5		
	Clinico	40	24.7	34	23.1	29	20.3	56	34.8	18	17.6	46	24.3		
Relaciones con padres	Normal	120	74.1	108	73.5	114	79.7	102	63.4	70	68.6	138	73	12.521	.028*
	En riesgo	13	8.0	13	8.8	10	7	18	11.2	3	2.9	22	11.6		
	Clinico	29	17.9	26	17.7	19	13.3	41	25.5	29	28.4	29	15.3		
Autoestima	Normal	97	59.9	106	72.1	105	73.4	100	62.1	74	72.5	111	58.7	16.525	.005*
	En riesgo	56	34.6	36	24.5	32	22.4	49	30.4	24	23.5	63	33.3		
	Clinico	9	5.6	5	3.4	6	4.2	12	7.5	4	3.9	15	7.9		
Confianza en si mismo	Normal	89	54.9	91	61.9	87	60.8	89	55.3	62	60.8	114	60.3	2.381	.794
	En riesgo	45	27.8	34	23.1	37	25.9	46	28.6	20	19.6	40	21.2		
	Clinico	28	17.3	22	15	19	13.3	26	16.1	20	19.6	35	18.5		
Desajuste Escolar	Normal	101	62.3	82	55.8	90	62.9	61	37.9	64	62.7	130	68.8	33.208	<.001*
	En riesgo	39	24.1	45	30.6	32	22.4	67	41.6	18	17.6	36	19.0		
	Clinico	22	13.6	20	13.6	21	14.7	33	20.5	20	19.6	23	12.2		
Ajuste Personal	Normal	88	54.3	88	59.9	89	62.2	69	42.9	56	54.9	99	52.4	13.185	.022*
	En riesgo	37	22.8	30	20.4	30	21.0	48	29.8	20	19.6	47	24.9		
	Clinico	37	22.8	29	19.7	24	16.8	44	27.3	26	25.5	43	22.8		
Indice de sintomas emocionales	Normal	78	48.1	76	51.7	84	58.7	63	39.1	56	54.9	83	43.9	18.133	.003*
	En riesgo	47	29	48	32.7	37	25.9	53	32.9	26	25.5	56	29.6		
	Clinico	37	22.8	23	15.6	22	15.4	45	28	20	19.6	50	26.5		

Nota: F= frecuencia; <sup>a</sup> Variable de agrupación: Colegio

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

Tabla 18 *Continúa*

STAXI-NA	Nulo	116	71.6	112	76.2	108	75.5	124	77.0	75	73.5	146	7.2	2.445	.785
Ira estado	Bajo	12	7.4	9	6.1	6	4.2	12	7.5	3	2.9	8	4.2		
	Moderado	25	15.4	21	14.3	22	15.4	18	11.2	15	14.7	28	14.8		
	Alta	9	7.6	5	3.4	7	4.9	7	4.3	9	8.8	7	3.7		
STAXI-NA	Bajo	69	42.6	60	40.8	46	32.2	47	29.2	22	21.6	52	27.5	26.244	<.001*
Ira rasgo	Moderado	65	40.1	61	41.5	65	45.5	81	50.3	41	40.2	93	49.2		
	Alto	28	17.3	26	17.7	32	22.4	33	20.5	39	38.2	44	23.3		
STAXI-NA	Bajo	50	30.9	43	29.3	33	23.1	34	21.1	19	18.6	37	19.6	18.748	.002**
Temperamento	Moderado	84	51.9	80	54.4	79	55.2	98	60.9	54	52.9	117	61.9		
de ira	Alto	28	17.3	24	16.3	31	21.7	29	18	29	28.4	35	18.5		
STAXI-NA	Bajo	46	28.4	48	32.7	37	25.9	42	26.1	18	17.6	44	23.3	7.505	.186
Expresión	Moderado	62	38.3	51	34.7	48	33.6	59	36.6	40	39.2	83	43.9		
interna ira	Alto	54	33.3	48	32.7	58	40.6	60	37.3	44	43.1	62	32.8		
STAXI	Bajo	71	43.8	66	44.9	49	34.3	61	37.9	34	33.3	59	31.2	14.636	.012*
Expresión	Moderado	69	42.6	60	40.8	66	46.2	65	40.4	44	43.1	84	44.4		
externa ira	Alto	22	13.6	21	14.3	28	19.6	35	21.7	24	23.5	46	24.3		
STAXI-NA	Bajo	57	35.2	48	32.7	39	27.3	57	35.4	26	25.5	56	29.6	5.098	.404
Control	Moderado	74	45.7	71	48.3	68	47.6	74	46.0	59	57.8	90	47.6		
externo ira	Alto	31	19.1	28	19.0	36	25.2	30	18.6	17	16.7	43	22.8		
STAXI-NA	Bajo	50	30.9	44	29.9	33	23.1	55	34.2	39	38.2	58	30.7	6.254	.284
Control	Moderado	68	42.0	68	46.3	68	47.6	69	42.9	39	38.2	83	43.9		
interno ira	Alto	44	27.2	35	23.8	42	29.4	37	23.0	24	23.5	48	25.4		
CDI	Sin sintomatología.	125	77.2	126	85.7	128	89.5	132	82.0	91	89.2	165	87.3	13.183	.022*
Total	Sintomatología leve	31	19.1	15	10.2	11	7.7	21	13.0	10	9.8	20	10.6		
Depresión	Sintomatología severa	6	3.7	6	4.1	4	2.8	8	5.0	1	1.0	4	2.1		
CDI	Sin sintomatología.	110	67.9	110	74.8	115	80.4	121	75.2	83	81.4	154	81.5	12.203	.032*
Disforia	Sintomatología leve	41	25.3	29	19.7	23	16.1	29	18.0	17	16.7	25	13.2		
	Sintomatología severa	11	6.8	8	5.4	5	3.5	11	6.8	2	2.0	10	5.3		

Nota: F= frecuencia. \*Variable de agrupación: Colegio

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

## Análisis de las atribuciones, creencias y expectativas de los cuidadores mediante el cuestionario de factores cognitivos de los padres (FCP)

El análisis descriptivo de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores mediante el cuestionario de factores cognitivos de los padres (FCP) muestra que según los puntajes directos en la única dimensión en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los contextos fue en la de expectativas acerca del hijo (ver Tabla 19).

Los cuidadores de la zona de vulnerabilidad alta presentan puntajes más altos en todas las dimensiones excepto en la de expectativas acerca de todos los niños en la que los cuidadores de la zona de vulnerabilidad baja tienen una media más alta. Es de señalar que las medias de los cuidadores de la zona de vulnerabilidad alta se encuentran en un nivel medio (ver Tabla 19).

Tabla 19

*Descripción y comparación de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores mediante el FCP según zona*

Dimensiones FCP	Total cuidadores (N= 904)		Cuidadores ZVB <sup>b</sup> (N= 452)		Cuidadores ZVA <sup>c</sup> (N= 452)		Mann Whitney <sup>a</sup>	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	U	p
Atribuciones acerca del hijo	48.62	15.01	45.65	13.38	51.58	15.96	78609.50	<.001***
Creencias acerca del hijo	36.54	9.15	35.36	7.5	37.72	10.43	87702.00	<.001***
Expectativas acerca del hijo	40.20	6.50	40.12	5.79	40.27	7.14	101597.00	.887
Atribuciones acerca de niños	27.11	5.17	26.21	4.81	28.01	5.37	83191.00	<.001***
Creencias acerca de los niños	48.1	8.24	46.26	7.07	49.94	8.89	79584.50	<.001***
Expectativas acerca de niños	28.52	4.31	29.38	3.97	27.66	4.47	80366.00	<.001***
Atribuciones como padres	67.09	10.15	65.48	8.60	68.69	11.27	89432.00	.001***
Creencias como padres	60.36	5.37	59.87	5.04	60.85	5.65	87843.00	<.001***
Expectativas como padres	19.59	4.09	18.81	4.08	20.38	3.94	78427.00	<.001***

*Nota:* DT: Desviación típica; <sup>a</sup>Variable de agrupación: Zona; <sup>b</sup>Zona vulnerabilidad baja; <sup>c</sup>Zona vulnerabilidad alta; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

El análisis comparativo de los puntajes directos entre los colegios, de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores muestra que hubo diferencias significativas en todas las dimensiones. Las medias de los colegios de la zona de vulnerabilidad alta, son más altas en todas las dimensiones en comparación con las de la zona de vulnerabilidad baja.

Los cuidadores de los niños que asisten al colegio 4, presentan las medias más altas en las dimensiones de atribuciones, creencias y expectativas acerca del hijo, en la de creencias acerca de todos los niños y en la de atribuciones acerca de sí mismo como padre. Los cuidadores del colegio 2, tuvieron las medias más bajas en las dimensiones de atribuciones y creencias acerca de todos los niños, y en la de atribuciones de sí mismo como padre. Los cuidadores del colegio 6 fueron los que tuvieron las medias más altas en la dimensión de creencias y expectativas como padre (ver Tabla 20).

En referencia al análisis del FCP según las categorías baja, media y alta en función de las zonas de baja vulnerabilidad y de alta vulnerabilidad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones expectativas acerca de su hijo y creencias acerca de sí mismo como padres (ver Tabla 21).

Tabla 20

## Comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas informadas por los cuidadores mediante el FCP según colegio

Dimensiones	Colegios zona vulnerabilidad baja						Colegios zona vulnerabilidad alta						Kruskal wallis <sup>a</sup>		
	1 (N=162)		2 (N=147)		3 (N=143)		4 (N=161)		5 (N=102)		6 (N=189)				
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT		$\chi^2$	p
Atribuciones acerca del hijo	46.82	13.81	44.93	12.72	45.08	13.55	38.47	52.5	17.23	50.65	15.19	37.72	10.38	38.318	<.001***
Creencias acerca del hijo	36.42	7.56	34.49	6.92	35.06	7.88	38.47	38.47	11.07	36.55	9.42	37.72	10.38	18.789	.002***
Expectativas acerca del hijo	41.1	5.31	39.41	5.82	39.73	6.16	41.46	41.46	7.38	39.31	6.44	39.78	7.20	12.172	.033*
Atribuciones de todos los niños	26.19	4.63	25.69	4.62	26.77	5.15	28.09	28.09	5.41	27.19	5.13	28.39	5.55	29.172	<.001***
Creencias de todos los niños	47.11	7.10	44.95	6.70	46.65	7.27	49.95	49.95	10.31	49.04	7.03	50.43	8.47	44.294	<.001***
Expectativas de todos los niños	29.58	3.81	29.57	4.10	28.95	4.01	27.96	27.96	4.52	28.16	4.50	27.14	4.37	38.885	<.001***
Atribuciones como padre	67.68	7.95	63.23	8.50	65.3	8.86	70.2	70.2	12.66	67.59	9.40	68.01	10.85	28.824	<.001***
Creencias como padre	59.21	4.89	59.68	5.27	60.82	4.84	59.86	59.86	5.23	60.94	4.62	61.63	6.35	27.580	<.001***
Expectativas como padre	18.47	4.09	18.97	4.01	19.01	4.15	19.36	19.36	2.94	20.04	3.28	21.44	4.69	52.212	<.001***

Nota: DT: Desviación típica. <sup>a</sup> Variable de agrupación: Colegio

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

Tabla 21

*Descriptivos y comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas según categoría y zona*

Dimensiones	Categoría	Total Cuidadores		Cuidadores ZVB <sup>b</sup>		Cuidadores ZBA <sup>c</sup>		Mann Whitney <sup>a</sup>	
		F	%	F	%	F	%	U	p
Atribuciones acerca de su hijo	Bajo	501	55.4	297	65.7	204	45.1	79398.00	<.001***
	Medio	326	36.1	134	29.6	192	42.5		
	Alto	77	8.50	21	4.6	56	12.4		
Creencias acerca de su hijo	Bajo	473	52.3	267	59.1	206	45.6	84249.50	<.001***
	Medio	277	30.6	138	30.5	139	30.8		
	Alto	154	17.0	47	10.4	107	23.7		
Expectativas acerca de su hijo	Bajo	533	59.0	268	59.3	265	58.6	100088.50	.549
	Medio	116	12.8	65	14.4	51	11.3		
	Alto	255	28.2	119	26.3	136	30.1		
Atribuciones acerca de todos los niños	Bajo	382	42.3	215	47.6	167	36.9	90248.00	<.001***
	Medio	262	29.0	123	27.2	139	30.8		
	Alto	260	28.8	114	25.2	146	32.3		
Creencias acerca de todos los niños	Bajo	363	40.2	214	47.3	149	33.0	84751.50	<.001***
	Medio	275	30.4	131	29	144	31.9		
	Alto	266	29.4	107	23.7	159	35.2		
Expectativas acerca de todos los niños	Bajo	84	9.3	21	46	63	13.9	84436.50	<.001***
	Medio	217	24.0	94	20.8	123	27.2		
	Alto	603	66.7	337	74.6	266	58.8		
Atribuciones acerca de sí mismo como padre	Bajo	318	35.2	188	41.6	130	28.8	92689.00	.010**
	Medio	274	30.3	111	24.6	163	36.1		
	Alto	312	34.5	153	33.8	159	35.2		
Creencias Acerca de sí mismo como padre	Bajo	28	3.1	13	2.9	15	3.3	101323.00	.690
	Medio	66	7.3	36	8.0	30	6.6		
	Alto	810	89.6	403	89.2	407	90.0		
Expectativas acerca de sí mismo como padre	Bajo	361	39.9	225	49.8	136	30.1	80013.50	<.001***
	Medio	152	16.8	71	15.7	81	17.9		
	Alto	391	43.3	156	34.5	235	52.0		

Nota: F= Frecuencia; <sup>a</sup>Variable de agrupación: Zona; <sup>b</sup>Zona de vulnerabilidad baja; <sup>c</sup>Zona de vulnerabilidad alta  
\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

El análisis comparativo entre los seis colegios en función de la zona muestra que hay diferencias estadísticamente significativas entre los colegios, en las dimensiones de atribuciones y creencias acerca de su hijo; atribuciones, creencias y expectativas acerca de todos los niños y en atribuciones y expectativas acerca de sí mismos como padres. Se observa que los cuidadores de los colegios de la zona de vulnerabilidad alta, son los que presentan porcentajes mayores de población en la categoría alta (ver Tabla 22).

Tabla 22

## Comparativos de las atribuciones, creencias y expectativas según categoría y colegio

Dimensiones	Categoría	Colegios zona de vulnerabilidad baja						Colegios zona de vulnerabilidad alta						Kruskal Wallis <sup>a</sup>	
		1		2		3		4		5		6			
		N=162	N=147	N=143	N=161	N=102	N=189	F	%	F	%	F	%		F
Atribuciones acerca de su hijo	Bajo	102	63	97	66.0	98	68.5	71	44.1	50	49.0	83	43.1	44.002	<.001***
	Medio	52	32.1	44	29.9	38	26.6	69	42.9	36	35.3	87	46.0		
	Alto	8	4.9	6	4.1	7	4.9	21	13.0	16	15.7	19	10.1		
Creencias acerca de su hijo	Bajo	90	55.6	94	63.9	83	58.0	69	42.9	53	52.0	84	44.4	28.387	<.001***
	Medio	51	31.5	38	25.9	49	34.3	55	34.2	24	23.5	60	31.7		
	Alto	21	13.0	15	10.2	11	7.7	37	23.0	25	24.5	45	23.8		
Expectativas acerca de su hijo	Bajo	85	52.5	94	63.9	89	62.2	89	55.3	64	62.7	112	59.3	7.238	.203
	Medio	27	16.7	21	14.3	17	11.9	20	12.4	15	14.7	16	8.5		
	Alto	50	30.9	32	21.8	37	25.9	52	32.3	23	22.5	61	32.3		
Atribuciones acerca de todos los niños	Bajo	79	48.8	71	48.3	65	45.5	55	34.2	48	47.1	63	33.9	15.979	.007**
	Medio	42	25.9	44	29.9	37	25.9	50	31.1	26	25.5	63	33.3		
	Alto	41	25.3	32	21.8	41	28.7	56	34.8	28	27.5	62	32.8		
Creencias acerca de todos los niños	Bajo	69	42.6	83	56.5	62	43.4	65	40.4	34	33.3	50	26.5	36.810	<.001***
	Medio	51	31.5	40	27.2	40	28.0	45	28.0	33	32.4	66	34.9		
	Alto	42	25.9	24	16.3	41	28.7	51	31.7	35	34.3	73	38.6		
Expectativas acerca de todos los niños	Bajo	4	2.5	7	4.8	10	7.0	25	15.5	12	11.8	26	13.8	37.437	<.001***
	Medio	32	19.8	33	22.4	29	20.3	36	22.4	22	21.6	65	34.4		
	Alto	126	77.8	107	72.8	104	72.7	100	62.1	68	66.7	98	51.9		
Atribuciones acerca de sí mismos como padres	Bajo	52	32.1	78	53.1	58	40.6	42	26.1	34	33.3	54	28.6	22.584	<.001***
	Medio	41	25.3	31	21.1	39	27.3	63	39.1	31	30.4	69	36.5		
	Alto	69	42.6	38	25.9	46	32.2	56	34.8	37	36.3	66	34.9		
Creencias acerca de sí mismos como padres	Bajo	7	4.3	3	2.0	3	2.1	8	5.0	1	1.0	6	3.2	8.074	.152
	Medio	15	9.3	14	9.5	7	4.9	14	8.7	9	8.8	7	3.7		
	Alto	140	86.4	130	88.4	133	93.0	139	86.3	92	90.2	176	93.1		
Expectativas acerca de sí mismos como padres	Bajo	87	53.7	68	46.3	70	49.0	55	34.2	31	30.4	50	26.5	46.983	<.001***
	Medio	26	16.0	24	16.3	21	14.7	40	24.8	14	13.7	27	14.3		
	Alto	49	30.2	55	37.4	52	36.4	66	41.0	57	55.9	112	59.3		

Nota: F= frecuencia; <sup>a</sup> Variable de agrupación: Colegio\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

## 6.5.2 Análisis correlacionales

### *Identificación de los diferentes ambientes para el modelo transaccional*

A partir del análisis de componentes principales de las variables sociodemográficas medidas, se identificaron ocho ambientes. Para dar una representación más exhaustiva y adecuada de cada uno de estos ambientes se tomaron las variables sociodemográficas con los valores de saturación positivos y  $> .30$ .

Como se observa en la Tabla 23, en el ambiente 1, *edad del niño (.74)*, *grado educativo del niño (.72)*, *personas con quien vive el niño (.66)* y *estructura familiar (.61)*, son las variables sociodemográficas con mayor peso. Se sabe que el tipo de estructura familiar (nuclear, extensa, monoparental, reconstituída), la edad y el grado educativo del niño pueden estar relacionadas con la psicopatología infantil (Cova, Maganto y Melipillán, 2005).

En el ambiente 2, *edad del niño (.56)*, *grado educativo del niño (.56)*, *ocupación del cuidador (.45)* y *edad del cuidador (.34)*, son las variables con mayor peso. Se conoce que el grado educativo está relacionado con la edad cronológica. A mayor edad, mayor grado educativo. Adicionalmente, se ha demostrado que existe una correlación alta entre el tipo de problema psicológico y la edad del niño (Achenbach, Rescorla y Ivanova, 2012; Insel, 2014). De igual forma, hay una relación entre las variables edad y ocupación. Según el [DANE] dependiendo de la edad se pertenece al grupo de población en edad de trabajar (DANE, 2012).

En el ambiente 3, *estrato socioeconómico de la familia (.80)*, y *nivel educativo del cuidador (.83)* son las variables con mayor peso. Las personas de bajos niveles socioeconómicos tienen menor acceso a la educación. El bajo nivel socioeconómico y el escaso nivel educativo de los padres o cuidadores se asocia con la falta de acceso a recursos sociales, la vivienda en vecindarios inseguros y una interacción padre – hijo inadecuada. Los padres de bajos niveles socioeconómico y educativo, se caracterizan por utilizar una disciplina rígida e inconsistente y una resolución de problemas menos

efectiva, lo que propicia el desarrollo de los problemas psicológicos de banda ancha (Pearl, French, Dumas, Moreland y Prinz, 2012).

En el ambiente 4, *cuidador* (.79), *edad del cuidador* (.62) y *tiempo que ha vivido con el niño* (.35), son las variables con mayor peso. Se ha evidenciado que el tipo de cuidador (padre, madre, abuelos) puede influir en la generación de problemas de banda ancha y de banda estrecha en los niños, por el tipo de rol que ejerce en la crianza, por el tipo de relación establecida en el tiempo en que ha vivido con el niño y por el estrés que genera la etapa de vida en que se encuentra el cuidador (Renner, 2012; White y Renk, 2012).

En el ambiente 5, *procedencia* (.66) y *edad del cuidador* (.66), son las variables con mayor peso. El ser de una región particular implica ciertas características culturales que influyen en el tipo de interacción y crianza de los hijos, lo que puede determinar los problemas psicológicos en los niños (Ho, Bluestein, y Jenkins, 2008).

En el ambiente 6, *sexo del niño* (.91), es la variable que tiene mayor peso. Son más los niños que las niñas con problemáticas psicológicas, los niños se destacan por los problemas de conducta y los trastornos del comportamiento perturbador, mientras que las niñas se caracterizan por los problemas emocionales (Navarro-Pardo et al., 2012).

En el ambiente 7, *procedencia* (.64) y *tiempo que el cuidador ha vivido con el niño* (.37) son las variables con mayor peso. Se menciona que el tiempo que lleva el padre o cuidador viviendo con el niño puede generar o disminuir la presencia de problemas psicológicos debido al tipo de vinculación cuidador- niño que se establece. Cuando el niño hace parte de una estructura familiar donde siempre han estado presente los mismos cuidadores probablemente se presentan menos problemas psicológicos (Johnson, 2003). De igual forma, la región de procedencia determina ciertas características culturales que influyen en la crianza de los hijos y por ende en la generación de determinados comportamientos (Crawford et al., 2011; Ho, Bluestein, y Jenkins, 2008).

En el ambiente 8, *ocupación del cuidador* (.67) y *tiempo que el cuidador ha vivido con el niño* (.31). Determina los ingresos de la familia y por tanto la cualificación y posición social de los padres, aspecto que se relaciona con el bienestar de los miembros de la familia y por ende con su salud mental (White y Renk, 2012). Adicionalmente el tiempo que los cuidadores llevan viviendo con su hijo influye en el tipo de relación que se establece con el hijo y en el rol en la crianza (Johnson, 2003). Se ha encontrado que estas variables pueden ser predictoras de los problemas de banda ancha (White y Renk, 2012).

Estos ocho ambientes fueron los que se consideraron para realizar el análisis correlacional del modelo transaccional (ver Tabla 23).

Tabla 23

*Análisis de componentes principales de las variables sociodemográficas*

Variables Sociodemográficas	Saturaciones en componentes							
	Dimensión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo niño	-,030	-,130	-,077	-,100	-,244	,915	,212	,154
Edad niño	,747	,563	,041	-,149	-,079	,002	,060	-,044
Grado educativo niño	,728	,568	,063	-,203	-,046	,052	,059	-,024
Cuidador	,060	,062	,128	,793	-,222	,077	-,006	-,247
Edad cuidador	,065	,342	,096	,621	,361	,251	-,250	-,066
Ocupación	-,261	,456	-,282	,106	-,060	-,034	-,378	,671
Procedencia	-,075	,120	,111	,151	,663	-,031	,645	,259
Estructura familiar	,610	-,582	,006	,140	,170	,041	-,173	,203
Estrato Socioeconómico	-,134	,077	,801	-,137	,150	,107	-,240	,037
Nivel educativo	-,066	-,076	,833	-,155	-,059	,019	-,082	,119
Tiempo que ha vivido con el niño	,135	-,073	,294	,357	-,588	-,260	,374	,319
Personas con quien vive el niño	,668	-,547	-,059	,066	,151	-,027	-,146	,170

Normalización principal por variable.

**Análisis correlacional modelo transaccional del desarrollo**

El análisis correlacional entre las variables medidas por el modelo transaccional del desarrollo y los problemas de banda estrecha y banda ancha, muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas entre el problema de banda estrecha

ansioso-depresivo con el ambiente 3, estrato socioeconómico de la familia y nivel educativo del cuidador ( $r=.067$ ;  $p <.05$ ) y el ambiente 7, procedencia y tiempo que el cuidador ha vivido con el niño ( $r=.081$ ,  $p <.05$ ) y correlaciones significativas y negativas con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.79$ ;  $p <.05$ ), relaciones con los padres ( $r = -.117$ ;  $p <.01$ ), y con el ambiente 1, edad y grado educativo del niño, personas con quien vive el niño y estructura familiar ( $r = -.087$ ;  $p <.01$ ).

El problema de banda estrecha retraído/depresivo presenta una correlación significativa y positiva con la variable ambiente 7, procedencia y tiempo que el cuidador ha vivido con el niño ( $r = .093$ ;  $p <.01$ ) y correlaciones negativas con las variables relaciones con los padres ( $r = -.120$ ;  $p <.01$ ) y el ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.096$ ;  $p <.01$ ). El problema de banda estrecha quejas somáticas, arroja correlaciones estadísticamente significativas pero negativas con las variables relaciones con los padres ( $r = -.078$ ,  $p <.05$ ) y ambiente 1, edad y grado educativo del niño, personas con quien vive el niño y estructura familiar ( $r = -.091$ ;  $p <.01$ ).

Los problemas sociales evidencian una correlación estadísticamente significativa y positiva con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .079$ ;  $p <.05$ ) y actitud negativa hacia el profesor ( $r = .066$ ;  $p <.05$ ) y, negativa con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.091$ ;  $p <.01$ ), relaciones con los padres ( $r = -.144$ ;  $p <.01$ ) y con el ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.081$ ;  $p <.05$ ).

Los problemas de pensamiento, arrojan correlaciones estadísticas significativas y positivas con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .104$ ;  $p <.01$ ), y actitud negativa hacia los profesores ( $r = .112$ ;  $p <.01$ ), y correlaciones negativas con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.082$ ;  $p <.01$ ), relaciones con padres ( $r = -.14$ ;  $p <.01$ ), y ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.109$ ;  $p <.01$ ).

Los problemas de atención correlacionan de forma estadísticamente significativa y positiva con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .146$ ;  $p <.01$ ); actitud negativa hacia los profesores ( $r = .112$ ;  $p <.01$ ) y ambiente 3, estrato socioeconómico

de la familia y nivel educativo del cuidador ( $r = .149$ ;  $p < .01$ ) y de forma estadísticamente significativa pero negativa con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.127$ ;  $p < .01$ ); relaciones con los padres ( $r = -.160$ ;  $p < .01$ ) y ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.159$ ;  $p < .01$ ).

Los comportamientos de ruptura de normas muestran correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .124$ ;  $p < .01$ ), y actitud negativa hacia los padres ( $r = .089$ ;  $p < .01$ ) y significativas pero negativas con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.076$ ;  $p < .05$ ), relaciones con los padres ( $r = -.148$ ;  $p < .01$ ), y con el ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.158$ ;  $p < .01$ ) y el ambiente 8, ocupación y procedencia del cuidador ( $r = -.085$ ;  $p < .05$ ).

El comportamiento agresivo arroja correlaciones positivas y estadísticamente significativas con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .097$ ;  $p < .01$ ), actitud negativa hacia el profesor ( $r = .066$ ;  $p < .05$ ), y el ambiente 3, estrato socioeconómico de la familia y nivel educativo del cuidador ( $r = .115$ ;  $p < .01$ ), y correlaciones significativas y negativas con las variables relaciones con los padres ( $r = -.124$ ;  $p < .01$ ) y ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.129$ ;  $p < .01$ ).

Los comportamientos internalizados correlacionan estadísticamente de forma positiva con el ambiente 8, ocupación y procedencia del cuidador ( $r = .092$ ;  $p < .01$ ), y de forma negativa con las variables relaciones con padres ( $r = -.125$ ;  $p < .01$ ), y el ambiente 1, edad y grado educativo del niño, personas con quien vive el niño y estructura familiar ( $r = -.076$ ;  $p < .05$ ).

Los comportamientos externalizados, presentan correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .113$ ;  $p < .01$ ); actitud negativa hacia el profesor ( $r = .078$ ;  $p < .05$ ); ambiente 3, estrato socioeconómico de la familia y nivel educativo del cuidador ( $r = .091$ ;  $p < .01$ ), y correlaciones significativas pero negativas con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.066$ ;  $p < .05$ ), relaciones con los padres ( $r = -.140$ ;  $p < .01$ ), ambiente 6, sexo del

niño ( $r = -.147$ ;  $p < .01$ ); y el ambiente 8, ocupación y procedencia del cuidador ( $r = -.070$ ;  $p < .05$ ).

El total del CBCL, muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables actitud negativa hacia el colegio ( $r = .104$ ;  $p < .01$ ), actitud negativa hacia el profesor ( $r = .071$ ;  $p < .05$ ), y ambiente 3, estrato socioeconómico de la familia y nivel educativo del cuidador ( $r = .094$ ;  $p < .01$ ) y correlaciones negativas con las variables relaciones interpersonales ( $r = -.088$ ;  $p < .01$ ), relaciones con padres ( $r = -.155$ ,  $p < .01$ ) y ambiente 6, sexo del niño ( $r = -.121$ ;  $p < .01$ ) (ver Tabla 24).

Tabla 24

*Correlaciones modelo transaccional del desarrollo*

Modelo Transaccional	PROBLEMAS DE BANDA ESTRECHA Y BANDA ANCHA										
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>c</sup>	4 <sup>d</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>f</sup>	7 <sup>g</sup>	8 <sup>h</sup>	9 <sup>i</sup>	10 <sup>j</sup>	11 <sup>k</sup>
Actitud negativa hacia el colegio	.059	.032	.006	.079*	.104**	.146**	.124**	.097**	.042	.113**	.104**
Actitud negativa hacia el profesor	.029	.029	-.016	.066*	.051	.112**	.089**	.066*	.018	.078*	.071*
Relaciones interpersonales	-.079*	-.047	-.025	-.091**	-.082*	-.127**	-.076*	-.056	-.063	-.066*	-.088**
Relaciones con los padres	-.117**	-.120**	-.078*	-.144**	-.141**	-.160**	-.148**	-.124**	-.125**	-.140**	-.155**
Ambiente 1	-.087**	-.005	-.091**	-.028	-.025	-.024	.060	-.017	-.076*	.011	-.032
Ambiente 2	-.003	.014	.009	-.013	.000	-.024	.012	.004	.006	.007	-.002
Ambiente 3	.067*	.032	.033	.075*	.051	.149**	.033	.115**	.055	.091**	.094**
Ambiente 4	-.013	-.022	-.048	.029	.006	.026	.032	.030	-.031	.032	.012
Ambiente 5	.023	.013	.030	-.021	.003	-.015	-.023	.012	.026	-.001	.004
Ambiente 6	-.049	-.096**	.003	-.081*	-.109**	-.159**	-.158**	-.129**	-.055	-.147**	-.121**
Ambiente 7	.081*	.093**	.060	.048	.042	.056	.023	.058	.092**	.048	.076*
Ambiente 8	-.041	-.019	.010	-.015	-.060	-.027	-.085*	-.056	-.023	-.070*	-.049

*Nota:* <sup>a</sup>Ansioso/depresivo; <sup>b</sup>Retraído/depresivo; <sup>c</sup>Quejas Somáticas; <sup>d</sup>Problemas sociales; <sup>e</sup>Problemas de pensamiento; <sup>f</sup>Problemas de atención; <sup>g</sup>Comportamiento ruptura de normas; <sup>h</sup>Comportamiento agresivo; <sup>i</sup>Comportamiento internalizado; <sup>j</sup>Comportamiento externalizado; <sup>k</sup>Total problemas CBCL.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

**Análisis de correlación modelo cognitivo social**

El análisis de las correlaciones de la categoría uno, lo que piensa, cree y espera acerca de su hijo del FCP, confirma correlaciones significativas y positivas entre las

dimensión atribuciones acerca de su hijo con los problemas de banda ancha, comportamientos internalizados ( $r = .066$ ;  $p < .05$ ), comportamientos externalizados ( $r = .179$ ;  $p < .01$ ) y total de problemas del CBCL ( $r = .135$ ;  $p < .01$ ), y con los problemas de banda estrecha o síndromes específicos, ansioso/depresivo ( $r = .069$ ;  $p < .05$ ), retraído/depresivo ( $r = .107$ ;  $p < .01$ ), comportamiento de ruptura de normas ( $r = .215$ ;  $p < .05$ ) comportamiento agresivo ( $r = .143$ ;  $p < .01$ ), problemas sociales ( $r = .103$ ;  $p < .01$ ), problemas de pensamiento ( $r = .131$ ;  $p < .01$ ) y los problemas de atención ( $r = .083$ ;  $p < .05$ ).

La dimensión expectativas acerca de su hijo correlaciona positivamente con los problemas de banda ancha, comportamientos internalizados ( $r = .126$ ;  $p < .01$ ), comportamientos externalizados ( $r = .190$ ;  $p < .01$ ), total problemas CBCL ( $r = .178$ ;  $p < .01$ ) y con los problemas de banda estrecha o síndromes específicos, ansioso/depresivo ( $r = .113$ ;  $p < .01$ ); retraído/depresivo ( $r = .142$ ;  $p < .01$ ), comportamiento de ruptura de normas ( $r = .192$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $r = .173$ ;  $p < .01$ ), problemas sociales ( $r = .152$ ;  $p < .01$ ), problemas de pensamiento ( $r = .145$ ;  $p < .01$ ) y problemas de atención ( $r = .122$ ;  $p < .01$ ).

La dimensión creencias acerca de su hijo correlaciona positivamente con el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de normas ( $r = .077$ ;  $p < .05$ ).

El análisis de las correlaciones de la categoría 2, lo que pienso, creo y espero de todos los niños, evidencia que la dimensión de atribuciones acerca de todos los niños correlaciona positivamente con los problemas de banda estrecha o síndromes específicos retraído/depresivo ( $r = .110$ ;  $p < .01$ ), problemas de pensamiento ( $r = .072$ ;  $p < .05$ ), comportamiento de ruptura de normas ( $r = .126$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $r = .069$ ;  $p < .05$ ), y con el problema de banda ancha comportamiento externalizado ( $r = .094$ ;  $p < .01$ ).

La dimensión de expectativas acerca de todos los niños correlaciona positivamente y de forma estadísticamente significativa con los problemas de banda

estrecha o síndromes específicos quejas somáticas ( $r = .070$ ;  $p < .05$ ) y problemas de atención ( $r = .082$ ;  $p < .05$ ).

En la categoría 3, lo que pienso, creo y espero de sí mismo como padre, la dimensión atribuciones acerca de sí mismo como padre, correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con todos los problemas de banda ancha como son comportamientos internalizados ( $r = .075$ ;  $p < .05$ ), comportamientos externalizados ( $r = .181$ ;  $p < .01$ ) y total de problemas del CBCL ( $r = .143$ ;  $p < .01$ ) y con los problemas de banda estrecha o síndromes específicos ansioso/depresivo ( $r = .066$ ;  $p < .05$ ), retraído/depresivo ( $r = .126$ ;  $p < .01$ ), comportamiento de ruptura de normas ( $r = .222$ ;  $p < .01$ ), comportamiento agresivo ( $r = .144$ ;  $p < .01$ ), problemas sociales ( $r = .103$ ;  $p < .01$ ), problemas de pensamiento ( $r = .117$ ;  $p < .01$ ) y problemas de atención ( $r = .139$ ;  $p < .01$ ).

Se observan correlaciones estadísticamente significativas y negativas entre la dimensión de expectativas acerca de sí mismo como padres con dos de los problemas de banda estrecha o síndromes específicos que son ansioso/depresivo ( $r = -.096$ ;  $p < .01$ ) y quejas somáticas ( $r = -.081$ ;  $p < .05$ ); la dimensión creencias acerca de su hijo con el problema de banda estrecha o síndrome específico quejas somáticas ( $r = -.070$ ;  $p < .05$ ); y la dimensión creencias acerca de todos los niños con los problemas de banda estrecha o síndromes específicos ansioso/depresivo ( $r = -.075$ ;  $p < .05$ ), quejas somáticas ( $r = -.123$ ;  $p < .01$ ) y el problema de banda ancha comportamientos internalizados ( $r = -.082$ ;  $p < .05$ ).

La dimensión creencias acerca de sí mismos como padres de la categoría 3, lo que pienso, creo y espero de sí mismo como padre, no correlaciona con ninguno de los problemas de banda ancha, ni de banda estrecha o síndromes específicos (ver Tabla 25).

Tabla 25

*Correlaciones modelo cognitivo social*

Escala	PROBLEMAS DE BANDA ESTRECHA Y BANDA ANCHA										
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>c</sup>	4 <sup>d</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>f</sup>	7 <sup>g</sup>	8 <sup>h</sup>	9 <sup>i</sup>	10 <sup>j</sup>	11 <sup>k</sup>
FCP											
Atribuciones acerca del hijo	.069*	.107**	-.009	.103**	.131**	.083*	.215**	.143**	.066*	.179**	.135**
Creencias acerca de hijo	-.057	-.011	-.070*	-.003	.044	-.033	.077*	.017	-.057	.041	-.004
Expectativas acerca del hijo	.113**	.142**	.064	.152**	.145**	.122**	.192**	.173**	.126**	.190**	.178**
Atribuciones acerca de todos los niños	.012	.110**	-.045	.038	.072*	.031	.126**	.069*	.027	.094**	.065
Creencias acerca de todos los niños	-.075*	-.004	-.123**	-.051	.005	-.050	.054	-.042	-.082*	-.009	-.044
Expectativas acerca de todos los niños	.061	-.047	.070*	.026	.009	.082*	-.014	.054	.039	.031	.042
Atribuciones acerca de sí mismo como padre	.066*	.126**	.000	.103**	.117**	.139**	.222**	.144**	.075*	.181**	.143**
Creencias acerca de sí mismo como padre	-.051	.003	.007	-.013	.045	-.031	.023	.002	-.021	.010	-.005
Expectativas acerca de sí mismo como padre	-.096**	.058	-.081*	-.052	-.057	-.051	.044	-.040	-.056	-.011	-.045

Nota: <sup>a</sup> Ansioso/depresivo; <sup>b</sup> Retraído/depresivo; <sup>c</sup> Quejas Somáticas; <sup>d</sup> Problemas sociales; <sup>e</sup> Problemas de pensamiento; <sup>f</sup> Problemas de atención; <sup>g</sup> Comportamiento de ruptura de normas; <sup>h</sup> Comportamiento agresivo; <sup>i</sup> Comportamiento internalizado; <sup>j</sup> Comportamiento externalizado; <sup>k</sup> Total de problemas CBCL.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$

## **Análisis de correlación modelo de regulación emocional**

El análisis de correlación entre las variables del modelo de regulación emocional y los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas entre el problema de banda estrecha o síndrome específico ansioso/depresivo con las variables estrés social ( $r = .118$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .137$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .143$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .095$ ;  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .194$ ;  $p < .01$ ) y disforia ( $r = .186$ ;  $p < .01$ ) y una correlación estadísticamente significativa pero negativa con ajuste personal ( $r = -.101$ ;  $p < .01$ ).

El problema de banda estrecha o síndrome específico retraído/depresivo, presenta correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .107$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .068$ ;  $p < .05$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .108$ ;  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .143$ ;  $p < .01$ ), disforia ( $r = .146$ ;  $p < .01$ ) y una correlación estadísticamente significativa y negativa con ajuste personal ( $r = -.098$ ;  $p < .01$ ). El problema de banda estrecha o síndrome específico quejas somáticas, muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables ansiedad ( $r = .091$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .83$ ;  $p < .05$ ), total depresión ( $r = .118$ ;  $p < .01$ ) y disforia ( $r = .107$ ;  $p < .01$ ).

El síndrome específico problemas sociales, correlaciona estadísticamente de forma significativa y positiva con las variables estrés social ( $r = .172$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .145$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .082$ ;  $p < .05$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .180$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .077$ ;  $p < .05$ ), temperamento de ira ( $r = .100$ ;  $p < .01$ ), rasgo de ira ( $r = .079$ ;  $p < .05$ ), expresión externa ira ( $r = .080$ ;  $p < .05$ ), total depresión ( $r = .232$ ;  $p < .01$ ), y disforia ( $r = .212$ ;  $p < .05$ ), y correlaciona estadísticamente de forma significativa y negativa con autoestima ( $r = -.082$ ;  $p < .05$ ), y ajuste personal ( $r = -.132$ ;  $p < .01$ ).

El síndrome específico problemas de pensamiento, correlaciona estadísticamente de forma significativa y positiva con las variables estrés social ( $r = .111$ ;  $p < .01$ ),

ansiedad ( $r = .088$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .082$ ;  $p < .05$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .136$ ;  $p < .01$ ), estado ira ( $r = .086$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .124$ ;  $p < .01$ ), ira rasgo ( $r = .097$ ;  $p < .01$ ), expresión externa ira ( $r = .093$ ;  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .189$ ;  $p < .01$ ), y disforia ( $r = .161$ ;  $p < .01$ ) y correlaciona estadísticamente de forma negativa con ajuste personal ( $r = -.111$ ;  $p < .01$ ).

El síndrome específico problemas de atención arroja correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .167$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .106$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .147$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .191$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .127$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .072$ ;  $p < .05$ ), total depresión ( $r = .253$ ;  $p < .01$ ), y disforia ( $r = .234$ ;  $p < .01$ ), y correlaciona estadísticamente de forma significativa negativa con las variables autoestima ( $r = -.072$ ;  $p < .05$ ), confianza en sí mismo ( $r = -.088$ ;  $p < .01$ ), ajuste personal ( $r = -.159$ ;  $p < .01$ ), y control interno de la ira ( $r = -.083$ ;  $p < .05$ ).

El problema psicológico de banda estrecha o síndrome específico comportamiento de ruptura de normas, arroja correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .146$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .112$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .146$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .131$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .117$ ;  $p < .01$ ), rasgo ira ( $r = .114$ ;  $p < .01$ ), expresión externa ira ( $r = .128$ ;  $p < .05$ ), total depresión ( $r = .185$ ;  $p < .01$ ), y disforia ( $r = .155$ ;  $p < .01$ ), y correlaciones estadísticamente significativas y negativas con las variables autoestima ( $r = -.072$ ;  $p < .05$ ), confianza en sí mismo ( $r = -.078$ ;  $p < .05$ ), ajuste personal ( $r = -.131$ ;  $p < .01$ ).

El problema de banda estrecha o síndrome específico, comportamiento agresivo, muestra correlaciones estadísticas significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .139$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .092$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .090$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .140$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .101$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .131$ ;  $p < .01$ ), rasgo de ira ( $r = .098$ ;  $p < .01$ ), expresión externa ira ( $r = .084$ ;  $p < .05$ ), total depresión ( $r = .216$ ;  $p < .01$ ) y disforia ( $r = .200$ ;  $p$

<.01), y una correlación estadísticamente significativa y negativa con la variable ajuste personal ( $r = -.102$ ;  $p < .01$ ).

El problema de banda ancha comportamientos internalizados presenta correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .108$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .122$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .127$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .090$ ;  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .185$ ;  $p < .01$ ), y disforia ( $r = .178$ ;  $p < .01$ ), y un correlación estadística significativa y negativa con la variable ajuste personal ( $r = -.098$ ;  $p < .01$ ).

El problema de banda ancha, comportamientos externalizados, presenta correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .150$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .83$ ;  $p < .05$ ), desajuste escolar ( $r = .104$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .151$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .118$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .133$ ;  $p < .01$ ), ira rasgo ( $r = .110$ ;  $p < .01$ ), expresión externa de la ira ( $r = .105$ ,  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .216$ ;  $p < .01$ ) y disforia ( $r = .194$ ;  $p < .01$ ), y correlaciones estadísticamente significativas y negativas con las variables confianza en sí mismo ( $r = -.068$ ,  $p < .05$ ), y ajuste personal ( $r = -.119$ ;  $p < .01$ ).

Finalmente, la escala de banda ancha total de problemas del CBCL, muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables estrés social ( $r = .156$ ;  $p < .01$ ), ansiedad ( $r = .122$ ;  $p < .01$ ), desajuste escolar ( $r = .097$ ;  $p < .01$ ), índice de síntomas emocionales ( $r = .173$ ;  $p < .01$ ), ira estado ( $r = .111$ ;  $p < .01$ ), temperamento de ira ( $r = .123$ ;  $p < .01$ ), ira rasgo ( $r = .93$ ;  $p = .01$ ), expresión externa ira ( $r = .085$ ;  $p < .01$ ), total depresión ( $r = .241$ ;  $p < .01$ ) y disforia ( $r = .220$ ;  $p < .01$ ) y correlaciones estadísticamente significativas y negativas con autoestima ( $r = -.071$ ;  $p < .05$ ) y ajuste personal ( $r = -.132$ ;  $p < .01$ ) (ver Tabla 26).

Tabla 26  
Correlaciones modelo de regulación emocional

Escala	1 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>c</sup>	4 <sup>d</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>f</sup>	7 <sup>g</sup>	8 <sup>h</sup>	9 <sup>i</sup>	10 <sup>j</sup>	11 <sup>k</sup>
BASC	.118**	.107**	.042	.172**	.111**	.167**	.146**	.139**	.108**	.150**	.156**
Estres social											
BASC	.137**	.068*	.091**	.145**	.088**	.106**	.055	.092**	.122**	.083*	.122**
Ansiedad											
BASC	-.061	-.059	-.002	-.082*	-.055	-.072*	-.072*	-.053	-.050	-.063	-.071*
Autoestima											
BASC Confianza en sí mismo	-.025	-.042	.000	-.056	-.036	-.088**	-.078*	-.058	-.026	-.068*	-.056
BASC - Desajuste escolar	.052	.033	-.006	.082*	.082*	.147**	.112**	.090**	.034	.104**	.097**
BASC - Ajuste personal	-.101**	-.098**	-.044	-.132**	-.111**	-.159**	-.131**	-.102**	-.098**	-.119**	-.132**
BASC - Índice síntomas emocionales	.143**	.108**	.058	.180**	.136**	.191**	.146**	.140**	.127**	.151**	.173**
STAXI-NA Ira estado	.050	.033	.054	.077*	.086**	.127**	.131**	.101**	.055	.118**	.111**
STAXI-NA Ira rasgo	.055	.016	.054	.079*	.097**	.043	.114**	.098**	.052	.110**	.093**
STAXI-NA Temperamento de ira	.095**	.040	.083*	.100**	.124**	.072*	.117**	.131**	.090**	.133**	.123**
STAXI-NA Expresión interna ira	.044	.013	.020	.049	.031	.004	.022	.023	.033	.024	.034
STAXI-NA Expresión externa ira	.044	.024	.019	.080*	.093**	.040	.128**	.084*	.036	.105**	.085*
STAXI-NA Control externo ira	.002	.008	.006	.009	.019	-.052	.004	.006	.006	.006	.004
STAXI-NA Control interno ira	.006	-.005	.035	-.002	-.043	-.083*	-.035	-.008	.014	-.019	-.021
CDI Total depresión	.194**	.143**	.118**	.232**	.189**	.253**	.185**	.216**	.185**	.216**	.241**
CDI Disforia	.186**	.146**	.107**	.212**	.161**	.234**	.155**	.200**	.178**	.194**	.220**

Nota: <sup>a</sup> Ansioso/depresivo, <sup>b</sup> Retraído/depresivo, <sup>c</sup> Quejas somáticas, <sup>d</sup> Problemas sociales, <sup>e</sup> Problemas de pensamiento, <sup>f</sup> Problemas de atención, <sup>g</sup> Comportamiento de ruptura de normas, <sup>h</sup> Comportamiento agresivo, <sup>i</sup> Comportamiento internalizado, <sup>j</sup> Comportamiento externalizado, <sup>k</sup> Total de problemas CBCL

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### **6.5.3 Ecuaciones estructurales**

Para contrastar la estructura relacional propuesta, se eligió el análisis de ecuaciones estructurales como la estrategia de análisis de datos más adecuado, debido a que el interés de este estudio fue confirmar mediante el análisis de la muestra las relaciones propuestas a partir de la teoría que se utilizó para explicar la presencia de los problemas de banda ancha y de banda estrecha. Se planteó un modelo explicativo que resalta cuáles son las variables más importantes en la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha, de tal manera, que esta explicación pasa de un análisis descriptivo a uno de causalidad entre distintas variables las cuales pueden comportarse tanto como variables criterio como predictoras de forma simultánea.

A continuación se presentan los resultados iniciando con el análisis factorial del CBCL para determinar la estructura básica del mismo.

#### **Estructura factorial del CBCL**

En el análisis de la estructura básica del CBCL se buscó el mayor ajuste del modelo para que cuando se trabajara con todas las variables predictoras de los diferentes modelos a probar, no se perdiera el ajuste por el impacto de estas variables predictoras. El análisis realizado confirma la estructura básica del CBCL. La estructura básica del CBCL presenta un buen ajuste a los datos en los índices de ajuste como se puede ver: ( $\chi^2 = 5.375$ ; (9);  $p=.800$ ; GFI = .99; AGFI = .98 y RMSEA= .000).

Se observa que la estructura del CBCL se compone de ocho indicadores observables que son los problemas de banda estrecha o síndromes específicos conocidos como ansioso/depresivo, retraído/depresivo, quejas somáticas, comportamientos de ruptura de reglas, comportamiento agresivo, problemas de atención, problemas sociales y problemas de pensamiento los que se agrupan en dos factores que son los comportamientos internalizados y los comportamientos

externalizados. El CBCL como factor global se compone de dos factores que son los factores de primer orden los llamados síndromes específicos o problemas de banda estrecha y los factores de segundo orden o problemas de banda ancha que son los comportamientos internalizados con un peso de ( $\beta = .96$ ;  $p < .001$ ), los comportamientos externalizados de ( $\beta = .93$ ;  $p < .001$ ) y los síndromes específicos problemas de atención cuyo peso es de ( $\beta = .84$ ;  $p < .001$ ), problemas sociales cuyo peso es de ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ) y problemas de pensamiento de ( $\beta = .78$ ;  $p < .001$ ) en el factor global del CBCL.

Los indicadores ansioso/depresivo tiene un peso de ( $\beta = .85$ ;  $p < .001$ ), quejas somáticas de ( $\beta = .67$ ;  $p < .001$ ) y retraído/depresivo de ( $\beta = .74$ ;  $p < .001$ ), en el factor de segundo orden de banda ancha, comportamientos internalizados. Y los indicadores comportamiento de ruptura de reglas tiene un peso de ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ) y comportamiento agresivo de ( $\beta = .93$ ;  $p < .001$ ) en el factor de segundo orden de banda ancha comportamientos externalizados (ver Tabla 27 y Fig. 2).

Tabla 27

*Coefficientes de la Estructura factorial del CBCL*

Variables endógenas		Variables exógenas	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	p
Comportamientos internalizados	←	CBCL	.956		
Comportamientos externalizados	←	CBCL	.934	22.737	<.001***
CBCL-Ansioso/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.848		
CBCL-Comportamiento agresivo	←	Comportamientos externalizados	.929	32.805	<.001***
CBCL-Comportamiento ruptura de reglas	←	Comportamientos externalizados	.829		
CBCL-Quejas somáticas	←	Comportamientos internalizados	.671	20.816	<.001***
CBCL-Retraído/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.737	24.880	<.001***
CBCL-Problemas de atención	←	CBCL	.839	26.637	<.001***
CBCL-Problemas sociales	←	CBCL	.825	34.580	<.001***
CBCL- Problemas de pensamiento	←	CBCL	.784	25.486	<.001***

Nota: <sup>a</sup> = Coeficiente de regresión estandarizado; <sup>b</sup> = Razón crítica; \*\*\* $p < .001$

En la Figura 2, se grafica la estructura básica del CBCL la que muestra los pesos de los indicadores en los diferentes factores los que se presentan en la Tabla 27.

Adicionalmente en la Figura 2, se puede identificar la confiabilidad de la estructura básica del CBCL. De esta forma, se observa que los problemas de banda ancha conocidos como comportamientos externalizados tienen una confiabilidad de .87 y los comportamientos internalizados de .91. Además se observa que los

problemas de banda estrecha con mayor confiabilidad son comportamiento agresivo (.86), ansioso/depresivo (.72), problemas de atención (.70), comportamiento de ruptura de reglas (.69) y problemas sociales (.68). Los problemas con menor confiabilidad son quejas somáticas (.45) y retraído/depresivo (.54) (ver Fig. 2). Esta estructura se mantiene a lo largo de todos los modelos obtenidos a través de las ecuaciones estructurales.

La estructura del CBCL obtenida en esta investigación, es coherente con la obtenida por los autores de la misma (Achenbach y Rescorla, 2001), lo que muestra que se sostiene la estructura probada por esta escala desde su construcción.

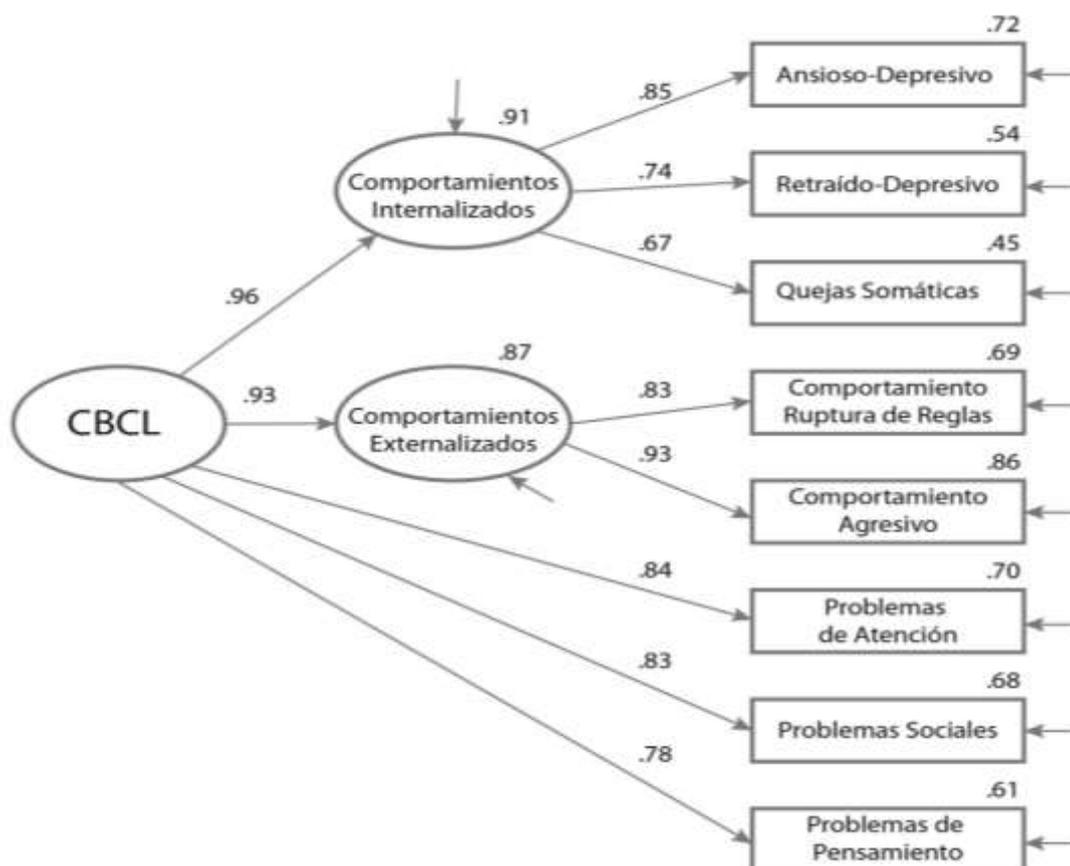


Figura 2. Estructura básica del CBCL

## **Modelo transaccional del desarrollo**

El modelo transaccional del desarrollo evaluó la influencia de las variables predictoras relaciones con los padres, relaciones interpersonales, actitud negativa hacia los profesores, actitud negativa hacia el colegio, que son indicadoras del ambiente familiar, social y escolar, medidas con la escala BASC y de las variables predictoras ambientes 1 al 8 en los que las diferentes variables sociodemográficas tienen una importancia diferencial dependiendo del peso de saturación, sobre la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha (comportamientos internalizados y comportamientos externalizados) y de los problemas de banda estrecha o síndromes específicos ansioso/depresivo, retraído/depresivo, comportamiento de ruptura de reglas, comportamiento agresivo, problemas de pensamiento, problemas sociales y problemas de atención.

La estructura relacional del modelo transaccional del desarrollo consideró las variables latentes a) BASC que abarca las variables predictoras relaciones con padres, relaciones interpersonales, actitud negativa hacia el colegio y actitud negativa hacia los profesores; b) Contexto que abarca ocho ambientes y en cada uno de ellos hay unas variables sociodemográficas que tienen mayor peso; c) comportamientos internalizados y d) comportamientos externalizados como los factores de segundo orden de la estructura factorial del CBCL.

El modelo transaccional del desarrollo presenta un buen ajuste a los datos en los índices de ajuste ( $\chi^2 = 108.463$  (129);  $p = .905$ ; GFI = .99; AGFI = .98 y RMSEA = .000). El número de parámetros establecidos es de 81.

### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la tabla 28 y en la figura 3, se observa un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, de las variables predictoras relaciones con los padres, relaciones interpersonales, actitud negativa hacia los profesores, actitud negativa hacia el colegio que abarca la variable latente BASC sobre: a) los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = .98$ ;  $p < .001$ ) los que tienen un efecto

directo y significativo en los problemas de banda estrecha, ansioso/depresivo ( $\beta=.85$ ;  $p<.001$ ), quejas somáticas ( $\beta=1.13$ ;  $p<.001$ ) y retraído/depresivo ( $\beta=.74$ ;  $p <.001$ ); b) los problemas de banda ancha comportamientos externalizados ( $\beta =.91$ ;  $p <.001$ ), los que a su vez tienen un efecto directo y significativo en los problemas de banda estrecha o síndromes específicos comportamiento agresivo ( $\beta=.93$ ;  $p <.001$ ) y comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta=.84$ ;  $p <.001$ ); y c) los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = .80$ ;  $p <.001$ ), problemas sociales ( $\beta=.84$ ;  $p<.001$ ) y problemas de pensamiento ( $\beta =.79$ ;  $p <.001$ ).

Las variables predictoras del ambiente 1 al 8, relacionadas con las características sociodemográficas y que componen la variable latente contexto, tienen un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, sobre la variable criterio problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta =.01$ ;  $p<.001$ ).

La variable predictora actitud negativa hacia el colegio del ambiente escolar, tiene un efecto directo y significativo en los problemas de banda estrecha o síndrome específico comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .04$ ;  $p<.05$ ) y un efecto directo, significativo pero negativo sobre los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.05$ ;  $p <.01$ ). La variable predictora relaciones interpersonales referida al ambiente social, tiene un efecto directo, negativo y significativo estadísticamente en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.06$ ;  $p <.01$ ).

La variable predictora ambiente 1, en la que las variables sociodemográficas edad y grado educativo del niño, estructura familiar y personas con quien vive el niño, tuvieron mayor peso, presenta un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente, sobre los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta=.07$ ;  $p <.05$ ) y ruptura de reglas ( $\beta = .08$ ;  $p <.001$ ); y un efecto directo, pero negativo y estadísticamente significativo sobre el problema de banda estrecha comportamientos internalizados ( $\beta= -.07$ ;  $p <.001$ ).

De igual forma, la variable predictora ambiente 3, en la que las variables sociodemográficas estrato socioeconómico y nivel educativo del cuidador tuvieron

mayor peso, tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, sobre el problema de banda ancha comportamientos externalizados ( $\beta=.06$ ;  $p<.05$ ); el síndrome específico problemas de atención ( $\beta =.09$ ;  $p<.001$ ); y un efecto directo, significativo estadísticamente, pero negativo, sobre el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = -.07$ ;  $p<.001$ ).

La variable predictora ambiente 6, en el que la variable sociodemográfica sexo del niño fue la de mayor peso, tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta =.04$ ;  $p<.05$ ) y directo, significativo, pero negativo sobre los problemas de banda ancha comportamientos externalizados ( $\beta = -.05$ ;  $p<.05$ ), los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.06$ ;  $p<.05$ ); y el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.08$ ;  $p<.01$ ).

Finalmente, la variable predictora ambiente 8, en el que las variables sociodemográficas ocupación del cuidador y tiempo que ha vivido con el niño tuvieron mayor peso, tiene un efecto directo, estadísticamente significativo, pero negativo, sobre el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta= -.04$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 28 y Fig. 3).

### **Efectos indirectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

Se identifica un efecto indirecto significativo estadísticamente sobre las variables criterio problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta =.82$ ;  $p<.01$ ) y quejas somáticas ( $\beta =.61$ ;  $p<.01$ ), de las variables predictoras relaciones con padres, relaciones interpersonales actitud negativa hacia los profesores y actitud negativa hacia el colegio, que abarca la variable latente BASC, mediado por los problemas de banda ancha comportamientos internalizados. De igual forma, se observa un efecto indirecto significativo estadísticamente, de las variables predictoras del contexto familiar, social y escolar que abarca la variable latente BASC en las variables criterio problemas de banda estrecha, comportamientos de ruptura de reglas ( $\beta=.75$ ;  $p<.01$ ) y

comportamiento agresivo ( $\beta=.85$ ;  $p<.01$ ), que es mediado por los problemas de banda ancha comportamientos externalizados (ver Fig. 3).

La variable predictora actitud negativa hacia el colegio del contexto escolar, tiene un efecto indirecto y negativo en las variables criterio problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta= -.044$ ;  $p<.01$ ) y retraído/depresivo ( $\beta=-.034$ ;  $p<.01$ ), que es mediado por la variable comportamientos internalizados. Las variables predictoras de la variable latente contexto, tienen un efecto indirecto y positivo en las variables comportamientos internalizados ( $\beta = .011$ ;  $p<.01$ ), ansioso/depresivo ( $\beta=.009$ ;  $p<.01$ ), comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta=.004$ ;  $p<.01$ ) y problemas sociales ( $\beta=.007$ ;  $p<.01$ ) y un efecto indirecto negativo en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta= -.007$ ;  $p<.01$ ), mediado por las variables predictoras relaciones con padres, relaciones interpersonales y actitud negativa hacia el colegio y actitud negativa hacia los profesores que abarca la variable latente BASC (ver Fig. 3).

La variable predictora ambiente 6, en el que el sexo del niño tuvo el mayor peso, tiene un efecto indirecto a través de los problemas de banda ancha, comportamientos internalizados en los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta=.038$ ;  $p<.05$ ), y quejas somáticas ( $\beta=.051$ ;  $p<.05$ ) y en los comportamientos de ruptura de reglas ( $\beta=-.043$ ;  $p<.05$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta=-.048$ ;  $p<.05$ ) a través de la variable comportamiento externalizado (ver Fig. 3).

Los demás efectos negativos que se identifican en la Fig. 3, no son estadísticamente significativos.

### **Efectos directos entre las variables predictoras**

Las variables predictoras ambiente 1 al 8, referidas a las variables sociodemográficas que abarca la variable latente contexto, tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, en la variable latente BASC que abarca las variables relaciones con padres, relaciones interpersonales, actitud negativa hacia el colegio y actitud negativa hacia los profesores ( $\beta =.01$ ;  $p<.001$ ) (ver Fig. 3).

La variable predictora actitud negativa hacia el colegio del ambiente escolar, tiene un efecto directo y significativo en las relaciones interpersonales ( $\beta = -.28$ ;  $p < .001$ ) y en el ambiente 6, donde sexo del niño tuvo el mayor peso ( $\beta = -.07$ ;  $p < .05$ ). Las relaciones interpersonales, tiene un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente en la actitud negativa hacia los profesores ( $\beta = .19$ ;  $p < .001$ ) (ver Fig. 3).

La variable predictora ambiente 1, en la que las variables edad y grado educativo del niño, estructura familiar y personas con quien vive el niño tuvieron mayor peso, presenta un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente, sobre las relaciones interpersonales ( $\beta = .07$ ;  $p < .05$ ); y la actitud negativa hacia los profesores ( $\beta = .06$ ;  $p < .05$ ). De igual forma, la variable predictora ambiente 3, en la que las variables sociodemográficas estrato socioeconómico y nivel educativo del cuidador tuvieron mayor peso, tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, sobre las relaciones con padres ( $\beta = .08$ ;  $p < .001$ ); y las relaciones interpersonales ( $\beta = .08$ ;  $p < .01$ ) (ver Fig. 3).

En la figura 3, se presenta el modelo transaccional del desarrollo obtenido. En este gráfico aparecen todas las vías de influencia y las relaciones de causalidad entre las variables ya mencionadas y señaladas en la tabla 28.

Tabla 28

*Coefficiente de las ecuaciones estructurales del modelo transaccional del desarrollo*

Variables endógenas	Variables exógenas (predictoras)	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	P
Actitud negativa hacia el colegio	← BASC	.120	3.440	<.001***
Ambiente 3	← Contexto	-.074	-.759	.448
Ambiente 1	← Contexto	.028		
Ambiente 6	← Contexto	.100	.778	.436
Ambiente 6	← Actitud negativa hacia el colegio	-.073	-2.196	.028*
Comportamientos internalizados	← BASC	.980		
Comportamientos externalizados	← BASC	.909	25.338	<.001***
Relaciones interpersonales	← BASC	-.061	-1.809	.070
Ambiente 8	← Contexto	.044	.689	.491
Relaciones interpersonales	← Actitud negativa hacia el colegio	-.285	-8.922	<.001***
Comportamientos externalizados	← Ambiente 3	.056	2.530	.011*
Comportamientos externalizados	← Ambiente 6	-.051	-2.299	.022*
Comportamientos internalizados	← Ambiente 1	-.073	-3.334	<.001***
Comportamientos internalizados	← Ambiente 6	.045	2.356	.018*
Relaciones interpersonales	← Ambiente 1	.068	2.240	.025*
Relaciones interpersonales	← Ambiente 3	.083	2.619	.009**
Comportamientos internalizados	← Actitud negativa colegio	-.048	-2.814	.005**
Ansioso/depresivo	← Comportamientos internalizados	.855		
Comportamiento agresivo	← Comportamientos externalizadas	.934	29.974	<.001***
Comportamiento de ruptura de reglas	← Comportamientos externalizados	.836		
Quejas somáticas	← Comportamientos internalizados	1.130	3.402	<.001***
Retraído/depresivo	← Comportamientos internalizados	.736	27.115	<.001***
Problemas de pensamiento	← BASC	.786	28.780	<.001***
Problemas de atención	← BASC	.804		
Problemas sociales	← BASC	.837	39.457	<.001***
Relaciones con los padres	← BASC	-.173	-5.053	<.001***
Actitud negativa hacia los profesores	← BASC	.061	1.831	.067
Ambiente 4	← Contexto	-.026	-.548	.584
Ambiente 2	← Contexto	.005	.139	.890
Ambiente 5	← Contexto	-.002	-.057	.954
Ambiente 7	← Contexto	-.064	-.745	.456
Actitud negativa hacia los profesores	← Relaciones interpersonales	-.193	-6.562	<.001***
Problemas de atención	← Ambiente 6	-.075	-3.167	.002**
Problemas de atención	← Ambiente 3	.094	4.152	<.001***
Comportamiento de ruptura de reglas	← Ambiente 1	.080	4.122	<.001***
Problemas de atención	← Relaciones interpersonales	-.061	-2.880	.004**
Retraído/depresivo	← Ambiente 1	.068	2.518	.012*
Retraído/depresivo	← Ambiente 6	-.056	-2.225	.026*
Relaciones con los padres	← Ambiente 3	.085	2.812	.005**
Actitud negativa hacia los profesores	← Ambiente 1	.062	2.258	.024*
Comportamiento ruptura de reglas	← Actitud negativa hacia el colegio	.041	2.134	.033*
Comportamiento ruptura de reglas	← Contexto	.009		
Comportamiento ruptura de reglas	← Ambiente 3	-.070	-3.390	<.001***
Comportamiento ruptura de reglas	← Ambiente 8	-.041	-2.138	.033*
Quejas somáticas	← Ambiente 1	.007	.176	.861
Quejas somáticas	← Contexto	.485	.715	.475
BASC	← Contexto	.009		
Contexto	← BASC	-1.000	-.815	.415

Nota: <sup>a</sup> Coeficiente estandarizado; <sup>b</sup> Razón Crítica

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

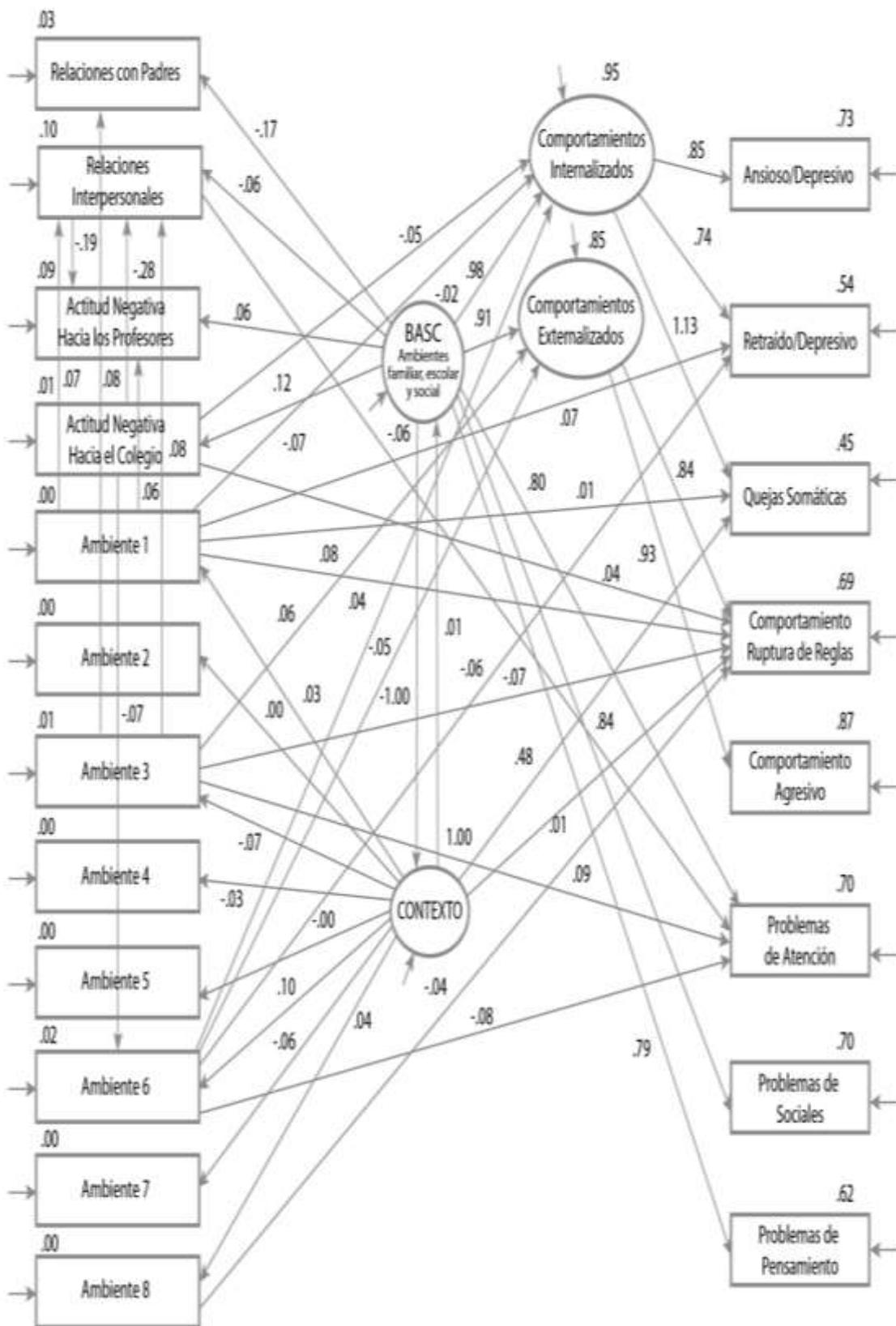


Figura 3. Modelo transaccional del desarrollo

## **Modelo Cognitivo Social**

El modelo cognitivo social evaluó la influencia directa e indirecta de las variables predictoras atribuciones, creencias y expectativas acerca de los hijos, acerca de todos los niños y acerca de sí mismo como padres, que se midieron mediante la escala factores cognitivos de los padres (FCP); en la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos internalizados y comportamientos externalizados y de los problemas psicológicos de banda estrecha o síndromes específicos ansioso/depresivo, retraído/depresivo, comportamiento de ruptura de reglas, comportamiento agresivo, problemas de pensamiento, problemas sociales y problemas de atención.

La estructura relacional del modelo cognitivo social consideró tres variables latentes que son: a) Factores cognitivos de los padres, abarca nueve variables que son atribuciones, creencias y expectativas acerca de los hijos; atribuciones, creencias y expectativas acerca de todos los niños y atribuciones, creencias y expectativas acerca de sí mismo como padre; b) comportamientos internalizados y c) comportamientos externalizados como los factores de segundo orden de la estructura factorial del CBCL.

El modelo cognitivo social presenta un buen ajuste a los datos en los índices de ajuste ( $\chi^2 = 52.286$  (66);  $p = .830$ ; GFI = .993; AGFI = .984 y RMSEA = .000). El número de parámetros estimados es de 90.

### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la tabla 29, se observan los efectos directos de las variables predictoras en las variables criterio. Se identifica el efecto directo, positivo y significativo estadísticamente de la variable predictora factores cognitivos de los padres sobre a) la variable comportamientos internalizados ( $\beta = .96$ ;  $p < .001$ ), la que a su vez tiene un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente sobre los problemas de banda estrecha retraído-depresivo ( $\beta = .74$ ;  $p < .001$ ); ansioso/depresivo ( $\beta = .85$ ;  $p < .001$ ); y quejas somáticas ( $\beta = .67$ ;  $p < .001$ ); b) la variable comportamientos externalizados ( $\beta$

=.93;  $p < .001$ ), la que a su vez tiene un efecto directo, positivo y significativo sobre los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .82$ ;  $p < .001$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = .93$ ;  $p < .001$ ; y c) los síndromes específicos problemas sociales ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ); problemas de pensamiento ( $\beta = .79$ ;  $p < .001$ ) y problemas de atención ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 29 y Fig. 4).

La variable predictora atribuciones acerca de sí mismo como padre tiene un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente en el problema psicológico de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .08$ ;  $p < .001$ ); en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = .09$ ;  $p < .001$ ); igualmente, se encuentran efectos directos positivos y significativos estadísticamente de la variable predictora expectativas acerca de sí mismo como padre en los problemas psicológicos de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .07$ ;  $p < .001$ ); y retraído/depresivo ( $\beta = .09$ ;  $p < .001$ ); y de la variable predictora creencias acerca de sí mismo como padre en los problemas de pensamiento ( $\beta = .05$ ;  $p < .05$ ), y un efecto directo pero negativo de la misma variable predictora en el problema psicológico ansioso depresivo ( $\beta = -.04$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 29 y Fig. 4).

Se observa también un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente de la variable predictora atribuciones acerca de todos los niños en el problema psicológico de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = .05$ ;  $p < .05$ ) y de la variable predictora expectativas acerca de todos los niños sobre los problemas de atención ( $\beta = .08$ ;  $p < .01$ ). La variable predictora creencias acerca de todos los niños tiene un efecto directo, pero negativo y significativo estadísticamente en el problema psicológico de banda estrecha quejas somáticas ( $\beta = -.08$ ;  $p < .01$ ) y sobre el problema psicológico de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.07$ ;  $p = .001$ ) (ver Tabla 29 y Fig. 4).

### **Efectos indirectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

La variable factores cognitivos de los padres (FCP) evidencia: a) un efecto indirecto y positivo en las variables criterio problemas de banda estrecha

comportamientos de ruptura de reglas ( $\beta = .77$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = .87$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable de banda ancha comportamientos externalizados; b) un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo sobre los problemas psicológicos de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = .81$ ;  $p < .01$ ), retraído/depresivo ( $\beta = .71$ ;  $p < .01$ ) y quejas somáticas ( $\beta = .64$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable de banda ancha conductas internalizadas (ver Fig. 4).

La variable predictora creencias acerca de los hijos tiene: a) un efecto indirecto, negativo y significativo estadísticamente en los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = -.063$ ;  $p < .01$ ); retraído/depresivo ( $\beta = -.40$ ;  $p < .01$ ); y quejas somáticas ( $\beta = -.49$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por la variable comportamientos internalizados; b) un efecto indirecto, negativo y significativo estadísticamente sobre el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.007$ ;  $p < .01$ ), mediado por la variable expectativas acerca de todos los niños; y c) un efecto indirecto, negativo y significativo estadísticamente sobre el problema de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.40$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por la variable predictora atribuciones acerca de todos los niños.

La variable predictora atribuciones acerca de los hijos arroja: a) un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo sobre los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .49$ ;  $p < .01$ ) y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = .045$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por la variable atribuciones acerca de sí mismo como padre; y b) un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el problema de banda estrecha quejas somáticas ( $\beta = -.46$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable creencias acerca de todos los niños (ver Fig. 4).

La variable predictora atribuciones acerca de sí mismo como padre presenta: a) un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo sobre los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .009$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable expectativas acerca de sí mismo como padre; b) un efecto indirecto negativo y estadísticamente significativo, sobre los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = -.007$ ;  $p < .01$ ) y quejas somáticas ( $\beta = -.006$ ;  $p < .01$ ), mediados

por las variables creencias acerca de los hijos y comportamientos externalizados; y un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo sobre los problemas de atención ( $\beta = -.007$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por la variable predictora creencias acerca de los hijos (ver Fig. 4).

### **Efectos directos entre las variables predictoras**

La variable predictora atribuciones acerca de sí mismo como padre tiene un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente en la variables creencias acerca de los hijos ( $\beta = .12$ ;  $p < .001$ ) y expectativas acerca de sí mismo como padres ( $\beta = .13$ ;  $p < .001$ ); las atribuciones acerca del hijo tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en las creencias acerca de todos los niños ( $\beta = .55$ ;  $p < .001$ ); y en las atribuciones acerca de sí mismo como padre ( $\beta = .54$ ;  $p < .001$ ). Adicionalmente, las creencias acerca del hijo tiene un efecto directo, positivo y significativo en las atribuciones acerca de todos los niños ( $\beta = .28$ ;  $p < .001$ ) y en las expectativas acerca de todos los niños ( $\beta = -.09$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 29 y Fig. 4).

### **Efectos indirectos entre las variables predictoras**

La variable latente factores cognitivos de los padres (FCP) tiene: a) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo sobre la variable predictora atribuciones de los padres ( $\beta = .083$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por la variable atribuciones acerca de los hijos; b) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo sobre la variable predictora creencias acerca de los hijos ( $\beta = .017$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable predictora atribuciones acerca de sí mismo como padre; c) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo sobre la variable expectativa como padre ( $\beta = .019$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por la variable predictora atribuciones acerca de sí mismo como padre; y d) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo sobre la variable creencias acerca de todos los niños ( $\beta = .085$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable atribuciones acerca de los hijos (ver figura 4).

Tabla 29

*Coficiente de las ecuaciones estructurales del modelo cognitivo social*

Variables endógenas		Variables exógenas (Predictores)	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	p
Atribuciones acerca del hijo	←	Factores cognitivos de los padres	.154	4.382	<.001***
Atribuciones acerca de sí mismo como padre	←	Factores cognitivos de los padres	.062	2.091	.036*
Atribuciones acerca de sí mismo como padre	←	Atribuciones acerca del hijo	.538	19.449	<.001***
Creencias acerca del hijo	←	Factores cognitivos de los padres	.005	.138	.890
Creencias acerca del hijo	←	Atribuciones acerca de sí mismo como padre	.119	4.358	<.001***
Comportamientos internalizados	←	Factores cognitivos de los padres	.957		
Comportamientos externalizados	←	Factores cognitivos de los padres	.935	23.019	<.001***
Expectativas acerca del hijo	←	Factores cognitivos de los padres	.194	5.574	<.001***
Atribuciones acerca de todos los niños	←	Factores cognitivos de los padres	.060	1.825	.068
Expectativas acerca de todos los niños	←	Factores cognitivos de los padres	.026	.724	.469
Creencias acerca de todos los niños	←	Factores cognitivos de los padres	-.114	-3.823	<.001***
Creencias acerca de sí mismo como padre	←	Factores cognitivos de los padres	-.007	-.195	.846
Expectativas acerca de sí mismo como padre	←	Factores cognitivos de los padres	-.080	-2.335	.020*
Creencias acerca de todos los niños	←	Atribuciones acerca del hijo	.549	19.623	<.001***
Atribuciones acerca de todos los niños	←	Creencias acerca del hijo	.279	9.216	<.001***
Expectativas acerca de sí mismos como padre	←	Atribuciones acerca de sí mismo como padre	.131	3.718	<.001***
Comportamientos internalizados	←	Creencias acerca del hijo	-.074	-3.805	<.001***
Expectativas acerca de todos los niños	←	Creencias acerca del hijo	-.091	-2.914	.004**
Quejas Somáticas	←	Comportamientos Internalizados	.665	20.866	<.001***
Comportamiento de ruptura de reglas	←	Comportamientos externalizados	.821		
Comportamiento agresivo	←	Comportamientos externalizados	.928	32.772	<.001***
Ansioso/Depresivo	←	Comportamientos internalizados	.850		
Problemas Sociales	←	Factores cognitivos de los padres	.826	34.897	<.001***
Problemas de pensamiento	←	Factores cognitivos de los padres	.785	25.845	<.001***
Problemas de atención	←	Factores cognitivos de los padres	.834	25.821	<.001***
Retraído/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.741	25.283	<.001***
Comportamiento de ruptura de reglas	←	Atribuciones acerca de sí mismo como padre	.082	4.166	<.001***
Retraído/Depresivo	←	Expectativas acerca de sí mismo como padre	.092	3.743	<.001***
Quejas somáticas	←	Creencias acerca de todos los niños	-.077	-2.928	.003**
Comportamiento de ruptura de reglas	←	Expectativas acerca de sí mismo como padre	.065	3.343	<.001***
Problemas de pensamiento	←	Creencias acerca de sí mismo como padre	.045	2.096	.036*
Problemas de atención	←	Atribuciones acerca del hijo	-.017	-.494	.621
Problemas de atención	←	Creencias acerca del hijo	-.038	-1.105	.269
Problemas de atención	←	Expectativas acerca del hijo	-.048	-1.722	.085
Problemas de atención	←	Atribuciones acerca de sí mismo como padre	.089	3.297	<.001***
Retraído/Depresivo	←	Atribuciones acerca de todos los niños	.055	2.229	.026*
Ansioso/Depresivo	←	Creencias acerca de sí mismo como padre	-.041	-2.227	.026*
Problemas de atención	←	Expectativa acerca de todos los niños	.079	3.182	<.001**

Nota: <sup>a</sup>Coficiente estandarizado; <sup>b</sup>Razón crítica.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

En la Figura 4, se grafica el modelo cognitivo social obtenido. Se observan las relaciones de causalidad explicadas por el modelo cognitivo social, que ya fueron mencionadas. En este se encuentran las variables latentes: a) factores cognitivos de los padres con las variables predictoras que abarca; b) comportamientos internalizados; c) comportamientos externalizados y las demás variables criterio.

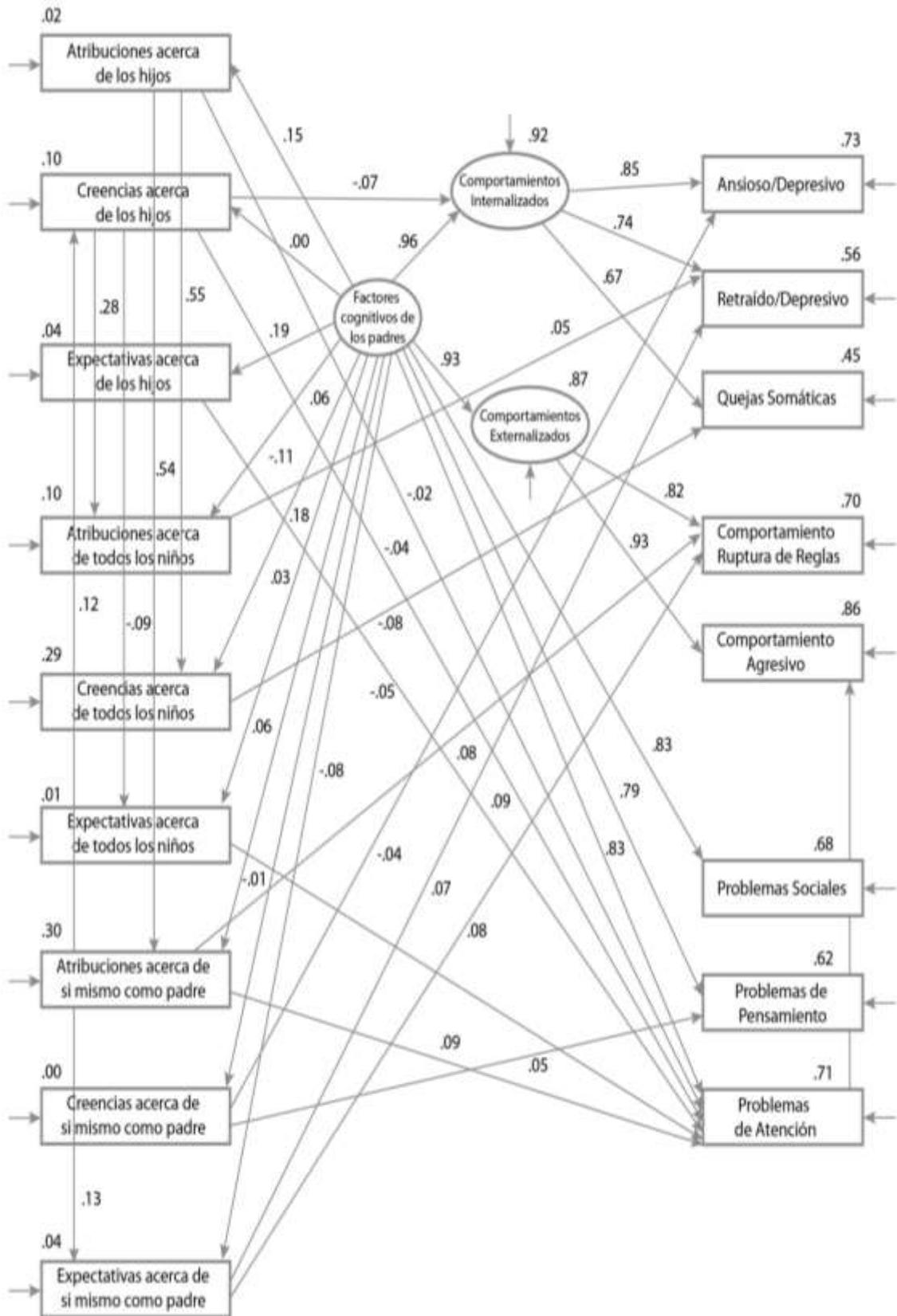


Figura 4. Modelo cognitivo social

## **Modelo de regulación emocional**

El modelo de regulación emocional evaluó los efectos directos e indirectos de las variables predictoras: a) ajuste personal, desajuste escolar, confianza en sí mismo, estrés social, ansiedad, autoestima e índice de síntomas emocionales medidas mediante el BASC; b) control interno y externo de la ira, ira estado, ira rasgo, expresión interna y externa de la ira, temperamento de ira, medidas mediante el STAXI-NA; y c) total depresión y disforia medidas mediante el CDI, en la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha y de los problemas psicológicos de banda estrecha o síndromes específicos.

La estructura relacional del modelo de regulación emocional consideró las variables latentes a) BASC que abarca las siete variables predictoras ya mencionadas; b) STAXI que comprende ocho variables predictoras; c) CDI conformada por dos variables predictoras; c) comportamientos internalizados y d) comportamientos externalizados como los factores de segundo orden de la estructura factorial del CBCL.

El modelo de regulación emocional presenta un buen ajuste a los datos en los índices de ajuste ( $\chi^2 = 172.597 (178)$ ;  $p = .600$ ; GFI = .985; AGFI = .974 y RMSEA = .000). El número de parámetros estimados es de 122.

### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la Tabla 30, se observan los efectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha. Las variables predictoras que abarca la variable latente BASC arrojan un efecto directo, positivo y significativo en: a) los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = 3.01$ ;  $p < .001$ ), los que a su vez tienen un efecto directo, positivo y significativo en los problemas de banda estrecha ansioso depresivo ( $\beta = .85$ ;  $p < .001$ ); retraído/depresivo ( $\beta = .74$ ;  $p < .001$ ); y quejas somáticas ( $\beta = .67$ ;  $p < .001$ ); b) los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos externalizados ( $\beta = 2.94$ ;  $p < .001$ ); los que a su vez tienen un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en el problema de banda estrecha comportamiento

agresivo ( $\beta = .93$ ;  $p < .001$ ); y comportamiento de ruptura de normas ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ); y c) en los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = 2.56$ ;  $p < .001$ ); problemas sociales ( $\beta = 2.53$ ;  $p < .001$ ); y problemas de pensamiento ( $\beta = 2.46$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 30 y Fig. 5).

Adicionalmente, se observa un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente, de las variables predictoras disforia y total depresión que abarca la variable latente CDI, en los comportamientos de banda ancha, comportamientos internalizados ( $\beta = 3.52$ ;  $p < .01$ ); y comportamiento externalizados ( $\beta = 3.43$ ;  $p < .01$ ); y en los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = 3.05$ ;  $p < .01$ ), problemas sociales ( $\beta = 3.01$ ;  $p < .01$ ) y problemas de pensamiento ( $\beta = 2.87$ ;  $p < .01$ ) (ver Tabla 30 y Fig. 5).

La expresión externa de la ira presenta un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en el problema psicológico de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .05$ ;  $p < .05$ ). La ira estado también presenta un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo, en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = .05$ ;  $p < .05$ ), mientras que el control interno de la ira evidencia un efecto directo, pero negativo y estadísticamente significativo en dicho síndrome específico ( $\beta = -.06$ ;  $p < .01$ ) (ver Tabla 30 y Fig. 5).

Es de destacar que aunque se observa un efecto directo de las variables predictoras que abarca la variable latente STAXI en los problemas de banda ancha comportamientos externalizados y comportamientos internalizados y en los síndromes específicos problemas de atención, problemas sociales y en los problemas de pensamiento, este efecto no es significativo estadísticamente (ver Tabla 30 y Fig. 5).

### **Efectos indirectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

Se observa un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo, de las variables predictoras que abarca la variable latente BASC, referidas a la adaptación del niño, en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = 2.42$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = 2.73$ ;  $p < .01$ ); mediado por los problemas

de banda ancha comportamientos externalizados; y en los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = 2.55$ ;  $p < .01$ ), retraído/depresivo ( $\beta = 2.22$ ;  $p < .01$ ) y quejas somáticas ( $\beta = 2.01$ ;  $p < .01$ ) mediado por los problemas de banda ancha comportamientos internalizados (ver Fig. 5).

Las variables predictoras que abarca la variable latente CDI, tienen un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = 2.60$ ;  $p < .01$ ); ansioso/depresivo ( $\beta = 3.00$ ;  $p < .01$ ); quejas somáticas ( $\beta = 2.36$ ;  $p < .01$ ); que es mediado por los problemas de banda ancha comportamientos internalizados; y en los problemas de banda estrecha, comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = 2.82$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = 3.20$ ;  $p < .01$ ), mediado por los problemas de banda ancha comportamientos externalizados (ver Fig. 5).

Las variables predictoras que abarca la variable latente STAXI referidas a la emoción de la ira, tienen un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -4.47$ ;  $p < .01$ ); ansioso/depresivo ( $\beta = -.51$ ;  $p < .01$ ); quejas somáticas ( $\beta = -.40$ ;  $p < .01$ ) mediado por la variable de banda ancha comportamientos internalizados y en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = 2.42$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = 2.73$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por los problemas de banda ancha comportamientos externalizados (ver Fig. 5).

La autoestima presenta un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo, en el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = -.003$ ;  $p < .05$ ) mediado por la expresión externa de la ira. También tiene un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.012$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por el control interno de la ira (ver Fig. 5).

La variable confianza en sí mismo tiene también un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el problema de banda estrecha comportamiento de

ruptura de reglas ( $\beta = -.001$ ;  $p < .05$ ), mediado por la autoestima y la expresión externa de la ira; y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.010$ ;  $p < .01$ ), mediado por la ansiedad y la ira estado (ver Fig. 5).

### **Efectos directos entre las variables predictoras**

Se observa un efecto directo, positivo y significativo estadísticamente, de las variables predictoras disforia y total depresión que abarca la variable latente CDI, en la ira estado ( $\beta = .19$ ;  $p < .001$ ). La variable predictora total depresión tiene también un efecto directo, positivo y significativo en la ira estado ( $\beta = .13$ ;  $p < .001$ ). El ajuste personal evidencia un efecto directo, pero negativo y significativo en la disforia ( $\beta = -.11$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 30 y Fig.5).

Las variables predictoras que pertenecen a la variable latente STAXI, relacionadas con la emoción de la ira, evidencian un efecto directo positivo y significativo en la ansiedad ( $\beta = .088$ ;  $p < .05$ ). La ansiedad también tiene un efecto directo, positivo y significativo en la expresión interna de la ira ( $\beta = .16$ ;  $p < .001$ ), mientras que en la ira estado tiene un efecto directo pero negativo ( $\beta = -.14$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 30 y Fig. 5).

La expresión externa de la ira presenta un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en el ajuste personal ( $\beta = .031$ ;  $p < .05$ ). El control interno de la ira tiene un efecto directo, positivo y significativo en la expresión interna de la ira ( $\beta = .08$ ;  $p < .01$ ), y un efecto directo, pero negativo y estadísticamente significativo en el desajuste escolar ( $\beta = -.13$ ;  $p < .001$ ); y en el temperamento de ira ( $\beta = -.08$ ;  $p < .001$ ). Por otra parte, el estrés social evidencia un efecto directo, negativo y significativo en el temperamento de ira ( $\beta = -.06$ ;  $p < .01$ ) (ver Tabla 30 y Fig.5).

La autoestima evidencia un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en el estrés social ( $\beta = .16$ ;  $p < .001$ ); y en el control interno de la ira ( $\beta = .20$ ;  $p < .001$ ). Adicionalmente, se observa que la confianza en sí mismo tiene un efecto directo, positivo y estadísticamente significativo en la ansiedad ( $\beta = .18$ ;  $p < .001$ ); el estrés social ( $\beta = .08$ ;  $p < .001$ ); la autoestima ( $\beta = .21$ ;  $p < .001$ ); el control

interno de la ira ( $\beta = .09$ ;  $p < .05$ ); y en el control externo de la ira ( $\beta = .12$ ;  $p < .001$ ); y un efecto directo, negativo y significativo en el total de depresión ( $\beta = -.10$ ;  $p < .001$ ); el desajuste escolar ( $\beta = -.16$ ;  $p < .001$ ); y en el temperamento de ira ( $\beta = -.04$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 30 y Fig. 5).

### **Efectos indirectos entre variables predictoras**

Las variables predictoras que abarca la variable latente STAXI tienen: a) un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo en la variable predictora ajuste personal ( $\beta = .02$ ;  $p < .05$ ), que es mediado por la variable predictora expresión externa de la ira; y un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo en la variable predictora expresión interna de la ira ( $\beta = .021$ ;  $p < .01$ ), mediado por la variable predictora control interno de la ira; b) un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en las variables predictoras temperamento de ira ( $\beta = -.032$ ;  $p < .01$ ) y desajuste escolar ( $\beta = -.011$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable predictora control interno de la ira; c) Adicionalmente tiene un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en la variable predictora ira estado ( $\beta = -.012$ ;  $p < .01$ ) mediado por la variable predictora ansiedad (ver Fig.5).

La variable predictora autoestima presenta un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en la variable predictora expresión interna de la ira ( $\beta = .016$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por la variable control interno de la ira; también evidencia un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en la variable ajuste personal ( $\beta = -.002$ ;  $p < .05$ ) mediado por la variable predictora expresión externa de la ira y en la variable predictora temperamento de ira ( $\beta = -.025$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por la variable control interno de la ira (ver Fig. 5).

La variable predictora confianza en sí mismo tiene a) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en la variable predictora control interno de la ira ( $\beta = .041$ ;  $p < .01$ ); en la variable estrés social ( $\beta = .034$ ;  $p < .01$ ); y en la variable predictora expresión interna de la ira ( $\beta = .039$ ;  $p < .01$ ) que es mediado por la variable autoestima; b) un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en la variable predictora temperamento de ira ( $\beta = -.016$ ;  $p < .01$ ), mediado por la variable

estrés social; en la variables predictoras expresión externa de la ira ( $\beta = -.013$ ;  $p < .01$ ), en la variable ira estado ( $\beta = -.038$ ;  $p < .01$ ); que es mediado por la variable predictoras ansiedad; y en la variable predictoras desajuste escolar ( $\beta = -.016$ ;  $p < .01$ ), que es mediado por la variable control interno de la ira (ver Fig. 5).

La variable latente BASC, tiene a) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en la variable predictoras ira estado ( $\beta = .087$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable ansiedad; y en las variables predictoras control interno de la ira ( $\beta = .140$ ;  $p < .001$ ), autoestima ( $\beta = .064$ ;  $p < .001$ ); ansiedad ( $\beta = .055$ ;  $p < .001$ ); estrés social ( $\beta = .117$ ;  $p < .001$ ); temperamento de ira ( $\beta = .153$ ;  $p = .001$ ); y control externo de la ira ( $\beta = .159$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable confianza en sí mismo; b) un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en la variable predictoras temperamento de ira ( $\beta = .153$ ;  $p < .001$ ); a través de la variable estrés social; y en la variable control externo de la ira ( $\beta = .159$ ;  $p < .001$ ), a través de las variables autoestima e índices de síntomas emocionales; c) un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en la variable predictoras depresión ( $\beta = -.031$ ;  $p < .001$ ); y ajuste personal ( $\beta = -.066$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable confianza en sí mismo; en la variable expresión externa de la ira ( $\beta = -.037$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable predictoras autoestima; y en la variable expresión interna de la ira ( $\beta = -.092$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable predictoras ansiedad (ver Fig. 5).

Finalmente, la variable latente CDI referida a sintomatología depresiva, tiene un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en la variable predictoras ira estado ( $\beta = .067$ ;  $p < .001$ ) a través de la variable total depresión.

En la Figura 5, se grafica el modelo de regulación emocional obtenido. Se observan las relaciones de causalidad explicadas por este modelo, que se presentan en la tabla 30. Las variables latentes son: a) BASC que abarca siete variables predictoras relacionadas con la adaptación; b) STAXI que abarca también siete variables predictoras relacionadas con la emoción de la ira; c) CDI que encierra dos variables; d) Comportamientos externalizados y e) comportamientos externalizados factores de segundo orden de la estructura básica del CBCL.

Tabla 30

Coeficiente de las ecuaciones estructurales del modelo de regulación emocional

Variab. endógenas	Variab. exógenas	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	P
Confianza en sí mismo	← BASC	.309	12.327	<.001***
Autoestima	← BASC	.502	17.423	<.001***
Autoestima	← Confianza en sí mismo	.206	7.309	<.001***
Ansiedad	← BASC	-.695	-17.153	<.001***
Comportamientos internalizados	← BASC	3.013	4.736	<.001***
Expresión externa ira	← STAXI	.580	2.376	.017*
Comportamientos internalizados	← STAXI	-.607	-1.781	.075
Total Depresión	← CDI	.531		
Comportamientos internalizados	← CDI	3.525	5.202	<.001***
Ansiedad	← Confianza en sí mismo	.177	6.915	<.001***
Total Depresión	← Confianza en sí mismo	-.101	-5.848	<.001***
Expresión externa ira	← Autoestima	-.065	-2.377	.017*
Ansiedad	← STAXI	.088	2.007	.045*
Ansioso/Depresivo	← Comportamientos internalizados	.849		
Retraído/Depresivo	← Comportamientos internalizados	.737	24.936	<.001***
Comportamientos externalizados	← BASC	2.942	4.751	<.001***
Estrés social	← BASC	-.959	-23.556	<.001***
Índices de síntomas emocionales	← BASC	-.989	-27.392	<.001***
Ajuste personal	← BASC	.711		
Control interno ira	← STAXI	.083		
Ira estado	← STAXI	.324	2.285	.022*
Comportamientos externalizados	← STAXI	-.529	-1.693	.091
Comportamientos externalizados	← CDI	3.427	5.194	<.001***
Ira estado	← CDI	.186	3.747	<.001***
Estrés social	← Autoestima	.164	6.991	<.001***
Control interno ira	← Autoestima	.201	5.780	<.001***
Estrés social	← Confianza en sí mismo	.079	4.073	<.001***
Ira estado	← Depresión	.126	3.500	<.001***
Ira estado	← Ansiedad	-.141	-3.584	<.001***
Ajuste personal	← Expresión externa ira	.031	2.390	.017*
Control interno ira	← Confianza en sí mismo	.086	2.481	.013*
Comportamiento agresivo	← Comportamientos externalizados	.929	32.743	<.001***
Comportamiento ruptura de reglas	← Comportamientos externalizados	.825		
Quejas somáticas	← Comportamientos internalizados	.670	20.838	<.001***
Problemas de atención	← BASC	2.559	4.665	<.001***
Problemas sociales	← BASC	2.533	4.674	<.001***
Problemas de pensamiento	← BASC	2.462	4.745	<.001***
Desajuste escolar	← BASC	-.445	-13.339	<.001***
Control externo ira	← STAXI	.210	2.646	.008**
Temperamento de ira	← STAXI	.893	2.390	.017*
Ira rasgo	← STAXI	.944	2.384	.017*
Expresión interna ira	← STAXI	.430	2.357	.018*
Problemas de atención	← STAXI	-.561	-1.831	.067
Problemas sociales	← STAXI	-.497	-1.747	.081
Problemas de pensamiento	← STAXI	-.437	-1.683	.092
Disforia	← CDI	.417	20.625	<.001***
Problemas de pensamiento	← CDI	2.873	5.204	<.001***
Problemas sociales	← CDI	3.011	5.219	<.001***
Problemas de atención	← CDI	3.048	5.222	<.001***
Desajuste escolar	← Confianza en sí mismo	-.156	-5.253	<.001***
Expresión interna ira	← Ansiedad	.161	5.437	<.001***
Control externo ira	← Índice síntomas emocionales	-.106	-2.161	.031*
Temperamento de ira	← Control interno ira	-.078	-4.193	<.001***
Desajuste escolar	← Control interno ira	-.129	-4.608	<.001***
Control externo ira	← Confianza en sí mismo	.125	3.360	<.001***
Problemas de atención	← Control interno ira	-.061	-2.930	.003**
Expresión interna ira	← Control interno ira	.078	2.742	.006**
Temperamento de ira	← Estrés social	-.057	-2.897	.004**
Control externo ira	← Autoestima	.028	.359	.720
Disforia	← Ajuste personal	-.107	-4.507	<.001***
Temperamento de ira	← Confianza en sí mismo	-.039	-2.117	.034*
Comportamiento ruptura de reglas	← Expresión externa ira	.048	2.423	.015*
Problemas de atención	← Ira estado	.052	2.287	.022*
Temperamento de ira	← Ansioso/depresivo	.050	2.739	.006**
Disforia	← Retraído/depresivo	.030	2.153	.031*

Nota: <sup>a</sup>Coeficiente estandarizado; <sup>b</sup>Razón crítica; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

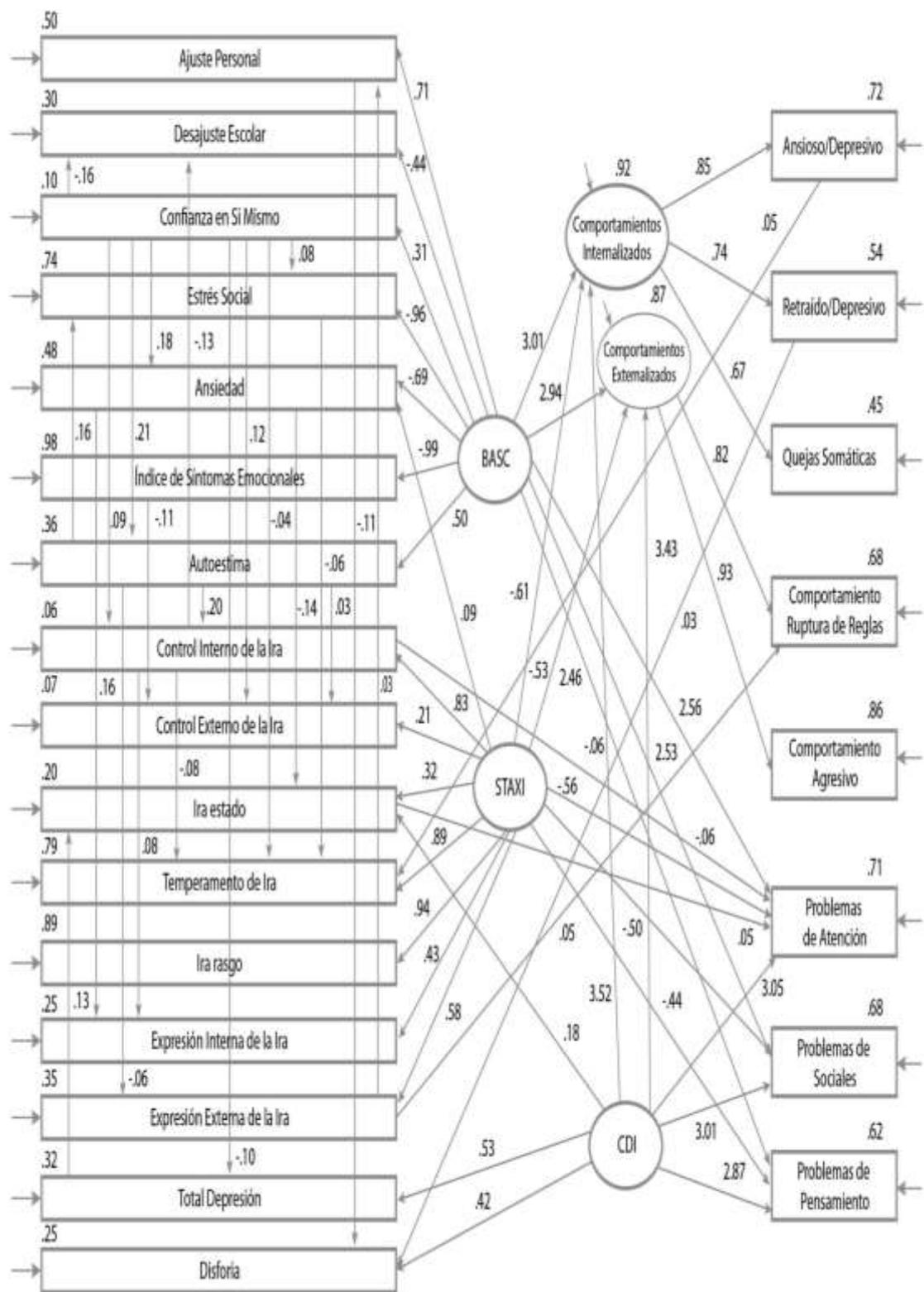


Figura 5. Modelo de regulación emocional

### **Modelo relacional integrado**

El modelo relacional integrado es el producto de la agrupación de los tres modelos presentados anteriormente. Se tomó como variable latente la variable INT, que abarca las variables predictoras atribuciones acerca del hijo, expectativas acerca del hijo, estrés social, índice de síntomas emocionales, ajuste personal, total depresión y temperamento rasgo ira, variables consideradas en los modelos cognitivo social y de regulación emocional. Como se observa en la tabla 31 y en la figura 6, las variables predictoras son las variables que pertenecen al modelo cognitivo social y al modelo de regulación emocional. En este modelo se buscó el máximo ajuste manteniendo la coherencia del modelo, con el mínimo número de parámetros, los que se eligieron a partir del valor de la “p” que tenía cada uno. Ese máximo ajuste obtenido sirve para que cuando se aplique este modelo al contexto o zona, el modelo no pierda el ajuste.

El modelo relacional integrado presenta un buen ajuste de los datos en los índices de ajuste ( $\chi^2 = 40.099$  (54);  $p = .920$ ; GFI = .994; AGFI = .987 y RMSEA = .000). El número de parámetros estimados fue de 66.

### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la Tabla 31 y en la Figura 6 se identifica un efecto directo significativo de las variables predictoras integradas (INT), sobre los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = .97$ ;  $p < .001$ ), y comportamientos externalizados ( $\beta = .94$ ;  $p < .001$ ).

Los problemas de banda ancha comportamientos internalizados tiene un efecto directo sobre los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = .85$ ;  $p < .001$ ); quejas somática ( $\beta = .69$ ;  $p = .001$ ); y retraído/depresivo ( $\beta = .74$ ;  $p = .001$ ). Los problemas de banda ancha comportamientos externalizados tienen un efecto directo y significativo sobre los problemas de banda estrecha comportamiento agresivo ( $\beta = .93$ ;  $p = .001$ ); y en comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .82$ ;  $p < .001$ ). Adicionalmente hay un efecto directo de las variables predictoras integradas (INT) en

los problemas de atención ( $\beta = .84$ ;  $p = .001$ ), los problemas sociales ( $\beta = .82$ ;  $p = .001$ ) y en los problemas de pensamiento ( $\beta = .78$ ;  $p = .001$ ).

Se observa también un efecto directo significativo de la variable predictora atribuciones acerca del hijo en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .09$ ;  $p = .001$ ) y un efecto directo significativo pero negativo de esta misma variable en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.06$ ;  $p < .05$ ), en los problemas de banda estrecha quejas somáticas ( $\beta = -.06$ ;  $p < .05$ ), y en los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = -.04$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 31).

La variable predictora estrés social tiene un efecto directo positivo y significativo en el síndrome específico problemas sociales ( $\beta = .04$ ;  $p < .05$ ). Los índices de síntomas emocionales tienen un efecto directo, positivo y significativo en los problemas de atención ( $\beta = .060$ ;  $p < .01$ ). La variable predictora temperamento de ira tiene un efecto directo significativo pero negativo en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ) y en el problema de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 31).

### **Efectos indirectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la figura 6, se observa un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo de la variables predictoras integradas sobre el síndrome específico problemas sociales ( $\beta = .006$ ;  $p < .05$ ), mediado por el estrés social; en los problemas de banda estrecha retraído depresivo ( $\beta = .70$ ;  $p < .01$ ) mediado por el temperamento de ira; quejas somáticas ( $\beta = .64$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable estrés social; comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .78$ ;  $p < .01$ ) mediado por las atribuciones acerca del hijo y los comportamientos externalizados; en el comportamiento agresivo ( $\beta = .87$ ;  $p < .01$ ) a través de los comportamientos externalizados; y en el problema de banda estrecha ansioso depresivo ( $\beta = .81$ ;  $p < .01$ ) mediado por los comportamientos internalizados. También hay un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el problema de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.016$ ;  $p < .05$ ) mediado por la variable atribuciones acerca del hijo.

La variable índice de síntomas emocionales, tiene un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.011$ ;  $p < .05$ ); y en el problema de banda ancha retraído/depresivo ( $\beta = -.022$ ;  $p < .05$ ); a través de la variable temperamento de ira (ver Fig. 6).

La variable estrés social tiene un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en el problema de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.005$ ;  $p < .05$ ) y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.004$ ;  $p < .05$ ); en el problema de banda estrecha quejas somáticas ( $\beta = -.010$ ;  $p < .01$ ) y ansioso/depresivo ( $\beta = -.004$ ;  $p < .05$ ); y un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo en el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .159$ ;  $p < .01$ ) todos a través de la variable atribuciones acerca del hijo (ver Fig. 6).

### **Efectos indirectos entre las variables predictoras**

La variable latente integración de variables predictoras tiene un efecto indirecto positivo y estadísticamente significativo, en la variable predictora total depresión ( $\beta = .087$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable índices de síntomas emocionales; en la variable predictora atribuciones acerca del hijo ( $\beta = .015$ ;  $p < .01$ ); a través de la variable estrés social; en la variable predictora temperamento de ira ( $\beta = .038$ ;  $p < .01$ ) mediado por el índice de síntomas emocionales. Adicionalmente, hay un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo, en la variable predictora ajuste personal ( $\beta = -.072$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable estrés social (ver Tabla 31 y Fig. 6).

Tabla 31

Coeficiente de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrado

Variables endógenas		Variables exógenas	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	p
Estrés social	←	Integración variables modelos – INT	.160	4.575	.001***
Índice de síntomas emocionales	←	Integración variables modelos – INT	.177	5.047	.001***
Atribuciones hijo	←	Estrés social	.096	2.708	.007**
Total Depresión	←	Integración variables modelos -INT	.169	5.690	.001***
Total Depresión	←	Índice de síntomas emocionales	.494	17.404	.001***
Atribuciones acerca del hijo	←	Integración variables modelos - INT	.137	3.810	.001***
Comportamientos internalizados	←	Integración variables modelos - INT	.973		
Comportamientos externalizados	←	Integración variables modelos - INT	.936	22.493	.001***
Temperamento de ira	←	Integración variables modelos - INT	.105	3.028	.002**
Temperamento de ira	←	Índices de síntomas emocionales	.213	6.496	.001***
Comportamientos internalizados	←	Atribuciones acerca del hijo	-.055	-2.359	.018*
Comportamiento internalizados	←	Total Depresión	-.031	-1.480	.139
Ansioso/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.846		
Comportamiento agresivo	←	Comportamientos externalizados	.929	32.558	.001***
Comportamiento ruptura de reglas	←	Comportamientos externalizados	.816		
Quejas somáticas	←	Comportamientos internalizados	.686	20.950	.001***
Expectativas acerca del hijo	←	Integración variables modelos - INT	.177	5.077	.001***
Problemas de atención	←	Integración variables modelos - INT	.843	26.055	.001***
Problemas Sociales	←	Integración variables modelos - INT	.817	33.490	.001***
Problemas de pensamiento	←	Integración variables modelos - INT	.784	25.185	.001***
Retraído/depresivo	←	Atribuciones acerca del hijo	.050	1.838	.066
Problemas de atención	←	Atribuciones acerca del hijo	-.045	-2.042	.041*
Retraído/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.737	24.619	.001***
Problemas sociales	←	Estrés social	.038	2.039	.041*
Ajuste personal	←	Integración variables modelos – INT	-.070	-2.271	.023*
Ajuste personal	←	Estrés social	-.450	-15.102	.001***
Problemas de atención	←	Índices de síntomas emocionales	.060	2.705	.007**
Comportamiento ruptura de reglas	←	Atribuciones acerca del hijo	.092	4.671	.001***
Quejas somáticas	←	Atribuciones acerca del hijo	-.065	-2.288	.022*
Problemas de atención	←	Temperamento de ira	-.053	-2.435	.015*
Retraído/depresivo	←	Temperamento de ira	-.053	-2.213	.027*
Quejas somáticas	←	Estrés social	-.043	-1.618	.106

Nota: <sup>a</sup>Coeficiente estandarizado; <sup>b</sup>Razón crítica; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ 

En la Figura 6, se muestra gráficamente el modelo relacional integrado, producto de la unión de los tres modelos de estudio. Se observan las relaciones de causalidad explicadas por dicho modelo, que se presentan en la Tabla 31 y que ya fueron mencionadas. En la gráfica se identifican las variables predictoras atribuciones acerca del hijo y expectativas acerca del hijo que corresponden al modelo cognitivo social; estrés social, índice de síntomas emocionales, total depresión y temperamento de ira que hacen parte del modelo de regulación emocional, y la variable ajuste personal que abarca las variable autoestima y confianza en sí mismo pertenecientes al modelo de regulación emocional y las variables relaciones interpersonales, y relaciones con padres que hacen parte del modelo transaccional del desarrollo. Se identifican las variables latentes: a) Integración variables predictoras que corresponde a la Integración de las siete variables predictoras medidas por los tres modelos mencionados; b) comportamientos internalizados y c) comportamientos externalizados.

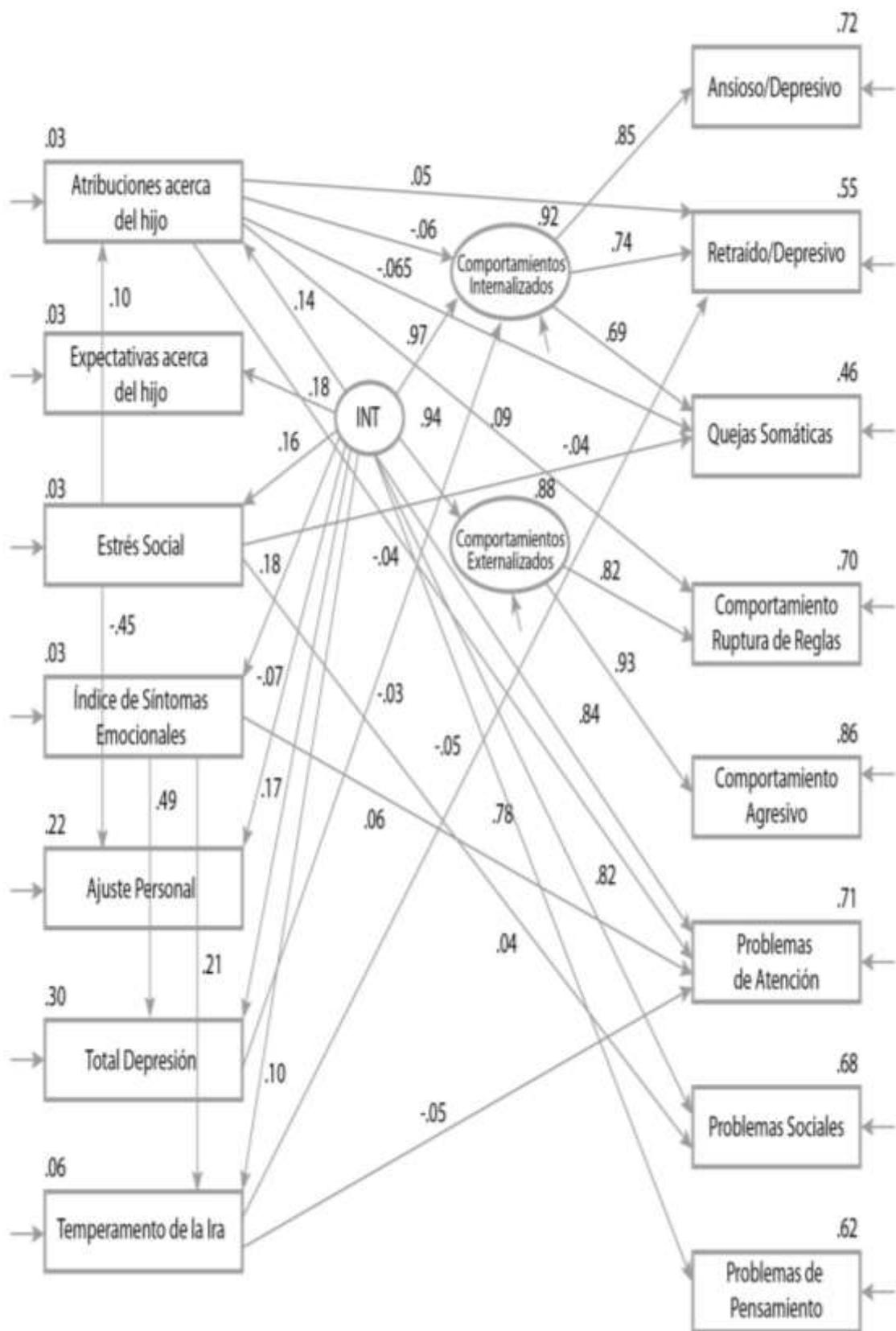


Figura 6. Modelo relacional integrado

### **Modelo relacional integrado según zona**

El modelo relacional integrado obtenido, se probó según las zonas, (dos zonas una zona de alta vulnerabilidad y una zona de baja vulnerabilidad) para determinar su estabilidad en la predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha. El ajuste de este modelo se evaluó usando el  $\chi^2$  como el índice de bondad de ajuste estadístico, el error medio de la raíz cuadrada de aproximación (RMSEA) como el índice de ajuste primario debido a que ha demostrado un mayor desempeño con datos categóricos binarios (Rescorla et al, 2012), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice Tucker –Lewis (TLI) como indicadores secundarios. Como ya se señaló en el apartado de análisis estadístico, el  $\chi^2$  con un valor  $p$  por encima de .05, el CFI con valor  $\geq .95$ , el TLI con un valor  $\geq .90$  y un RMSEA con un valor  $< .08$  se consideraron como indicadores de un buen ajuste del modelo (Browne y Cudeck, 1999).

El análisis del modelo relacional integrado presenta un buen ajuste a los datos según los índices de ajuste ( $\chi^2 = 66.484$  (61);  $p = .294$ ; CFI = .99; TLI = .99 y RMSEA= .010). El número de parámetros estimados fue de 75.

### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la Tabla 32 y en la Figura 7, se evidencian efectos directos, positivos y estadísticamente significativos de: a) la variable latente INT (integración de las variables predictoras) en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = .96$ ;  $p < .001$ ); en los problemas de banda ancha comportamientos externalizados ( $\beta = .92$ ;  $p < .001$ ); y en los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = .82$ ;  $p < .001$ ), problemas sociales ( $\beta = .82$ ;  $p < .001$ ) y problemas de pensamiento ( $\beta = .79$ ;  $p < .001$ ).

b) De la variable latente problemas de banda ancha, comportamientos internalizados, sobre las variables ansioso/depresivo ( $\beta = .85$ ;  $p < .001$ ), retraído/depresivo ( $\beta = .74$ ;  $p < .001$ ) y quejas somáticas ( $\beta = .68$ ;  $p < .001$ ). c) de los problemas de banda ancha, comportamientos externalizados sobre los problemas de

banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .84$ ;  $p < .001$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = .93$ ;  $p < .001$ );

c) la variable predictora índice de síntomas emocionales sobre el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = .07$ ;  $p < .01$ ); y

d) de la variable predictora zona sobre los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .075$ ;  $p < .001$ ).

Se aprecian también efectos directos, pero negativos y significativos estadísticamente de las variables predictoras: a) temperamento de ira sobre el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ); y sobre el problema de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ).

b) Atribuciones acerca del hijo sobre el problema de banda estrecha quejas somáticas ( $\beta = -.07$ ;  $p < .05$ );

c) Zona sobre los problemas de banda estrecha problemas de atención ( $\beta = -.08$ ;  $p < .05$ ); y los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.07$ ;  $p < .05$ ); y comportamientos externalizados ( $\beta = -.10$ ;  $p < .001$ ).

### **Efectos indirectos sobre las variables de banda ancha y banda estrecha**

En la Tabla 32, se identifican efectos indirectos, positivos y significativos estadísticamente de la variable INT, sobre los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = .80$ ;  $p < .01$ ), retraído/depresivo ( $\beta = .70$ ;  $p < .01$ ), y quejas somáticas ( $\beta = .63$ ;  $p < .01$ ), mediado por los problemas de banda ancha, comportamientos internalizados; los problemas de banda estrecha ruptura de reglas ( $\beta = .78$ ;  $p < .01$ ); y comportamiento agresivo ( $\beta = .85$ ;  $p < .01$ ), mediado por los problemas de banda ancha, comportamientos externalizados; y en el problema de banda estrecha retraído depresivo ( $\beta = .70$ ;  $p < .01$ ), a través de la variable atribuciones acerca del hijo (ver Tabla 32 y Figura 7).

Se aprecian también efectos indirectos, negativos y significativos estadísticamente de: a) la variable INT sobre los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.02$ ;  $p = .05$ ) mediado por la variable atribuciones acerca del hijo (ver Tabla 32 y figura 7).

b) La variable predictora zona sobre los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.05$ ;  $p < .01$ ), mediado por la variable temperamento de ira; comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = -.070$ ;  $p < .01$ ) y comportamiento agresivo ( $\beta = -.092$ ;  $p < .01$ ), mediado por la variable problemas de banda ancha comportamientos externalizados y en los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = -.060$ ;  $p < .01$ ), retraído/depresivo ( $\beta = -.047$ ;  $p < .01$ ), y quejas somáticas ( $\beta = -.062$ ;  $p < .01$ ), a través de los problemas de banda ancha, comportamientos internalizados; y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.012$ ;  $p < .05$ ) a través de la variable atribuciones acerca del hijo (ver Tabla 32 y Figura 7).

c) La variable índices de síntomas emocionales sobre el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.010$ ;  $p < .05$ ) a través de la variable temperamento de ira; y en la variable retraído/depresivo ( $\beta = -.022$ ;  $p < .05$ ) también mediado por la variable temperamento de ira; y en las variables retraído/depresivo ( $\beta = -.022$ ;  $p < .05$ ) a través de las variables total depresión y comportamientos internalizados (ver Tabla 32 y Figura 7).

### **Efectos directos entre variables predictoras**

En Tabla 32 y en la Figura 7, se observan efectos directos, positivos y significativos estadísticamente de: a) la variable predictora índice de síntomas emocionales sobre el temperamento de ira ( $\beta = .20$ ;  $p < .001$ ) y sobre la variable total depresión ( $\beta = .51$ ;  $p < .001$ ); b) la variable predictora estrés social sobre la variable ajuste personal ( $\beta = .$ ;  $p < .001$ ); c) la variable zona sobre temperamento ira ( $\beta = .08$ ;  $p < .01$ ); total depresión ( $\beta = .$ ;  $p < .001$ ); y atribuciones acerca del hijo ( $\beta = .20$ ;  $p < .001$ ) (ver Tabla 32 y Figura, 7).

Tabla 32

*Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrado según zona*

Variables endógenas	Variables exógenas- predictoras	$\beta$	C.R.	p
Estrés social	← Integración variables modelos -INT	.163	4.645	<.001***
Índice de síntomas emocionales	← Integración variables modelos -INT	.181	5.155	<.001***
Atribuciones hijo	← Estrés social	.067	1.919	.055
Atribuciones hijo	← Integración variables modelos -INT	.185	5.163	<.001***
Total Depresión	← Integración variables modelos -INT	.136	4.599	<.001***
Total Depresión	← Índice de síntomas emocionales	.506	18.028	<.001***
Total Depresión	← Zona	-.135	-4.906	<.001***
Atribuciones acerca del hijo	← Zona	.202	7.017	<.001***
Comportamientos internalizados	← Integración variables modelos -INT	.959		
Comportamientos externalizados	← Integración variables modelos -INT	.917	22.134	<.001***
Comportamientos internalizados	← Atribuciones acerca del hijo	-.046	-1.963	.050
Temperamento de ira	← Integración variables modelos -INT	.124	3.514	<.001***
Comportamiento internalizados	← Total Depresión	-.031	-1.497	.134
Temperamento de ira	← Índices de síntomas emocionales	.203	6.157	<.001***
Temperamento de ira	← Zona	.081	2.469	.014
Comportamientos internalizados	← Zona	-.066	-3.049	.002**
Comportamientos externalizados	← Zona	-.099	-4.029	<.001***
Ansioso/depresivo	← Comportamientos internalizados	.847		
Comportamiento agresivo	← Comportamientos externalizados	.928	31.852	<.001***
Comportamiento ruptura de reglas	← Comportamientos externalizados	.836		
Quejas somáticas	← Comportamientos internalizados	.685	20.959	<.001***
Expectativas acerca del hijo	← Integración variables modelos -INT	.179	5.119	<.001***
Problemas de atención	← Integración variables modelos -INT	.824	25.123	<.001***
Retraído/ depresivo	← Comportamientos internalizados	.736	24.562	<.001***
Problemas sociales	← Estrés social	.035	1.882	.060
Problemas de atención	← Índices de síntomas emocionales	.065	2.916	.004**
Comportamiento ruptura de reglas	← Atribuciones acerca del hijo	.082	4.058	<.001***
Quejas somáticas	← Atribuciones acerca del hijo	-.065	-2.300	.021
Problemas de atención	← Temperamento de ira	-.051	-2.329	.020*
Problemas de atención	← Atribuciones acerca del hijo	-.038	-1.696	.090
Quejas somáticas	← Estrés social	.041	-1.553	.120
Retraído/depresivo	← Temperamento de ira	-.051	-2.131	.033*
Ajuste personal	← Integración variables modelos -INT	-.074	-2.387	.017**
Problemas de pensamiento	← Integración variables modelos -INT	.788	25.001	.001***
Problemas Sociales	← Integración variables modelos -INT	.817	33.032	.001***
Ajuste personal	← Estrés social	-.450	-15.092	.001***
Retraído/depresivo	← Atribuciones acerca del hijo	.049	1.797	.072
Comportamiento ruptura de reglas	← Zona	.075	3.318	<.001***
Problemas de atención	← Zona	-.078	-3.125	.002

Nota: <sup>a</sup>Coefficiente estandarizado; <sup>b</sup>Razón crítica

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p = .001$

En la figura 7, se identifican las relaciones causales entre las variables predictoras y las variables criterio. Aparecen las variables latentes a) INT referida a la integración de las variables predictoras de los modelos estudiados, abarca las variables atribuciones acerca del hijo, expectativas acerca del hijo, estrés social, índice de

síntomas emocionales, ajuste personal, total depresión y temperamento de ira; b) comportamientos internalizados que comprende las variables ansioso/depresivo, retraído/depresivo y quejas somáticas; c) comportamientos externalizados que está compuesta por las variables comportamientos de ruptura de reglas y comportamiento agresivo.

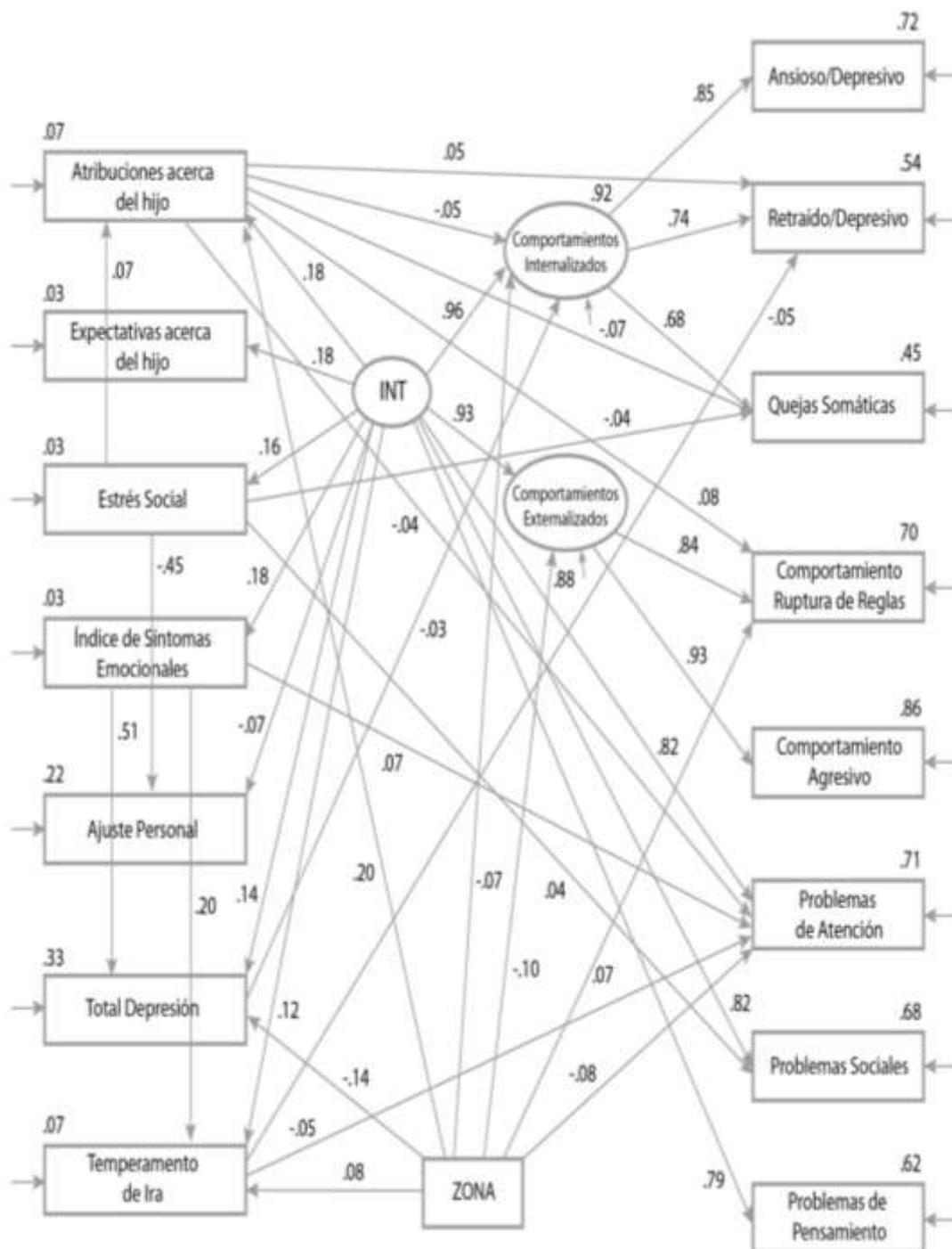


Figura 7. Modelo relacional integrado por zona

### **Modelo relacional integrado según rango**

Para responder al objetivo 4, de establecer la estabilidad del modelo relacional integrado basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo social y el de regulación emocional a través de los rangos de presentación normal, riesgo y clínico de los problemas psicológicos identificados con el cuestionario de comportamientos infantiles CBCL, se tomaron los puntajes de la escala total del CBCL según rango y se probó el modelo integrado obtenido, para determinar su estabilidad en la predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha. De esta forma, los puntajes de la escala total del CBCL según rango se tomaron como una variable predictora.

El análisis del modelo relacional integrado según el rango presenta un buen ajuste a los datos en los índices de ajuste ( $\chi^2 = 62.368$  (69);  $p = .701$ ; CFI = 1.000; TLI = 1.001 y RMSEA = .000). El número de parámetros estimados es de 67.

#### **Efectos directos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la Tabla 33 y en la Figura 8, se evidencian efectos directos, positivos y estadísticamente significativos de:

a) La variable INT (integración de las variables predictoras de los tres modelos estudiados), sobre los problemas de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = .83$ ;  $p < .001$ ) y comportamientos externalizados ( $\beta = .88$ ;  $p < .001$ ) y los síndromes específicos problemas de atención ( $\beta = .84$ ;  $p < .001$ ), problemas sociales ( $\beta = .82$ ;  $p < .001$ ) y problemas de pensamiento ( $\beta = .78$ ;  $p < .001$ ).

b) Los problemas de banda ancha comportamientos externalizados en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .81$ ;  $p < .001$ ); y en comportamiento agresivo ( $\beta = .94$ ;  $p < .001$ ).

c) El problema de banda ancha comportamientos internalizados en los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = .84$ ;  $p < .001$ ); retraído/depresivo ( $\beta = .75$ ;  $p < .001$ ); y quejas somáticas ( $\beta = .68$ ;  $p < .001$ ).

d) La variable predictora total cbcl rango en los comportamientos internalizados ( $\beta = .15$ ;  $p < .01$ ).

e) la variable predictora atribuciones acerca del hijo sobre el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .09$ ;  $p < .001$ ); y en el problema de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ); y e) de la variable índice de síntomas emocionales sobre el síndrome de problemas de atención ( $\beta = .06$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 33).

Se aprecia también un efecto directo, significativo estadísticamente, pero negativo de la variable atribuciones acerca del hijo en el problema de banda estrecha quejas somáticas ( $-.064$ ;  $p < .05$ ); y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.042$ ;  $p < .05$ ); adicionalmente, de la variable temperamento de ira sobre el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ) y en el problema de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.06$ ;  $p < .05$ ) (ver Tabla 33).

### **Efectos indirectos sobre los problemas de banda ancha y banda estrecha**

En la Figura 8, se observan efectos indirectos, positivos y estadísticamente significativos de:

a) la variable INT (integración de las variables predictoras de los tres modelos estudiados), sobre el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas ( $\beta = .72$ ;  $p < .01$ ); y comportamiento agresivo ( $\beta = .83$ ;  $p < .01$ ); a través de la variable comportamientos externalizados y sobre los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo ( $\beta = .69$ ;  $p < .01$ ); retraído/depresivo ( $\beta = .61$ ;  $p < .01$ ) y quejas somáticas ( $\beta = .54$ ;  $p < .01$ ), mediado por el problema de banda ancha comportamientos internalizados; y sobre el síndrome específico problemas sociales ( $\beta = .01$ ;  $p < .05$ ) mediado por la variable predictora estrés social.

b) la variable CBCL total rango, en los problemas de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = .11$ ;  $p < .01$ ); quejas somáticas ( $\beta = .11$ ;  $p < .01$ ); y ansioso/depresivo ( $\beta = .13$ ;  $p < .01$ ) a través de la variable problemas de banda ancha comportamientos internalizados.

También se observa un efecto indirecto, negativo de la variable: a) INT en el problema de banda ancha comportamientos internalizados ( $\beta = -.013$ ;  $p < .05$ ) a través de la variable atribuciones acerca del hijo

b) de la variable índice de síntomas emocionales en el problema de banda estrecha retraído/depresivo ( $\beta = -.020$ ;  $p < .05$ ) y en el síndrome específico problemas de atención ( $\beta = -.012$ ;  $p < .05$ ) a través de la variable temperamento de ira (ver Fig. 8).

### **Efectos directos entre variables predictoras**

En la Tabla 33, se observa un efecto directo y positivo entre la variable predictora estrés social en la variable atribuciones acerca del hijo ( $\beta = .095$ ;  $p < .01$ ); índice de síntomas emocionales en la variable total depresión ( $\beta = .49$ ;  $p < .001$ ); y en la variable temperamento ( $\beta = .21$ ;  $p < .001$ ) y un efecto directo y negativo de la variable estrés social en la variable ajuste personal ( $\beta = -.45$ ;  $p < .001$ ).

### **Efectos indirectos entre las variables predictoras**

En la figura 8, se observa un efecto indirecto, positivo y estadísticamente significativo de la variable integración de las variables de los modelos INT en las variables total depresión ( $\beta = .09$ ;  $p < .01$ ), y temperamento ira ( $\beta = .04$ ;  $p < .01$ ), en los dos casos mediada por la variable índice de síntomas emocionales; y en la variable atribuciones acerca del hijo ( $\beta = .015$ ;  $p < .05$ ) mediada por la variable estrés social. Adicionalmente se aprecia un efecto indirecto, negativo y estadísticamente significativo en la variable ajuste personal ( $\beta = -.07$ ;  $p < .01$ ) mediado también por la variable estrés social.

Tabla 33

*Coefficientes de las ecuaciones estructurales del modelo relacional integrado por rangos*

Variables endógenas		Variables exógenas	$\beta^a$	C.R. <sup>b</sup>	p
Estrés social	←	Integración variables modelos- INT	.162	4.523	<.001***
Índice de síntomas emocionales	←	Integración variables modelos- INT	.180	4.985	<.001***
Atribuciones acerca del hijo	←	Estrés social	.095	2.691	.007**
Atribuciones acerca del hijo	←	Integración variables modelos- INT	.135	3.726	<.001***
Total depresión	←	Integración variables modelos -INT	.104	5.236	<.001***
Total depresión	←	Índice de síntomas emocionales	.494	17.409	<.001***
Comportamientos internalizados	←	Integración variables modelos - INT	.835		
Comportamientos externalizados	←	Integración variables modelos - INT	.879	11.224	<.001***
Comportamientos internalizados	←	Atribuciones acerca del hijo	-.051	-2.243	.025*
Temperamento de ira	←	Integración variables modelos -INT	.106	3.047	.002**
Comportamiento internalizados	←	Total Depresión	-.021	-1.082	.279
Temperamento de ira	←	Índice de síntomas emocionales	.212	6.476	<.001***
Comportamientos externalizados	←	CBCL Total Rango	.057	1.102	.270
Comportamientos internalizados	←	CBCL Total Rango	.154	3.203	.001**
Ansioso/depresivo	←	Comportamientos internalizados	.839		
Comportamiento Agresivo	←	Comportamientos externalizados	.940	33.297	<.001***
Comportamiento ruptura de reglas	←	Comportamientos externalizados	.807		
Quejas somáticas	←	Comportamientos internalizados	.685	21.887	<.001***
Expectativas acerca del hijo	←	Integración variables modelos -INT	.171	4.752	<.001***
Problemas de atención	←	Integración variables modelos -INT	.841	14.192	<.001***
Retraído depresivo	←	Comportamientos internalizados	.748	25.302	<.001***
Problemas sociales	←	Estrés social	.039	2.084	.037*
Problemas de atención	←	Índice de síntomas emocionales	.056	2.598	.009**
Comportamiento ruptura de reglas	←	Atribuciones acerca del hijo	.094	4.775	<.001***
Quejas somáticas	←	Atribuciones acerca del hijo	-.064	-2.270	.023*
Problemas de atención	←	Temperamento de ira	-.055	-2.590	.010*
Problemas de atención	←	Atribuciones acerca del hijo	-.042	-1.996	.046*
Quejas somáticas	←	Estrés social	-.048	-1.830	.067
Retraído/depresivo	←	Temperamento de ira	-.057	-2.447	.014*
Ajuste personal	←	Integración variables modelos -INT	-.069	-2.216	.027*
Problemas de pensamiento	←	Integración variables modelos- INT	.783	13.923	<.001***
Problemas Sociales	←	Integración variables modelos- INT	.819	15.357	<.001***
Ajuste personal	←	Estrés social	-.450	-15.100	<.001***
Retraído/depresivo	←	Atribuciones acerca del hijo	.049	1.769	.077

Nota: <sup>a</sup>Coefficiente estandarizado; <sup>b</sup>Razón crítica; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

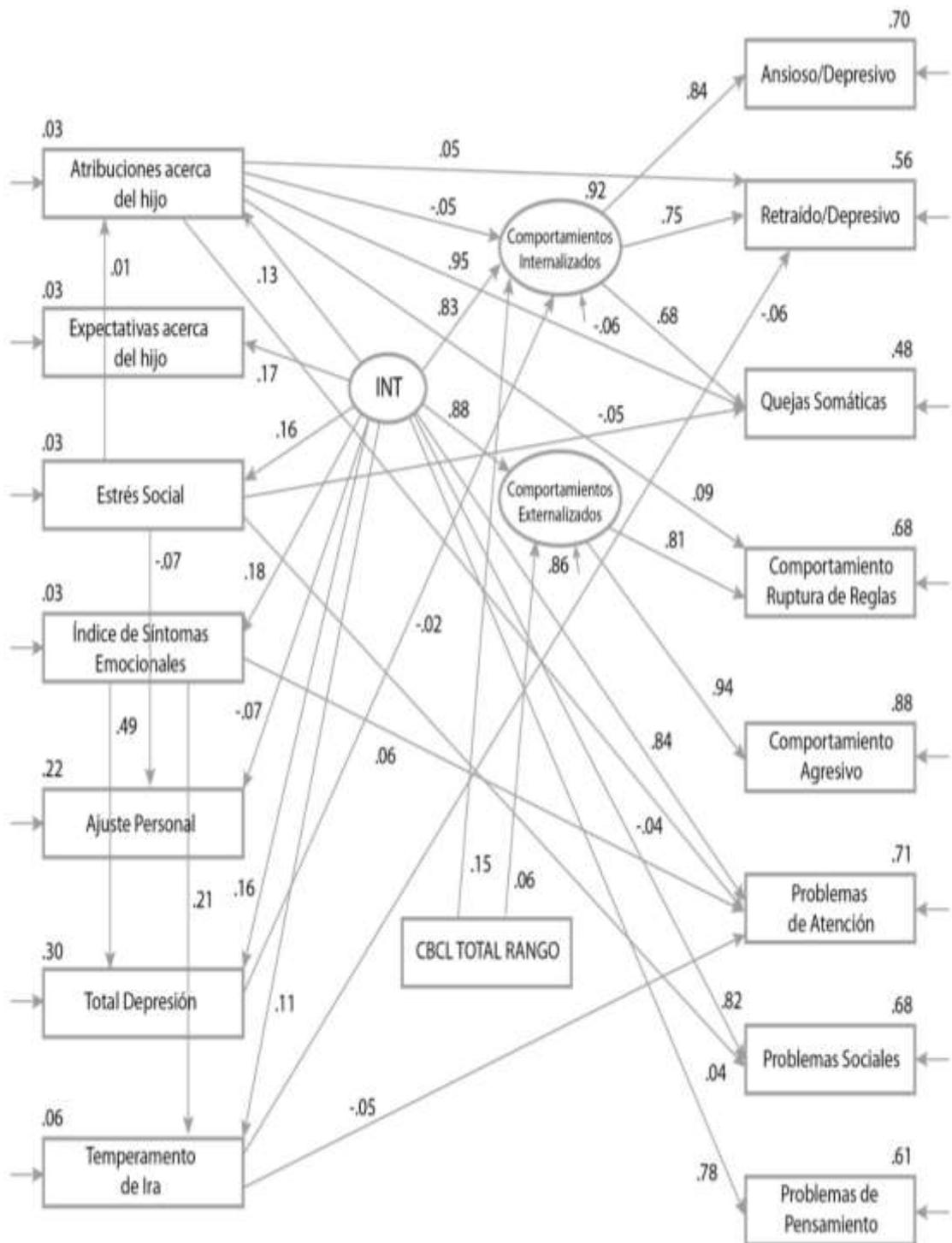


Figura 8. Modelo relacional integrado por rangos

## Comparación de los índices de bondad de ajuste de cada modelo estructural propuesto

Con el fin de comparar la predicción de los modelos obtenidos se presenta la tabla 34 en la que se muestra un resumen de los valores  $\chi^2$ , grados de libertad (gl), la ratio  $\chi^2/\text{gl}$ , la p; el número de parámetros (NPAR) y los índices de bondad de ajuste: 1) índice de bondad de ajuste (GFI); 2) índice de bondad de ajuste corregido (AGFI); 3) índice de la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA); 4) el índice de ajuste consistente (AIC). Los valores obtenidos en los índices de bondad de ajuste indican que los modelos analizados presentan, un buen ajuste a los datos de acuerdo con los criterios establecidos por Hu y Bentler (1999) (Ver Tabla 34).

Se determinó la ratio del valor  $\chi^2/\text{gl}$ , y se analizó el índice de consistencia (AIC), para identificar las diferencias entre los modelos que permitieran determinar el modelo con mayor predicción. Se tuvo en cuenta el menor valor del AIC como indicador del modelo con mejor índice de ajuste y el menor valor de la ratio  $\chi^2/\text{gl}$  manteniendo la premisa que este valor debe ser menor que 2 (Schreiber, 2006). Con base en estas consideraciones el modelo con mejor índice de ajuste es el Modelo relacional integrado, seguido por el modelo cognitivo social, el modelo transaccional del desarrollo y finalmente por el de regulación emocional (ver Tabla 34).

Tabla 34  
Bondad de ajuste global de los modelos propuestos

Modelo	$\chi^2$	gl	$\chi^2/\text{gl}$	p	NPAR	GFI	AGFI	RMSEA	AIC
Transaccional del desarrollo	108.463	129	0.84080	.905	81	.99	.98	.000	270.463
Cognitivo social	52.286	66	0.79221	.830	90	.99	.98	.000	232.286
Regulación emocional	172.597	178	0.96965	.600	122	.98	.97	.000	416.597
Modelo relacional integrado	40.099	54	0.74257	.920	66	.99	.98	.000	172.099

*Nota:* NPAR: número de parámetros; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; RMSEA: índice de la raíz cuadrada media del error de aproximación; AIC: índice de ajuste consistente.



## **CAPITULO 7**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El objetivo general de la presente investigación fue doble. Por una parte, confirmar a nivel internacional la validez diagnóstica del sistema clasificatorio de la psicopatología infantil y adolescente propuesta por Achenbach y Rescorla (2001). Por otra parte, evaluar la efectividad de un modelo relacional integrado, basado en los modelos transaccional del desarrollo, cognitivo-social y de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos, según la clasificación de Achenbach y Rescorla (2001) de banda ancha (externalizados e internalizados) y banda estrecha (síndromes psicopatológicos), en los rangos normal, riesgo y clínico, en niños colombianos de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3.

Para el logro del primer objetivo se realizó un estudio internacional en el que participaron 44 países de Europa occidental y oriental, Norte de África, Sur y Este de Asia, América del Sur (Colombia), Centro América, y países Balcánicos. Los resultados de este estudio confirman la consistencia internacional en el ajuste del modelo de los ocho síndromes, cuando se probó en cada uno de los países con el índice de ajuste primario RMSEA, de igual forma con el CFI y el TLI aunque la consistencia con estos índices fue un poco más baja. Lo anterior, permite señalar que se confirma el modelo de los ocho síndromes en los 44 países y por supuesto en Colombia, lo que permite el uso de la escala CBCL en este país. Igualmente, se encontró una consistencia internacional y significativa de dicho modelo con respecto a la edad y al sexo. De igual forma, una consistencia internacional con respecto a cuales ítems del CBCL, del YSR y del TRF, tienden a ser valorados con puntajes medios, bajos o altos. Se identificó también una diferencia significativa entre los países en los puntajes medios de las escalas lo que garantiza las normas bajas, medias y altas de los

instrumentos CBCL, YSR y TRF en los grupos. Estos resultados garantizan el uso del CBCL con población colombiana.

Además, los resultados de este estudio corroboran que las niñas tienen puntajes más altos que los niños en las conductas internalizadas, mientras que los niños tienen puntajes más altos en conductas externalizadas en todas las etapas del desarrollo. Esto se confirmó con las muestras de los 44 países participantes así, se ratifica el efecto de la edad, el sexo y el contexto en la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha.

Para el logro del segundo objetivo se llevó a cabo una investigación empírico analítica con un diseño transeccional, correlacional, comparativo y causal de carácter multivariado que permitió evaluar el efecto de las variables predictoras sobre las variables criterio, con 904 niños y sus cuidadores, niños de 8 a 12 años, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 procedentes de las 5 regiones del país y que asistían a 6 colegios públicos de la ciudad de Bogotá, D. C., Colombia, 3 colegios ubicados en el norte de la ciudad (zona de vulnerabilidad baja) y 3 colegios ubicados en el sur de la ciudad (zona de vulnerabilidad alta).

Según los resultados obtenidos, se puede destacar de manera general que se identificó un modelo relacional integrado, con un buen ajuste a los datos, compuesto por las variables predictoras atribuciones y expectativas de los padres acerca de los hijos del modelo cognitivo social y las variables en los niños ajuste personal, estrés social, índices de síntomas emocionales, sintomatología depresiva y temperamento de ira del modelo de regulación emocional, que permiten explicar la presencia de los problemas de banda ancha y banda estrecha en niños de 8 a 12 años de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en la ciudad de Bogotá-Colombia. Este modelo relacional integrado identificado guarda relación con la propuesta teórica realizada en esta investigación.

El análisis de bondad del ajuste global obtenido, muestra la correspondencia existente entre el modelo teórico propuesto y el estimado para cada uno de los

modelos de estudio como son el transaccional del desarrollo, el cognitivo social y el de regulación emocional, a través del análisis estadístico realizado, lo que indica que el modelo teórico propuesto y los obtenidos no son estadísticamente diferentes.

Para el desarrollo del objetivo general se plantearon ocho objetivos específicos que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación y se discutirán a continuación.

*El primero de estos objetivos* fue describir los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha en los rangos normal, riesgo y clínico que caracterizan a los niños de 8 a 12 años de edad, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos localidades de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia. Al respecto, el análisis de los datos evidencia que de acuerdo con el reporte de los cuidadores el 23.6% de la población de niños participantes presenta problemas psicológicos según el CBCL en el rango clínico, el 13.7% están en riesgo de presentar algún problema y el 62.7% en rango normal. Estos datos coinciden con lo encontrado en los estudios realizados por López-Soler et al., (2009), en Europa quienes hallaron una prevalencia de problemáticas infantiles entre el 13 y el 25% y con los llevados a cabo en España (Lemos, 2003) y en Estados Unidos (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2002; Cicchetti y Cohen, 2006; y Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998), quienes señalan que entre el 15 y el 20% de la población en edad escolar presentan algún tipo de trastorno psicológico. Dichas investigaciones han utilizado el mismo instrumento de evaluación aplicado en este estudio lo que permite hacer una comparación de los datos.

Al contrastar estos resultados con los datos de prevalencia de problemas psicológicos infantiles en los últimos 12 meses identificados en América Latina, se encuentra una coincidencia ya que los resultados de los estudios epidemiológicos señalan que la prevalencia es del 8.5% para un trastorno grave al 39.5% para cualquier problemática (Benjet, 2009).

El análisis de la presencia de los problemas de banda ancha en esta muestra en particular, evidencia que el 30.5% del total de los niños presenta comportamientos

internalizados y el 23.7%, comportamientos externalizados en el rango clínico. Estos resultados son comparables con los encontrados por Hewitt, Moreno, Oliveros y Pardo (2010) a partir de la aplicación del CBCL, quienes identificaron la presencia en el 25% del total de la población de comportamientos internalizados y en el 28% de comportamientos externalizados, en un estudio realizado con un grupo de 238 niños de 8 a 11 años, que asistían a una institución educativa en la ciudad de Bogotá. Sin embargo, en el presente estudio se encontró un mayor porcentaje de comportamientos internalizados lo que puede estar relacionado con el rango de edad estudiado, pues en el presente estudio se trabajó hasta el rango de edad de 12 años y la investigación ha mostrado que la presencia de estos comportamientos aumenta con la edad (Rescorla et al., 2012). Es difícil hacer otras comparaciones de estos datos ya que los resultados que se encuentran son de estudios con muestras clínicas diferentes a la muestra objeto de esta investigación, la que fue con estudiantes escolarizados. Adicionalmente, el estudio realizado en Colombia por Hewitt, Vera, Jaimes y Villa (2012), con población en general, se hizo con un grupo de edad de 6 a 18 años e integró los análisis con poblaciones de estratos bajos (1, 2, 3), medios (4, 5) y altos (6), lo que dificulta el análisis comparativo de estos resultados.

En cuanto a los problemas de banda estrecha o síndromes específicos, se observa mayor presencia en el rango clínico de los síndromes específicos comportamiento agresivo (12.6%), retraído-depresivo (11.8%), quejas somáticas (11.7%) y ruptura de reglas (10.6%). El menor porcentaje de niños en rango clínico se ubica en los problemas de banda estrecha ansioso-depresivo (7.3%) y problemas sociales (6.6%), tanto en el total de los participantes como en cada zona. Estos porcentajes son inferiores a los obtenidos por López-Soler et al., (2009) en su estudio sobre la prevalencia de la ansiedad (13.3%) y de la depresión (25.2%) en niños de 6 a 11 años en España, en el que utilizaron el CBCL, lo que era esperado dado que la muestra poblacional de esta investigación no es una muestra clínica, como la usada por López-Soler et al., (2009); no obstante, la tasa de retraído/depresivo es mayor a la encontrada en estudios epidemiológicos de Norteamérica en los que se identificaron tasas de prevalencia de depresión en la infancia del 2% y en la adolescencia del 4 al 8% (Fleming y Offord,1990). La diferencia en los instrumentos de evaluación utilizados

no permite comparar los resultados. Ahora bien, el porcentaje de comportamiento agresivo y ruptura de reglas es equivalente al arrojado en un estudio colombiano de 2001, que evidencia un 10.6% para el trastorno de conducta negativista desafiante en niños de 6 a 11 años de edad y un 8.6% de niños en esta edad, en riesgo de presentar dichas problemáticas (Pineda et al., 2001).

La alta presencia de estos problemas de banda estrecha o síndromes específicos, en el presente estudio, está relacionada con lo confirmado por las investigaciones (DeCarlo y Wadsworth, 2011) que afirman que la pobreza y los bajos recursos económicos contribuyen a la manifestación de los comportamientos externalizados como la agresión y de los comportamientos internalizados como la ansiedad y la depresión en niños en etapa escolar. Este resultado es coherente con lo encontrado en el primer estudio realizado en el que se ratifica el efecto del contexto en la presencia de los problemas de banda ancha y estrecha.

El análisis de la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha por localidad, arroja un mayor porcentaje de estas problemáticas en rango clínico en la población de niños residiendo en la zona de baja vulnerabilidad, posiblemente esto puede explicarse porque esta población de niños está expuesta y sometida a las exigencias sociales propias de una zona de altos recursos, las que no son acordes a sus características sociodemográficas lo que es generador de altos niveles de estrés social y por ende de un pobre funcionamiento psicológico y de más psicopatología (Wadsworth et al., 2008).

En relación con los resultados de este primer objetivo, se puede concluir que en este grupo en particular existe una alta presencia de los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos internalizados y externalizados y de los de banda estrecha o síndromes específicos como son comportamiento agresivo, retraído-depresivo, quejas somáticas y ruptura de reglas, problemas de pensamiento, problemas de atención y problemas sociales, lo que seguramente está relacionado con el hecho que las poblaciones de niveles socioeconómicos bajos tienen más riesgo de presentar problemas psicológicos por lo tanto, obtienen puntuaciones mayores en las conductas

internalizadas y externalizadas en el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2007b). De esta manera, se confirma los efectos del nivel socioeconómico en la presentación de los problemas psicológicos (DeCarlo y Wadsworth, 2011), y los efectos del contexto encontrado en el primer estudio realizado en esta investigación. Esta población de niños están expuestos a la vulnerabilidad propia de la población perteneciente a los estratos 1, 2 y 3, en Colombia y específicamente en la ciudad de Bogotá, la que se relaciona con la exposición a los diferentes fenómenos sociales propios de estos niveles socioeconómicos como son la pobreza, el bajo nivel educativo de los padres, el desempleo y el cubrimiento mínimo de las necesidades básicas.

Respecto al **objetivo 2**, evaluar los indicadores de regulación emocional de los niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia, se aprecia que el 15.4% del total de los participantes presenta desajuste escolar en la categoría clínica lo que indica una baja adaptación al ambiente escolar y por ende, se relaciona con una actitud negativa hacia la institución educativa y hacia los profesores, aspectos que interfieren en las relaciones en el ámbito escolar (González et al., 2004). De hecho, se observa que el 9.7% de los niños tienen una actitud negativa hacia el colegio y el 15.6% hacia los profesores en categoría clínica lo que revela que este grupo de niños no se sienten satisfechos en su colegio. Perciben que sus profesores no les brindan el apoyo para sus aprendizajes y desarrollo socio-emocional, situación que puede relacionarse con el porcentaje de problemas psicológicos de banda ancha conductas internalizadas y externalizadas en rango clínico encontrado. Esto coincide con los resultados de las investigaciones las que han demostrado que los niños que tienen un bajo ajuste escolar se caracterizan por presentar problemas de banda ancha y estrecha (Leventhal y Brooks-Gunn, 2000; Gaskins, Herres y Kobak, 2012).

En la misma línea, se observa que el 22.5% del total de la población se encuentra en la categoría clínica en la escala de ajuste personal y un 23.5% se encuentra en la de riesgo, lo que indica que las relaciones interpersonales y con los padres de este grupo de niños en particular se encuentran afectadas. Adicionalmente, se caracterizan por utilizar habilidades de afrontamiento poco efectivas para lograr sobreponerse a las

situaciones problemas que se les presente Esto se relaciona con los problemas en autoestima (5.6% en rango clínico y un 28.8% en riesgo) y en confianza en sí mismos (16.6% en rango clínico) que se identifican en esta muestra en particular.

También se aprecia un alto porcentaje de población con estrés social en la categoría clínica (21.3%) y un 23.5% en la categoría de riesgo, lo que indica que esta población de niños cuentan con pocos recursos de afrontamiento y tienden a ser irritables y lábiles emocionalmente (Morales y Trianes, 2010; González et al., 2004; Sandín, 2003).

Con respecto a los niveles de ansiedad, es de destacar que el 11.3% de la población están ubicados en la categoría clínica y un 11.1% en la de riesgo. Dichos porcentajes señalan que estos niños presentan miedos y respuestas poco ajustadas a las exigencias contextuales, además que pueden tener pensamientos negativos y dificultades para tomar decisiones (González et al., 2004). Los porcentajes obtenidos en ansiedad son superiores a los encontrados en el meta-análisis de la prevalencia mundial de los desórdenes mentales en niños y adolescentes en el que se dice que la prevalencia de cualquier desorden de ansiedad es del 6.5% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). La diferencia en estos resultados radica en que este meta-análisis contrario a la presente investigación revisó estudios sobre desórdenes mentales en niños y adolescentes, además los métodos de evaluación y diagnóstico se derivaron del manual diagnóstico de enfermedades mentales y de la clasificación internacional de desórdenes mentales, lo que impide hacer un análisis comparativo. De igual manera, existen variaciones metodológicas que influyen en los resultados (Achenbach, Rescorla & Ivanova, 2012). Sin embargo, los datos analizados en esta investigación muestran la afectación psicológica y el riesgo clínico de los niños bogotanos.

En relación con el índice de síntomas emocionales se encontró un 21.8% de la población en la categoría clínica y un 29.5% en riesgo, lo que evidencia dificultades y alteraciones emocionales en este grupo poblacional. Esto puede explicarse porque los niños que pertenecen a familias de bajo nivel socioeconómico están más expuestos a

múltiples factores de riesgo que según la investigación se relacionan con mayor presencia de problemas emocionales (Fanti y Henrich, 2010). Además, como ya se mencionó, este grupo poblacional presenta un alto porcentaje de estrés social y unas bajas habilidades de afrontamiento; aspectos que según la investigación están relacionados con mayor presencia de psicopatología.

La revisión de la variable ira señala que el 22.3% de la población se caracteriza por un alto rasgo de ira y solo el 4.8% un alto estado de ira. Estos datos evidencian que esta población en particular tiene más probabilidad de presentar reacciones frecuentes de ira, dado que este rasgo está asociado con alta reactividad, emocionalidad y baja regulación emocional (Rothbart et al., 2001). Ahora bien, el 19.5% de la población tiene una alta expresión externa de la ira y un 36.1% una expresión interna de la ira, estas cifras indican que son más los niños que aunque sienten ira, tienden a suprimir su expresión. Adicionalmente, es más la población con un alto control interno de la ira (25.4%) que con alto control externo de la ira (19.5%), lo que señala que son más los niños que intentan controlar la ira a través del uso de técnicas específicas como la relajación.

Los resultados del CDI, determinan un 3.2% de sintomatología depresiva severa, cifra que es cercana a la tasa encontrada en estudios epidemiológicos de Norteamérica en los que se identificó una prevalencia de depresión en la infancia del 2% y en la adolescencia del 4 al 8% (Fleming y Offord, 1990). No obstante, es inferior a la tasa de 11.5%, hallada a través del CDI en un estudio realizado con 1.514 escolares de 8 a 12 años, de 4º, 5º y 6º grado de educación básica en España (Romero, Canals, Hernández-Martínez, Claustre, Viñas y Domènech-Llaberia, 2010), y a la prevalencia de 9.3% encontrada en un estudio realizado en una región Colombiana con 238 niños de 8 a 11 años de dos colegios uno público y otro privado, a quienes le aplicaron el inventario de depresión infantil versión corta, CDI-S (Mantilla, Sabalza, Martínez, Campo-Arias, 2004). Estos resultados contrastan con los de este estudio, probablemente porque a diferencia de los dos estudios mencionados, en éste, los niños participantes en su mayoría cursaban el grado 3º de educación básica primaria y todos estaban ubicados en colegios públicos.

El análisis por zonas, de los indicadores emocionales, evidencia que los niños de la zona de vulnerabilidad alta, presentan más porcentaje de población clínica y en riesgo en estos indicadores, lo que puede estar relacionado con las características sociodemográficas de los cuidadores, que señalan que en comparación con la zona de vulnerabilidad baja, son más los niños cuyo cuidador son los padres, hay más cuidadores sin escolaridad, solteros y separados y los colegios de esta zona agrupan mayor población de estratos 1 y 2, es decir de niveles socioeconómicos bajos. La investigación ha comprobado que las familias monoparentales se caracterizan por contar con pocos recursos financieros, mayor exposición a eventos que incrementan el estrés de la vida y el vivir en contextos caóticos, situaciones que aumentan el riesgo de los trastornos psicológicos (Burt, Barnes, McGue y Iacono, 2008; Tur et al., 2004). También, gran parte de los niños de la zona de alta vulnerabilidad provienen de familias desplazadas por la violencia y expuestas al conflicto armado en Colombia (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), lo que puede ser generador de mayor presencia de indicadores emocionales (Hewitt et al., 2014).

Respecto al *objetivo 3*, identificar las atribuciones, creencias y expectativas de los cuidadores de los niños de 8 a 12 años de edad, de niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, pertenecientes a dos zonas de la ciudad de Bogotá, D.C. Colombia, se puede concluir, que este grupo de cuidadores presenta atribuciones distorsionadas y sesgadas, creencias erróneas y expectativas negativas y altas con respecto a sus hijos, a todos los niños y a sí mismos como padres, siendo mayor el porcentaje de población ubicado en la categoría alta en la zona de mayor vulnerabilidad. La investigación ha mostrado que los factores cognitivos están relacionados con el contexto social y cultural en el que se encuentran los cuidadores (Martínez y García, 2012). Así, los valores y creencias de las familias de origen contribuyen al desarrollo de los factores cognitivos de los cuidadores e influyen en la interacción y relación con los hijos (Hewitt, 2005).

Más del 50% de este grupo de cuidadores culpan a sus hijos de las dificultades en su vida, tienen percepciones erradas con respecto a las habilidades y comportamientos de sus niños, y validan el castigo como una forma de crianza, de demostrar afecto y

de lograr la obediencia en sus hijos. Describen a sus hijos como más difíciles de educar y los ven como una carga en sus vidas. Esperan que sus hijos se hagan cargo de ellos, se defiendan solos, cuiden de sus hermanos menores y realicen los oficios domésticos. Dichas expectativas irreales e inexactas acerca de los hijos son características de padres que utilizan el castigo físico como forma de crianza (Black et al., 1999). Según la investigación este tipo de factores cognitivos son propios de padres que ejercen alto control sobre sus hijos y practicas disciplinarias basadas en el maltrato (Hewitt, 2005; Grusec 2010; Milner, 2000).

El tipo de atribuciones, creencias y expectativas acerca de los hijos, presentado por este grupo de cuidadores en particular, interfiere en la relación que sostiene con sus niños, ya que según los resultados tienden a interpretar el comportamiento negativo de los niños (desobediencia, transgresiones mínimas, inquietud, llanto y aislamiento) como muestra de agresión e intentos de hostilidad hacia ellos como padres, lo que corrobora lo encontrado en la investigación (Hewitt, 2005).

Las puntuaciones altas y medias que se observan en más del 50% de los cuidadores que participaron en este estudio en las dimensiones atribuciones, creencias y expectativas acerca de todos lo niños, indican que este grupo de cuidadores considera que los niños en general son inquietos por naturaleza, un menor porcentaje manifiesta que todos los niños son divertidos y alegran nuestras vidas. Este tipo de creencias pre-establecidas afecta el patrón de interacción padres-hijos (Milner, 2000). El análisis de los resultados encontrados, también señala que este grupo en particular de cuidadores está orientado a percibir el comportamiento de todos los niños como erróneo e intencional, por lo que evalúan su comportamiento de forma negativa, lo que los hace menos flexibles para comprender y manejar a sus hijos (Hewitt, 2005; Milner, 2003).

El análisis de las atribuciones, creencias y expectativas acerca de sí mismos como padres, muestra que estos cuidadores se caracterizan por presentar creencias negativas acerca de sí mismos como padres y por altas expectativas con respecto al rol que ejercen, lo que propicia poco control personal y baja autoeficacia en su rol como

padres y/o cuidadores (Bornstein y Landsford, 2010). Los cuidadores partícipes en este estudio, creen que deben ser padres ejemplares, responsables, considerados, amorosos y respetuosos con sus hijos, además deben ser capaces de identificar todas sus necesidades, ayudarles en sus tareas, confiar y compartir todo su tiempo con ellos. Ideal de padres que exige un comportamiento íntegro, pero difícil de alcanzar y que afecta su nivel de autoeficacia (Hewitt, 2005). Identifican que tienen dificultad para ser padres, que no saben como ser buenos padres, y también señalan que se les dificulta expresar sentimientos positivos hacia sus hijos. Señalan que son padres estrictos porque esperan que sus hijos sean buenos y aprendan. Estos resultados son coherentes con los resultados encontrados en la investigación sobre factores cognitivos de los padres asociados a la co-ocurrencia de consumo de alcohol y maltrato físico realizada en Bogotá con un grupo de 266 padres de niños de 7 a 12 años (Hewitt, 2005).

*El objetivo 4*, pretendía evaluar la efectividad del modelo transaccional del desarrollo, del modelo cognitivo social y del modelo de regulación emocional en la predicción de los problemas psicológicos infantiles. El análisis estadístico con las ecuaciones estructurales, permitió determinar que los tres modelos tienen un buen ajuste de los datos y predicen los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos desde las diferentes variables predictoras propias de cada modelo. Lo que permite decir que los tres modelos son efectivos en la predicción de los problemas psicológicos infantiles.

*El modelo transaccional del desarrollo*, comprobó los efectos directos e indirectos y significativos de la fusión de los ambientes familiar (las relaciones con los padres), social (las relaciones interpersonales) y escolar (la actitud negativa hacia los profesores, la actitud negativa hacia el colegio) y del contexto como la unión de las variables sociodemográficas, tanto en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y comportamientos externalizados, como en los comportamientos de banda estrecha o síndromes específicos.

Los resultados encontrados confirman la importancia de las interacciones entre el niño con el ambiente, en la presencia de los problemas de banda ancha y banda estrecha, así, se determina el efecto de la calidad de los ambientes familiar, escolar y social en la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha. Esto no se puede desligar de las variables sociodemográficas, las que tienen un efecto directo en los ambientes ya mencionados, e indirecto en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y externalizados y en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas y quejas somáticas e indirecto en los demás problemas de banda estrecha o síndromes específicos. De esta manera, las variables sociodemográficas en su conjunto influyen en los tres ambientes evaluados familiar, escolar y social, al que están expuestos los niños y dependiendo de las características de dichos ambientes se generan los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y externalizados.

Las investigaciones han demostrado consistentemente el efecto de cada ambiente por separado pero muy pocas se han ocupado por el estudio del efecto de la integración de estos ambientes que es lo demostrado en este modelo transaccional del desarrollo. Los resultados de este modelo confirman la influencia de la suma de la calidad de los ambientes familiares, escolares y sociales en la presencia de los problemas de banda ancha y banda estrecha. De esta manera, se comprueba lo que señala la investigación con respecto a que ambientes familiares caracterizados por relaciones padres-hijo, basadas en el apoyo parental llevan a menor número de problemas de banda ancha internalizados y externalizados (Amato y Fowler, 2002; Oliva, Parra, Sánchez y López, 2007); las fundamentadas en la sobreprotección promueven el riesgo de problemas de comportamientos externalizados (White y Renk, 2012), y de síntomas internalizados en los niños y niñas (Bayer, 2011; White y Renk, 2012). Las basadas en conductas de crítica, invalidación de sentimientos y comportamientos de supervisión y monitoreo excesivos, incrementan la manifestación de comportamientos internalizados (Soenens y Vansteenkiste 2010; Soenens et al., 2012) y comportamientos externalizados (Betancourt y Andrade, 2010).

Con respecto al ambiente escolar, la actitud negativa hacia el colegio tiene un efecto en el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas, y en los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos internalizados de tal manera que entre mayor actitud negativa hacia el colegio hay más comportamientos internalizados. Estos resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones que han concluido que si las características de los ambientes escolares, de los compañeros, de los profesores y del tipo de actividades académicas y recreacionales que se realizan en las escuelas generan insatisfacción en el niño, se presentan comportamientos externalizados (Gaskins, Herres y Kobak, 2012; Leventhal y Brooks-Gunn, 2000). Por otro lado, si el ambiente escolar no es motivante, habrá relaciones interpersonales inadecuadas que pueden llevar a desinterés, desmotivación y comportamientos internalizados.

En referencia al ambiente social, medido en esta investigación a través de las relaciones interpersonales, se encontró que entre menos relaciones interpersonales positivas tenga el niño hay más presencia de problemas de atención. Lo anterior, apoya lo que la investigación ha comprobado con respecto a que los niños con problemas de atención se caracterizan por tener problemas en su entorno social, debido a su bajo control inhibitorio, la falta de regulación del afecto y de la capacidad para controlar respuestas impulsivas y por la baja capacidad de atención selectiva y ejecutiva que son las que permiten la detección de errores y la resolución de conflictos (Barkley, 1997). Las dificultades del niño en planificación, organización y en memoria de trabajo, afectan la capacidad para comprender la perspectiva de una amistad, los sentimientos y las necesidades de las otras personas (Mikami, 2010).

Del mismo modo, la integración de los ambientes familiar, escolar y social tienen un efecto directo en los problemas de atención, los problemas sociales y los problemas de pensamiento. Esto confirma que la presencia de ambientes sanos y seguros facilita en los niños mejores relaciones sociales y mejor ajuste psicológico.

El contexto, que para efectos de este modelo se compone de ocho ambientes que abarcan las diferentes variables sociodemográficas estudiadas, ejerce un efecto directo

sobre los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas. Es evidente, que las variables sociodemográficas como ser varón (Aláex et al., 2000; Achenbach y Rescorla, 2001; Betancourt y Andrade, 2008; Rescorla et al., 2012), la edad (10-12 años) (Leve et al., 2005), pertenecer a un estrato socioeconómico bajo (Tur et al., 2004; White y Renk, 2012), tener menor supervisión y reglas claras de parte de los padres (Grusec, Goodnow y Kuczynski, 2000), pertenecer a familias con un solo cuidador o a familias extensas, (Amato y Gilbreth, 1999; Luoma et al., 1999; Vanasschem et al., 2013) y tener cuidadores de bajo nivel educativo (Tur et al., 2004), lleva con mayor probabilidad a los problemas de banda estrecha conocidos como comportamientos de ruptura de reglas.

Las investigaciones establecen los efectos de estas variables sociodemográficas de manera independiente, sin embargo, el modelo transaccional de desarrollo confirmado en este estudio, evidencia que es el conjunto de estas variables sociodemográficas las que determinan la presencia del comportamiento de ruptura de reglas. Se sabe que los efectos de los elementos del contexto pueden variar, no obstante, es la participación conjunta de todas las variables sociodemográficas mencionadas, las que influyen en los comportamientos de banda estrecha de ruptura de reglas.

En la misma línea, este estudio sugiere que los ambientes donde se conjugan las variables sociodemográficas edad y grado educativo del niño, estructura familiar y personas con quien vive el niño que definen el tipo de familia, tienen una influencia directa en los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y en los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas, retraído/depresivo y quejas somáticas; así mismo, tiene un efecto directo en las relaciones interpersonales del niño y en la actitud negativa hacia los profesores. Lo referente a la edad y el grado educativo del niño, está relacionado con la pauta evolutiva que sigue la psicopatología infantil, así, los estudios han evidenciado que los problemas de conducta disminuyen con la edad, mientras que los problemas afectivos como la depresión aumentan (Aláex et al., 2000). También, se sabe que a mayor edad y grado educativo del niño hay cambios en la forma de percibir las relaciones con los adultos y los eventos del

contexto y en la capacidad de planificación y resolución de conflicto, como lo comprueba la investigación (McMahon, Wernsman y Parnes, 2006). Lo anterior, unido a la tipología familiar, como por ejemplo a tipos de familias en las que no hay claridad sobre el rol del cuidador y que por el número de personas que la conforman, todos ejercen un papel variado en la crianza de los niños, propicia mayores problemas psicológicos y especialmente los problemas de banda ancha comportamientos internalizados, como lo señalan los resultados de las investigaciones (Bayer et al., 2011; Crawford et al., 2011). Por el contrario, si los niños hacen parte de familias de padres separados, o viudos pueden presentar más comportamientos internalizados, depresión, ansiedad y baja autoestima que los niños de familias nucleares, lo que corrobora lo encontrado en otras investigaciones (Averdijk et al., 2012; Orgilés, Espada y Piñero, 2007).

Adicionalmente, los resultados muestran que la presencia conjunta de las variables sociodemográficas estrato socioeconómico y nivel educativo del cuidador se relaciona con la manifestación de los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos externalizados y los problemas psicológicos de banda estrecha de ruptura de reglas y problemas de atención. Estas variables sociodemográficas también tienen un efecto directo sobre las relaciones interpersonales y las relaciones con padres lo que finalmente está propiciando los problemas psicológicos ya mencionados. Esto confirma lo evidenciado por la investigación, que señala que las familias de bajos estratos socioeconómicos se caracterizan por el bajo nivel educativo de sus miembros, lo que altera la interacción y la relación del niño con los padres y sus relaciones interpersonales propiciando los comportamientos externalizados y los problemas de atención (Lansford et al., 2011).

Así mismo, se encontró que los cuidadores que han convivido poco tiempo con los niños como puede pasar en algunas familias compuestas o reconstituidas y de padres separados y que no tienen una ocupación o están desempleados generan en los niños comportamientos de ruptura de reglas. La ausencia de empleo o de una actividad productiva de sus miembros genera un ambiente de alto estrés y una relación inadecuada, lo que favorece los comportamientos externalizados en los niños.

Estos resultados están en línea con las investigaciones que muestran que la convivencia con los padres permite el establecimiento de un vínculo afectivo que genera estabilidad en los niños (Johnston, 2003).

Por otra parte, los resultados de este modelo también sugieren que el sexo del niño es un factor importante en la generación de problemas psicológicos, lo que corrobora lo señalado por las investigaciones que muestran que hay diferencias entre las niñas y los niños en la presentación de los comportamientos internalizados y externalizados (Achenbach y Rescorla, 2011; Rescorla et al., 2012). Así, este estudio evidencia que son las niñas las que presentan menos problemas de banda ancha comportamientos externalizados y problemas psicológicos de banda estrecha retraído/depresivo, ruptura de reglas y problemas de atención, mientras que, son los niños quienes presentan más comportamientos externalizados y menos comportamientos internalizados. Estos resultados corroboran lo encontrado por el estudio epidemiológico de la psicopatología infantil en 44 países (Rescorla et al., 2012).

Ahora bien, la presencia de los comportamientos internalizados y externalizados está dado por la relación bidireccional o la interacción mutua que se mantiene entre el contexto entendido como las variables sociodemográficas y la unión de los ambientes familiar, social y escolar. Sin embargo, es la unión de los ambientes familiar, social y escolar la que influye directamente en la presentación de los comportamientos internalizados y externalizados mientras que el efecto del contexto (variables sociodemográficas), está mediada por la unión de los ambientes familiar, social y escolar. Es decir que no son las variables sociodemográficas por sí mismas, las que propician los problemas de banda ancha y banda estrecha, sino que estas variables pueden generar dichos problemas si están en relación con los ambientes mencionados. De igual manera, los problemas de banda estrecha ansioso/depresivo y comportamiento agresivo se manifiestan solamente a través de los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y comportamientos externalizados, es decir solo si hay presencia de estos problemas de banda ancha se pueden presentar dichos comportamientos de banda estrecha, por el contrario los síndromes específicos

retraído/depresivo, quejas somáticas, comportamiento de ruptura de reglas y problemas de atención son generados por las variables sociodemográficas o por las variables del ambiente familiar, escolar y social como es el caso de los problemas de atención y de los síndromes específicos problemas sociales y problemas de pensamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, se confirma la influencia de la fusión de los ambientes familiar, escolar y social y de la integración de las variables sociodemográficas en la aparición de los comportamientos de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos. Los resultados de este modelo comprueban el efecto bidireccional entre el contexto (variables sociodemográficas) y la integración de los ambientes familiar, social y escolar y los efectos directos e indirectos del ambiente y del contexto en la presencia de la psicopatología infantil.

Por otra parte, *el modelo cognitivo social*, fue el que obtuvo el mejor ajuste de los datos en comparación con los modelos transaccional del desarrollo y el modelo de regulación emocional. Este modelo confirma los efectos directos de las atribuciones, las creencias y las expectativas de los padres con respecto a sus hijos, a sí mismos como padres y a los niños en general, en la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha y en los síndromes específicos problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención, así como, los efectos indirectos en los problemas de banda estrecha o síndromes específicos, a través de los comportamientos internalizados y externalizados.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de las investigaciones que afirman que las atribuciones, creencias y expectativas que tienen los padres sobre sus hijos, sobre sí mismos como padres y sobre todos los niños, le dan significado a su comportamiento y guían sus reacciones en la relación padres-hijos, lo que produce efectos en el comportamiento de los niños (Grusec, 2010; Hewitt, 2005), de esta manera, puede llevar a comportamientos internalizados y externalizados (Hewitt, 2005) como muestran los resultados de este estudio.

También se observa, que las creencias de los cuidadores acerca de todos los niños tienen un efecto directo sobre los problemas psicológicos de banda ancha comportamientos internalizados y en los problemas psicológicos de banda estrecha quejas somáticas; y las expectativas y atribuciones que tienen los padres acerca de todos los niños influyen sobre los problemas psicológicos de banda estrecha retraído/depresivo. Estos descubrimientos, confirman que si los cuidadores presentan creencias globales adecuadas y expectativas y atribuciones positivas acerca de los niños en general, sus hijos manifiestan menos comportamientos internalizados y menos problemas psicológicos de banda estrecha retraído/depresivo. Lo anterior, es coherente con la investigación que señala que los cuidadores que tienen creencias globales positivas, expectativas reales y atribuciones menos sesgadas acerca de todos los niños, ven a sus hijos de forma positiva y no como un estímulo aversivo, lo que hace que las relaciones padre-hijos se basen en la confianza y el apoyo (Senese et al., 2013). Lo mencionado decreta el riesgo de comportamientos internalizados (Milner, 2003; Gavita, 2011; Grusec, 2010).

En los resultados obtenidos, se aprecia igualmente que los problemas de atención reciben efectos directos e indirectos de las variables predictoras atribuciones acerca de sí mismos como padres y expectativas acerca de todos los niños, lo que indica que si hay mayor presencia de atribuciones reales acerca de sí mismos como padres y expectativas apropiadas acerca de todos los niños, estos muestran menos problemas de atención. Esto se explica porque el conocimiento y la comprensión distorsionada del desarrollo normal del niño hace que los padres esperen comportamientos que su hijo no puede ejecutar (Johnston y Ohan, 2005). Además porque los padres evalúan oportunamente las necesidades y carencias que tienen sus hijos y toman las medidas indicadas dependiendo del conocimiento que tengan sobre el desarrollo del niño como lo señala Milner (2003).

En este estudio también se encontró que las expectativas y las atribuciones acerca de sí mismo como padres tienen una influencia directa en los problemas de banda estrecha comportamientos de ruptura de reglas. Esto se puede deber a que la naturaleza de las atribuciones y expectativas de los padres acerca de sí mismos como padres, marca diferencias en las exigencias, supervisión, control y estilos

disciplinarios, que ejercen con sus hijos y esto lleva a los problemas de banda estrecha comportamientos de ruptura de reglas (Gavita et al., 2011; Lansford y Bornstein, 2011).

Adicionalmente, este modelo indica que las atribuciones acerca de los hijos tienen un efecto indirecto en el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas y en el síndrome de atención que es mediado por las atribuciones acerca de sí mismo como padre. Esto señala, que si los padres atribuyen a sus hijos la causa de sus comportamientos inadecuados y son menos flexibles para comprender su comportamiento hay mayor probabilidad que presenten comportamientos de ruptura de reglas (Azar et al., 2008) y problemas de atención (Johnston y Ohan, 2005). Es muy probable que estos padres insistirán en explicar el comportamiento de sus hijos de acuerdo con sus propias distorsiones y sesgos cognitivos lo que dispara los comportamientos negativos en los niños (Lansford y Bornstein, 2011). Seguramente, estos padres consideran que sus hijos no prestan atención porque no quieren o porque quieren molestarlos; son estrictos para que sus hijos aprendan, o para que sean hombres de bien, lo que los hace ser buenos padres. De esta forma, este tipo de atribuciones acerca de sí mismos como padres, guían su paternidad, son padres que ejercen mayor control sobre sus hijos lo que incrementa la probabilidad de comportamientos de ruptura de reglas (Bornstein y Landsford, 2010; Milner, 2000, 2003).

De igual manera, de acuerdo con los resultados de esta investigación las creencias acerca de sí mismo como padres influyen en los síndromes específicos problemas de pensamiento y ansioso/depresivo. Las creencias y actitudes de los padres hacia sí mismos se reflejan continuamente en la interacción con los hijos, lo que favorece la tendencia a que los niños adopten dicho patrón comportamental. En esta investigación se encontró que los padres tienen creencias negativas acerca de sí mismos como padres, piensan por ejemplo, que el cuidado de sus hijos se les sale de las manos, creen que les ha ido mal como padres, no saben como ser padres, cogniciones que propician poco control personal y sentimientos de inseguridad, comportamientos que pueden ser fácilmente imitados por sus niños.

Por otro lado, se identificó que la variable creencias de los padres acerca de los hijos tiene un efecto indirecto en los problemas de banda estrecha retraído/depresivo, ansioso/depresivo y quejas somáticas a través del problema psicológico de banda ancha comportamientos internalizados; estas creencias de los padres acerca de los hijos también influyen sobre los problemas de atención a través del factor cognitivo expectativas acerca de todos los niños y en el problema retraído/depresivo a través de la variable atribuciones acerca de todos los niños.

Esto indica, que las creencias que tienen los padres acerca de los hijos son el inicio de estos problemas puesto que influyen en la relación entre el niño y el padre (Bond y Burns, 2006; Senese et al., 2013). Las creencias que presentan los padres acerca de sus hijos están mediadas por las atribuciones, expectativas y creencias pre-existentes acerca de todos los niños, lo que interviene en la forma de crianza y en los estilos de interacción de los padres. Esta atribuciones, creencias y expectativas acerca de todos los niños son mediadores críticos de las estrategias disciplinarias (Milner, 2003) y por tanto, llevan a los problemas de banda estrecha mencionados.

Los resultados de este modelo cognitivo social probado, señalan también que existen efectos directos entre los factores cognitivos lo que confirma la relación dinámica que se da entre las atribuciones, creencias y expectativas acerca de los hijos, acerca de sí mismos como padres y acerca de todos los niños (Milner, 2003; Landsford y Bornstein, 2011; Samaniego, 2010). En este sentido, se demostró que las atribuciones acerca de sí mismos como padres tienen un efecto sobre las expectativas acerca de sí mismos como padres y sobre las creencias acerca de los hijos. Es decir que el razonamiento y la explicación causal que los padres o cuidadores hacen de su rol, afectan tanto lo que esperan de sí mismos, como lo que creen sobre su hijo. De igual manera, se evidenció que las atribuciones de los padres acerca de los hijos influyen en las atribuciones acerca de sí mismos como padres y en las creencias acerca de todos los niños. Esto indica, que dependiendo de las explicaciones causales que los padres hagan del comportamiento de los hijos, serán las explicaciones de su comportamiento como padres y lo que creen acerca de todos los niños, como lo

afirman Bugental y Johnston (2000). Adicionalmente, se identificó que las creencias de los padres acerca de los hijos tienen un efecto en las atribuciones y en las expectativas acerca de todos los niños, lo que comprueba la relación que existe entre las creencias globales que tienen los padres que son las relacionadas con todos los niños y las específicas que son las relacionadas con el propio hijo (Milner, 2003).

Como conclusión, este modelo cognitivo social corrobora la influencia de las atribuciones, creencias y expectativas acerca del hijo; acerca de sí mismos como padres y acerca de todos los niños en la presentación de la psicopatología infantil, debido que son factores claves en el rol que los padres ejercen como padres y por ende en la crianza de los hijos. Con base en esto, las intervenciones con los padres orientadas hacia las prácticas de crianza no son suficientes para prevenir la presencia de comportamientos internalizados y externalizados en los niños, estas intervenciones deben reorientarse hacia la modificación y transformación de la forma como los padres y cuidadores procesan la información acerca de los hijos y acerca de sí mismos como padres.

*El modelo de regulación emocional* también presentó un buen ajuste de los datos, sin embargo, en comparación con los dos modelos ya presentados es el que tiene menor predicción dado que el valor de la ratio  $\chi^2/gl$  (0.96965), es el más alto en comparación con los otros modelos. Este modelo explicó el papel de 16 indicadores de la regulación emocional en la presentación de los problemas de banda ancha y banda estrecha, que fueron el ajuste personal, el desajuste escolar, la confianza en sí mismo, el estrés social, la ansiedad, los índices de síntomas emocionales, el nivel de autoestima, la ira estado, la ira rasgo, el temperamento de ira, el control interno y externo de la ira, la expresión interna y externa de la ira, la disforia y el total de depresión o sintomatología depresiva.

Los resultados de este modelo muestran que los indicadores de regulación emocional como son los relacionados con la adaptación del niño, (ajuste personal, desajuste escolar, confianza en sí mismo, estrés social, ansiedad, autoestima e índice de síntomas emocionales), tienen un efecto directo sobre los problemas de banda

ancha comportamientos internalizados y externalizados, es decir que entre más bajo ajuste personal más problemas de banda ancha, lo que comprueba lo indicado en las investigaciones que señalan que existe una relación entre los problemas de ajuste de los niños con los problemas de comportamiento externalizados e internalizados (Eisenberg et al., 2001; Kim y Deater-Deckard, 2011; Lengua, 2003).

De igual manera, en coincidencia con los hallazgos de estudios como los de Frick y Morris (2004), de Cole et al., (2004) y Kim y Deater-Deckard (2011) que evidencian que las emociones negativas como la ira se relacionan con los comportamientos agresivos y con un amplio rango de problemas psicológicos, la presente investigación encontró que a mayor emoción de ira mayor comportamiento agresivo y de ruptura de reglas siempre y cuando haya presencia de comportamientos externalizados. Además, conforme a los encontrado por Silk et al., (2003), acerca de que la ira se relaciona con la depresión y por Rubin et al., (1995) y Kim y Deater-Deckard (2011), que identificaron la relación entre ira y ansiedad, este estudio demostró que entre más ira, menor manejo de ansiedad, más problemas de retraimiento/depresión y más quejas somáticas, siempre y cuando estén presentes los comportamientos internalizados. Estos resultados comprueban el efecto que tiene la falta de regulación y control emocional en la generación de los problemas de banda ancha y banda estrecha.

Adicionalmente, se evidencia que a mayor expresión externa de la ira mayor comportamiento de ruptura de reglas, lo que confirma lo encontrado en la investigación que señala que los niños que no son capaces de controlar sus emociones negativas tienden a expresar sus sentimientos en forma física y por lo tanto, presentan comportamientos agresivos, opositoristas, u otros comportamientos externalizados como forma de manejo de sus emociones negativas (Bradley, 2000). Este tipo de relación interfiere en el logro del ajuste personal y escolar de los niños.

De igual manera, los hallazgos de esta investigación muestran que a mayor ira estado, mayores problemas de atención y a menor control de la ira más problemas de atención. Esto concuerda con los resultados de estudios que evidencian que los niños

que tienen mejores niveles de atención tienen mejor capacidad para manejar la expresión de la ira (Batum y Yagmurlu, 2007) y con los que señalan que la atención concentrada esta asociada con menores niveles de ira (Batum y Yagmurlu, 2007; Morris et al., 2010). Este tipo de relación entre la ira y la atención afecta el ajuste comportamental y emocional de los niños. De hecho, un buen nivel de atención es un factor protector del ajuste comportamental y emocional en los niños debido a que puede moderar los efectos del afecto negativo (incluyendo la ira) en el desarrollo de problemas emocionales y comportamentales (Kim y Deater-Deckard, 2011).

En coincidencia con la investigación sobre depresión y comportamientos internalizados y externalizados (Eisenberg, 2001; Lengua, 2003), en el presente estudio se encontró que a mayor sintomatología depresiva más comportamientos internalizados y externalizados y también más problemas de atención, problemas sociales y problemas de pensamiento. Esto puede deberse a que los niños con sintomatología depresiva presentan distorsiones cognitivas que pueden afectar su interacción con otros y de igual forma sus niveles de atención. Los comportamientos agresivos y de ruptura de reglas solo se presentan si se identifican comportamientos externalizados, de igual manera, los problemas de banda estrecha retraído/depresivo, ansioso/depresivo y quejas somáticas se presentan siempre y cuando se presenten los problemas de banda ancha comportamientos internalizados. Lo anterior, se relaciona con las características de co-ocurrencia y co-morbilidad de los problemas psicológicos en los niños.

Por otro lado, la presente investigación confirma que la autoestima es un elemento esencial en el desarrollo del niño y contribuye a la mayor o menor presencia de problemas psicológicos e inestabilidad emocional, como lo señalan varios investigadores (Hosogi, Okada, Fujii, Noguchi y Watanabe, 2012). Así, este estudio muestra que a más baja autoestima mayores problemas de atención lo que es mediado por el control interno de la ira. Además, a más baja autoestima, mayor presencia de expresión externa de la ira y por ende mayor comportamiento de ruptura de reglas y a más baja autoestima más estrés social y más control interno de la ira. Probablemente

esto está dado, porque la autoestima permite una buena regulación del comportamiento (Branden, 1999, 2001; Markus & Kunda, 1986).

De igual forma, la confianza en sí mismo tiene un efecto indirecto sobre el comportamiento de ruptura de reglas mediado por la autoestima y la expresión externa de ira y en los problemas de atención mediados por la ansiedad y la ira estado. También se encuentra que a más baja confianza en sí mismo, hay más ansiedad, más estrés social y más baja autoestima, más control interno y menos control externo de la ira, más depresión, más desajuste escolar, más presencia de temperamento de ira. De igual manera, se encuentra que a menor confianza en sí mismo hay mayor problema con el ajuste personal siempre y cuando se presente más expresión externa de la ira. Lo anterior, puede explicarse porque los niños que tienen menos confianza en sí mismos terminan expresando su ira hacia las demás personas y esto interfiere en su relación interpersonal y con sus padres lo que les crea problemas y afecta su ajuste personal. Estos resultados corroboran, lo reportado por las investigaciones que afirman que los niños que confían en sus propias capacidades, no se dejan manipular, son más sensibles a las necesidades del otro y están dispuestos a defender sus principios y valores (Betancourt y Andrade, 2008), lo que les permite tener un buen ajuste escolar y una regulación de sus emociones negativas.

En relación con la emoción de la ira, se encontró que la ira estado está relacionada de forma directa con la sintomatología depresiva, de esta forma, entre más ira estado hay mayor sintomatología depresiva, es decir que la expresión emocional negativa causa alteración en el estado de ánimo, lo que corrobora que la expresión emocional negativa puede ser tanto causa como resultado de la depresión (Sanz, Schneider, Zambrana, Batista y Sánchez 2015). Ahora bien, la ansiedad tiene un efecto directo en la expresión interna de la ira y un efecto indirecto en la ira estado, así, a mayor ansiedad hay mayor expresión interna de la ira y a menor manejo de la ansiedad hay más ira estado. Una posible explicación, es que los niños ansiosos presentan alto afecto negativo y menor aceptación de sí mismos lo que les genera estados de ira, además si suprimen y dirigen la ira contra sí mismos presentarán mayor ansiedad y depresión porque no logran manejarla. En esta misma línea, el control

externo de la ira tiene un efecto directo en el índice de síntomas emocionales, lo que muestra que si hay regulación en la expresión de los sentimientos de ira, hay menos presencia de alteraciones emocionales graves.

Los resultados concernientes al ajuste personal y al desajuste escolar, revelan que la expresión externa de la ira tiene un efecto directo en el ajuste personal, de esta manera, los niños que dirigen la ira contra los objetos o personas de su entorno se caracterizan por un menor ajuste personal. Adicionalmente, el control interno de la ira tiene un efecto directo en la expresión interna de la ira y un efecto negativo en el desajuste escolar y en el temperamento de ira. Una posible explicación, es que los niños que tienen control interno de la ira utilizan estrategias acertadas para manejar esta emoción como por ejemplo la relajación lo que disminuye la reactividad emocional, permite la regulación emocional y también un menor desajuste escolar. En este sentido, se confirma una asociación entre las manifestaciones de ira con consecuencias negativas como bajo funcionamiento social, bajo rendimiento académico, desajuste psicológico y pobre salud física, que ha sido probado en las investigaciones (Hubbard y Coie (1994) y las de Zeman, Shipman y Suveg, (2002). El ajuste personal también están relacionado con la disforia, encontrándose que entre menor ajuste personal más presencia de disforia. Esto implica que si el niño se siente triste, desanimado, pesimista e irritable, tendrá problemas con las relaciones interpersonales, con la aceptación de sí mismo y se mostrará más retraído, ansioso e introvertido, porque esto afecta su autoestima y le produce estrés social. La confianza en sí mismo media estos efectos.

Es de destacar que el estrés social, tiene un efecto negativo en el temperamento de ira lo que señala que a más temperamento de ira menor manejo del estrés social. Esto puede explicarse porque los niños que tienen menor manejo del estrés social en sus interacciones con los demás y con el medio, son niños que se caracterizan por mayor reactividad emocional, lo que los hace más vulnerables a presentar más tensión e irritabilidad cuando son expuestos a estímulos estresantes.

En conclusión, este modelo de regulación emocional, corrobora que la ira, el control interno y externo, la expresión interna y externa de la ira, el temperamento de ira, el estrés social, la autoestima, la confianza en sí mismo, el ajuste personal y escolar, y la sintomatología depresiva son variables que intervienen tanto a través de efectos directos como indirectos en la generación de los problemas de banda ancha y de banda estrecha. De esta manera, las relaciones que se dan entre estas variables mencionadas y los diferentes problemas emocionales y comportamentales sugieren que los recursos psicológicos que caracterizan al niño y las habilidades que posee para afrontar apropiada y efectivamente sus emociones y afectos negativos juegan un rol clave en el desarrollo de la psicopatología infantil, aspectos que deben considerarse tanto para la prevención como para la intervención de los problemas de banda ancha y banda estrecha.

Adicionalmente, se observa que la atención es un elemento importante para el control de la ira. Seguramente, en la intervención con niños, la realización de programas orientados a desarrollar y fortalecer los niveles de atención ayudará a prevenir la presencia de respuestas emocionales como la ira y por ende la presentación de comportamientos internalizados y externalizados.

*El objetivo 5*, pretendió identificar el modelo relacional integrado con base en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional. Al respecto, se puede decir que se obtuvo un modelo relacional integrado que muestra un buen ajuste de los datos.

El modelo obtenido evidencia que las características emocionales y adaptativas del niño junto con los factores cognitivos de los padres son variables claves en la generación de los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos en niños de 8 a 12 años. De esta forma, es el conjunto de las características psicológicas estrés social, índice de síntomas emocionales, ajuste personal, temperamento de ira y depresión o sintomatología depresiva del niño y las atribuciones y las expectativas que presentan los padres acerca de los hijos, lo que

genera los problemas de banda ancha y banda estrecha y los demás síndromes específicos.

Es de considerar que la variable ajuste personal que hace parte del modelo relacional integrado que se identificó en esta investigación, es una dimensión global que abarca las relaciones con los padres y las relaciones interpersonales, variables que se consideraron de forma independiente en el análisis del modelo transaccional del desarrollo, como indicadores de los ambientes social y familiar y que demostraron ser claves en la generación de los problemas internalizados y externalizados.

El hecho que este modelo integrado evidencie dentro de la variable ajuste personal las variables relaciones con padres y relaciones interpersonales indicadoras del ambiente familiar y el social y no de forma independiente, puede estar relacionado con que los ambientes tienen una influencia poco específica en la aparición de la psicopatología infantil (Lemos, 2003). Esta falta de especificidad de los ambientes en la producción de los problemas psicológicos obviamente no significa que haya que negarle la influencia en la aparición de los mismos. Lo que se observa en este modelo integrado, es que el ambiente familiar y el social fueron incluidos en este modelo integrado como parte de la variable global ajuste personal. Por el contrario, se identifica que 5 de los indicadores de regulación emocional medidos en los niños, son los que ejercen un papel significativo en la predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha junto con las atribuciones y expectativas de los padres acerca de los hijos. Sin embargo, no se puede olvidar que es claro que estos indicadores de regulación emocional en los niños y los factores cognitivos atribuciones y expectativas de los padres acerca de los hijos, se activan ante las exigencias y características ambientales.

Los hallazgos de este modelo relacional integrado, señalan que el conjunto de las variables ya mencionadas, tiene un efecto directo sobre los comportamientos internalizados y externalizados y sobre los síndromes específicos problemas de atención, problemas sociales y problemas de pensamiento. De acuerdo con esto, si los padres presentan atribuciones sesgadas y distorsionadas y expectativas irreales e

inexactas acerca de los hijos y los niños se caracterizan por altos niveles de estrés social, altos índices de síntomas emocionales, bajo ajuste personal, sintomatología depresiva severa y mayor temperamento de ira, entonces se presentan problemas de banda ancha comportamientos internalizados, comportamientos externalizados y los síndromes específicos problemas de atención, problemas sociales y problemas de pensamiento.

Una posible explicación, es que el tipo de atribuciones y expectativas que hacen los padres acerca del hijo está determinado en parte por las características emocionales y comportamentales de los hijos (Borstein y Landsford, 2010) y varían dependiendo también de las características de los niños. De esta forma, cada interacción entre el padre y el niño puede llevar a cambios en las atribuciones y expectativas de los padres y esto a su vez producir cambios en las emociones, el nivel de estrés, el ajuste personal y en la reactividad emocional del niño (Azar, 2002; Azar et al., 2008), lo que influye en la generación de los problemas de banda ancha y banda estrecha y demás síndromes específicos. La integración de estas variables es dinámica e implica la confirmación o modificaciones continuas de las atribuciones y expectativas de los padres y el mantenimiento o modificaciones de las características psicológicas de los niños. Así, los padres pueden presentar pensamientos negativos y expectativas irreales acerca de sus hijos, que se reafirman dependiendo de las características y comportamiento que observan en ellos. Adicionalmente, del tipo de atribuciones y expectativas que tengan los padres acerca de los hijos depende de la crianza que ejerzan y esto influye en la presencia de comportamientos internalizados y externalizados y en los síndromes específicos o problemas de banda estrecha (Bugental y Grusec, 2006; Grusec, 2010).

Ahora bien, la mayor presencia de cada una de las características emocionales de los niños, que componen este modelo está relacionada con la presencia de problemas de banda ancha comportamientos internalizados o externalizados y de problemas de banda estrecha y demás síndromes específicos. De esta manera, el estrés social (Sanchez, Lambert, Cooley-Strickland, 2013); los problemas de ajuste de los niños (Eisenberg et al., 2001; Kim y Deater-Deckard, 2011; Lengua, 2003); la depresión

(Eisenberg, 2001; Lengua, 2003); el tipo de relación con los padres (Bayer, 2011; White y Renk, 2012), el temperamento de ira (Kim y Deater-Deckard, 2011) llevan a los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y externalizados y a los problemas de banda estrecha o síndromes específicos. Si estas características se integran entre sí y además se unen con las atribuciones y creencias de los padres, se potencializa el efecto directo en los problemas de banda ancha y banda estrecha como se observa en este modelo relacional integrado que se obtuvo en el presente estudio.

En esta línea, similar a los resultados encontrados por las investigaciones con respecto a que la forma como los padres piensan acerca de sus hijos afecta su comportamiento con los niños y consecuentemente la forma en que los niños se desarrollan y se comportan (Ismail et al., 2009; Laskey y Cartwright-Hatton, 2009; Mah y Johnstin, 2008; Samaniego, 2010), este modelo integrado encontró que el tipo de atribuciones de los padres juegan un papel clave en la presentación de los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y de los problemas de banda estrecha o síndromes específicos comportamiento de ruptura de reglas, quejas somáticas y problemas de atención. De esta manera, la presencia de atribuciones sesgadas y distorsionadas acerca de los hijos lleva a comportamientos de ruptura de reglas en los niños. Lo mencionado indica que si los padres presentan atribuciones sesgadas acerca de los hijos como por ejemplo, mi hijo es más difícil de educar que la mayoría de los niños, hace cosas malas para molestarme, no hace caso porque no me respeta, mi hijo es imposible de disciplinar, entonces percibe a su hijo como un niño difícil y esto predice los problemas de banda estrecha comportamientos de ruptura de reglas.

En este sentido, si los padres hacen atribuciones adecuadas acerca de los hijos entonces los niños tendrán menos comportamientos internalizados, menos problemas de atención y menos quejas somáticas. Esto se explica porque atribuciones como he llegado a pensar que mi hijo es un inútil, crean inseguridad y dependencia en los niños y hacen que los padres los perciban como una carga, percepción que el niño identifica y es generadora de comportamientos internalizados y de quejas somáticas. Lo anterior corrobora lo encontrado en la investigación (Laskey y Cartwright-Hatton, 2009).

Igualmente, este modelo integrado, muestra que variables como el estrés social, el índice de síntomas emocionales, la sintomatología depresiva y el temperamento de ira contribuyen de forma directa a la generación de los problemas de banda ancha y de banda estrecha o síndromes específicos. Así, el estrés social tiene un efecto directo en los problemas de banda estrecha quejas somáticas y problemas sociales, lo que significa que a mayor estrés social más quejas somáticas y más problemas sociales. Esto es de esperarse, puesto que a mayor estrés sienta el niño en sus interacciones con los demás, se aísla como forma de afrontamiento, para evitar exponerse al rechazo y a relaciones negativas (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y De las Cuevas, 2013). Además, el estrés social es fuente de afecto negativo lo que altera el funcionamiento físico en los niños (Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009) y lleva al desarrollo de quejas somáticas como dolores de cabeza, estreñimiento, náuseas, vómito y problemas en la piel.

Este modelo también señaló que los síntomas emocionales y el temperamento de ira, influyen de forma directa en los problemas de atención, lo que significa que a mayores niveles de síntomas emocionales más problemas de atención, de igual forma, entre más temperamento de ira más problemas de atención. Como ya se mencionó, se ha demostrado que mejores niveles de atención aumentan el afecto positivo, de esta manera un buen nivel de atención es un factor protector de los síntomas emocionales y del ajuste comportamental y emocional en los niños porque puede moderar los efectos del afecto negativo (incluyendo la ira) en el desarrollo de problemas emocionales (Eisenberg, 2001; Kim y Deater-Deckard, 2011, Lengua, 2003).

Ahora bien, los resultados de este modelo señalan que el temperamento de ira hace que los niños sean más vulnerables a la presentación de problemas de atención y al problema de banda estrecha retraído/depresivo. Se conoce que la respuesta emocional negativa de la ira es causa de alteración en el estado de ánimo (Sanz, Schneider, Zambrana, Batista y Sánchez 2015). Con respecto a la sintomatología depresiva se encontró que influye de forma directa en los comportamientos internalizados, se sabe que síntomas como la tristeza, aislarse, no hablar,

desmotivación, hacen parte de los comportamientos internalizados, lo que explica el efecto directo encontrado.

Vale la pena destacar que en este modelo integrado se identificó también que el conjunto de las características emocionales y adaptativas de los niños y de los factores cognitivos de los padres, no sólo tiene efectos directos sino también indirectos sobre los problemas de banda estrecha o síndromes específicos que son mediados por una de las variables predictoras, así por ejemplo sobre los síndromes específicos problemas sociales y quejas somáticas, mediado por el estrés social; en el problema de banda estrecha retraído depresivo mediado por el temperamento de ira; en el comportamiento de ruptura de reglas mediado por las atribuciones acerca del hijo y los comportamientos externalizados; en el problema de banda estrecha comportamiento agresivo a través de los comportamientos externalizados y en el problema de banda estrecha ansioso depresivo mediado por los comportamientos internalizados. También hay efectos indirectos negativos en el problema de banda ancha comportamientos internalizados mediado por las atribuciones acerca del hijo; en la sintomatología depresiva mediado por los índices de síntomas emocionales; en la atribuciones acerca del hijo a través del estrés social; en el temperamento de ira mediado por el índice de síntomas emocionales y en el ajuste personal a través de la variable estrés social.

Lo anterior, muestra que del conjunto de las características emocionales y adaptativas del niño y de los factores cognitivos de los padres, el estrés social, el temperamento de ira, los síntomas emocionales y las atribuciones de los padres acerca del hijo, son las que tienen mayor contribución en los problemas de banda ancha y banda estrecha dado que se comportan tanto como variables predictoras y como variables mediadoras en la cadena de relación de la psicopatología infantil y presentan tanto efectos directos como indirectos en los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos. Esto lleva a considerar que las intervenciones clínicas deben orientarse hacia el fomento de habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y control de la ira en los niños y hacia la modificación de las explicaciones causales y la percepción acerca de los hijos en los padres.

En conclusión, el modelo relacional integrado da una explicación compleja y multivariada de la predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos, a partir de la integración de las atribuciones y expectativas parentales acerca de los hijos con las características emocionales y adaptativas de los niños en la generación de los problemas de banda ancha y banda estrecha que implican transacciones dinámicas y continuas. Este modelo fundamenta desde la teoría que señala que la etiología de la psicopatología infantil es indudablemente un proceso multifactorial complejo (Ollendick y Hersen, 1999),

En *El objetivo 6*, se planteó comparar la efectividad del modelo relacional integrado, basado en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional, en la predicción de los problemas psicológicos infantiles, con la efectividad de predicción de cada modelo. Los resultados de la ecuaciones estructurales muestran que el modelo relacional integrado obtuvo un buen ajuste de los datos y que en comparación con los demás modelos la ratio  $\chi^2/\text{gl}$  (0.74257), es la más baja lo que confirma la mayor efectividad de este modelo en comparación con los modelos transaccional, cognitivo social y de regulación emocional. Los cuatro modelos obtuvieron un muy buen ajuste de los datos pero este modelo relacional integrado es el de mayor predicción según los datos estadísticos.

Como se puede ver a diferencia de los otros modelos, el modelo integrado incluye las variables de los niños y las variables de los padres, como variables predictoras de la psicopatología infantil. En comparación con los otros modelos analizados este modelo integrado se fundamenta en una perspectiva multidimensional de la psicopatología infantil en la que se tienen en cuenta características cognitivas de los padres y las características emocionales y adaptativas del niño. Desde esta visión multidimensional se puede plantear que el modelo integrado se asemeja a un modelo de diatésis- estrés o vulnerabilidad - estrés. Dentro de las características del niño se identifican las variables de temperamento de ira, estrés social, índice de síntomas emocionales y sintomatología depresiva, como variables determinantes en la explicación de los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos. Las que pueden estar en niveles bajos o altos en los niños dependiendo de

los estímulos estresores que se presenten y que puedan activar dichas características de vulnerabilidad. En este caso, los estímulos estresores principales son los factores cognitivos de los padres y las características de la zona de residencia.

No obstante, el análisis realizado a partir de los aportes de los cuatro modelos estudiados en esta investigación, muestra que aunque cada uno tiene una fundamentación clara, este modelo integrado brinda una explicación multidimensional y compleja donde tanto las características de los padres como las características de los niños son claves en la explicación de la psicopatología infantil.

*El objetivo 7*, se propuso establecer la estabilidad del modelo relacional integrado, basada en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional a través de los rangos de presentación normal, riesgo y clínico de los problemas psicológicos infantiles. Los resultados de este estudio permitieron concluir que el modelo relacional integrado se mantiene estable pero identifica las diferencias de acuerdo a los rangos de presentación normal, riesgo y clínico de los problemas psicológicos infantiles. Es decir que este es un modelo potente que permite predecir los problemas de banda ancha y banda estrecha y los síndromes específicos en cualquiera de los rangos de presentación de los mismos. En conclusión, este modelo sirve para explicar la presentación de los problemas psicológicos de banda ancha y banda estrecha a través de los rangos de presentación ya que independiente de los rangos de presentación la estructura relacional se mantiene estable, lo que señala que el conjunto de las 7 variables predictoras identificado predice los problemas de banda ancha y banda estrecha en los diferentes rangos de presentación.

*El objetivo 8*, pretendió establecer las diferencias que impone la zona de residencia (zona de vulnerabilidad baja y zona de vulnerabilidad alta) en la estabilidad de la estructura relacional, basada en el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo-social y el de regulación emocional en la predicción de los problemas psicológicos de banda ancha y estrecha o síndromes específicos.

Los resultados de esta investigación muestran que el modelo relacional integrado mantiene estabilidad al pasarlo por las zonas de residencia, lo que permite señalar, que es un modelo que soporta los cambios de contextos. De esta manera, la estructura relacional se mantiene estable pero identifica las diferencias de acuerdo con la zona de residencia. Así se observa que la variable zona de residencia, determina diferencias en cuanto a la presentación de los problemas de banda ancha comportamientos internalizados y externalizados, de los problemas de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas, del síndrome específico problema de atención y en las características de presentación de las variables predictoras temperamento de ira, sintomatología depresiva de los niños y en las atribuciones que tienen los padres acerca del hijo.

Lo anterior señala, que entre más baja sea la vulnerabilidad de la zona se presentan menos problemas de banda ancha comportamientos internalizados y comportamientos externalizados y menos problemas de atención lo que se explica porque son zonas que se caracterizan por menor presencia de estresores ambientales. Es decir, si el niño está ubicado en una zona de residencia caracterizada por menos estresores ambientales (pobreza, inseguridad, violencia, discriminación), presentará menos problemas de banda ancha y banda estrecha (DeCarlo y Wadsworth, 2011).

También se encontró que la zona de residencia determina un efecto directo sobre el problema de banda estrecha comportamiento de ruptura de reglas, lo que indica que a mayor vulnerabilidad de la zona mayor presencia de este problema de banda estrecha. Esto corrobora lo mencionado en la investigaciones sobre la clara causación ambiental en los trastornos de conducta, los comportamientos agresivos y en los comportamientos opositoristas (Cova et al., 2005). De esta forma las características de los vecindarios o zonas de vivienda son predictores de comportamientos externalizados en niños y adolescentes (White y Renk, 2012). Esto se explica porque en las zonas de residencia de alta vulnerabilidad, los niños están expuestos y conviven permanentemente con la inseguridad, la violencia, la alta criminalidad, modelos de roles que influyen en su vida y en sus comportamientos.

Adicionalmente, las exigencias y situaciones sociales a las que están expuestos los niños según la vulnerabilidad de la zona de residencia, les generan reacciones emocionales o respuestas de reactividad emocional e irritabilidad dependiendo de sus características temperamentales. Este estudio demostró un efecto directo de la zona de residencia en el temperamento de ira lo que indica que mayor vulnerabilidad de la zona, mayor presencia de respuestas de reactividad y reacción emocional. De igual forma, la presente investigación indicó que a mayor vulnerabilidad de la zona de residencia menor afecto positivo en los niños lo que implica por ende más sintomatología depresiva severa, lo que es similar con los resultados de las investigaciones que señalan que los estresores ambientales llevan a consecuencias negativas en los niños tales como síntomas de depresión, ansiedad, desempeño escolar deficiente, problemas emocionales y problemas comportamentales (DeCarlo y Wadsworth, 2011; Grant et al., 2003; Potijk, de Winter, Bos, Kerstjens, Reijneveld, 2015).

De otro lado, similar a los resultados de otras investigaciones (Landsford y Bornstein, 2011; Slagt et al., 2012), que han demostrado que las cogniciones de los padres son determinadas multicausalmente y que sus contenidos, énfasis y significados varían de acuerdo a la edad, el género, el nivel educativo y los contextos culturales en los que los padres viven, la presente investigación encontró también que la zona de residencia tiene un efecto directo en el tipo de atribuciones que hacen los padres acerca de los hijos. Esto quiere decir que si los padres viven en zonas de mayor vulnerabilidad el tipo de atribuciones que tienen son más sesgadas y distorsionadas, lo que puede explicarse por las características del ambiente y las experiencias de socialización a las que están expuestos.

En conclusión, las características de las zonas de residencia las convierten en un factor protector o en un factor de riesgo de la presentación de problemas de banda ancha y banda estrecha y por ende del ajuste personal, el desarrollo social, emocional, comportamental y cognitivo de los niños. Así, las zonas de residencia de mayor vulnerabilidad por la presencia de estresores ambientales son zonas que

influyen en la generación de los problemas de banda ancha y banda estrecha en los niños de 8 a 12 años.

## **Conclusiones**

Los resultados de este estudio señalan que la explicación de la psicopatología infantil se hace desde un modelo integrado y multidimensional, compuesto por las características emocionales y adaptativas del niño y por las características cognitivas de los padres relacionadas con las atribuciones y expectativas acerca de los hijos. Es un modelo similar al de diátesis estrés o de vulnerabilidad estrés donde las características individuales que el niño trae consigo se van a desplegar dependiendo de los estresores ambientales como son las atribuciones de los padres o cuidadores acerca del comportamiento del hijo y las características de las zonas de residencia.

La obtención del modelo integrado, no deja de lado la efectividad de los modelos teóricos transaccional del desarrollo, cognitivo social y de regulación emocional probados en este estudio, los que según los resultados mostraron también un buen ajuste de los datos. Esto permitió comprobar su aporte significativo en la explicación de los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos. Sin embargo, como el objetivo del estudio era identificar el modelo integrado a partir de los resultados de cada uno de los modelos teóricos estudiados y conocer cuál de los cuatro modelos tenía mayor predicción se logró conocer que el modelo integrado es el de mayor predicción, seguido por el modelo cognitivo social, el modelo transaccional del desarrollo y el modelo de regulación emocional.

Sin duda alguna, esta investigación, es un aporte al estudio de la psicopatología infantil para Colombia, primero porque se logró confirmar la validez y aplicación del modelo de los ocho síndromes para Colombia y segundo porque es el primer estudio realizado que prueba la efectividad de tres modelos teóricos, el modelo transaccional del desarrollo, el cognitivo social, el de regulación emocional en la explicación de los comportamientos de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos y que a partir de los resultados de estos modelos obtiene un modelo relacional integrado multidimensional que como ya se mencionó incluye las variables de los padres y las de

los niños en la explicación de los problemas de banda ancha y banda estrecha a través de los rangos de presentación normal, riesgo y clínico y de dos zonas de diferente vulnerabilidad social.

Otras fortalezas de esta investigación, que se pueden mencionar es que es un estudio con una muestra de 904 díadas niño-cuidador, de población escolar normal, lo que en Colombia ha sido escaso o inexistente, dado la complejidad que implica la participación simultánea tanto de los cuidadores como de los niños en las investigaciones. La mayoría de las investigaciones en Colombia se han realizado o solo con niños o con los padres. Esta investigación se logró realizar con los dos grupos mencionados quienes consintieron y asintieron participar voluntariamente y diligenciaron cada uno de los cuestionarios aplicados.

La participación de díadas niño-cuidador permitió contar con informantes diferentes de los constructos de interés como fueron la evaluación de los comportamientos emocionales y afectivos de los niños. Esto minimiza los sesgos de los informantes y ayuda a mantener la independencia de los constructos. Adicionalmente, se puede mencionar, que entre los instrumentos de evaluación se utilizó la forma padres CBCL colombiana, producto del estudio que fue el punto de partida de la presente investigación. Esto facilitó la comprensión en los padres y aseguró que los datos obtenidos se ajustaban a las características de la población.

El análisis estadístico empleado de las ecuaciones estructurales es fundamentado en una técnica de análisis matemático que permitió contar con una fortaleza significativa de los resultados y lograr identificar con precisión el nivel de predicción de cada uno de los modelos teóricos analizados.

A pesar de las fortalezas mencionadas también se encuentra limitaciones que son importantes mencionar por ejemplo el estudio se hizo con niños de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, de la ciudad de Bogotá, D.C., en Colombia, lo que impide generalizar los resultados a población de otros estratos socioeconómicos y de otros contextos. Aunque esta decisión se tomó porque la prevalencia de los problemas de

banda ancha y banda estrecha es más alta en la población de niveles socioeconómicos bajos, la investigación futura debe considerar estudiar la efectividad del modelo integrado multidimensional con población de niveles socioeconómicos diferentes a los trabajados en esta investigación y de otros contextos para poder conocer si es generalizable a otros grupos poblacionales. De igual manera, la investigación futura también debe preocuparse por estudiar la estabilidad del modelo integrado según sexo y edad. Para el análisis de esta última variable son necesarios estudios longitudinales que permitan entender los efectos diferenciales de la edad en los problemas de banda ancha y estrecha.

Los resultados de esta investigación tienen implicaciones significativas en la prevención de los problemas de banda ancha y banda estrecha y en la intervención clínica de los mismos, en familias y niños de estratos socioeconómicos bajos. Este estudio señala, la importancia de desarrollar intervenciones orientadas hacia la transformación y modificación de las atribuciones de los padres o cuidadores en relación con el comportamiento de los hijos, debido a que son estímulos estresores significativos en la generación de estos problemas. Así mismo, se debe potencializar los recursos de afrontamiento y la competencia social de los niños para lograr un mejor ajuste en sus ambientes familiar, escolar y social. Adicionalmente, debido a que según los resultados, la ira es una variable que tiene un efecto directo en los problemas de banda ancha y banda estrecha y también en los problemas de atención y se ha encontrado que los niños con mejores niveles de atención tienen mayor capacidad para controlar la ira, desarrollar programas orientados a fortalecer y a aumentar los lapsos de atención en los niños ayudaría a prevenir la presencia de comportamientos internalizados y externalizados.

Si bien es cierto, que el niño trae consigo ciertas características emocionales y adaptativas que lo pueden hacer más vulnerable a presentar los problemas de banda ancha y banda estrecha o síndromes específicos, éstas pueden manejarse través de intervenciones multicomponentes y multidimensionales en las que se incluyan tanto el niño como los padres, profesores y demás actores que participan en los ambientes en que se encuentra. Finalmente, debido a que el niño permanece gran parte de su tiempo

en la escuela, considerar la inclusión de los programas de intervención orientados al desarrollo de competencias sociales y de afrontamiento, en los currículos de formación, y de los programas de modificación de las cogniciones en las escuelas de padres, bajo la autorización de las entidades estatales como el ministerio de educación y el ministerio de salud, favorecerá la prevención de los comportamientos de banda ancha y de banda estrecha en los niños en etapa escolar.



## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J.D., (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49 – 74.
- Achenbach, T., M. (1985). “The child behavior profile: boys aged 6-11”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Lewis y S. Miller (Eds). *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (2009). Some Needed Changes in DSM-V: ¿But What About Children?. *Clinical Psychology Science and Practice*.16, (1), 50-53.
- Achenbach, T.M. (2011). Commentary: Definitely More Than Measurement Error: But How Should We Understand and Deal With Informant Discrepancies? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.40, (1), 80-86.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49, (3), 251–275.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. y Rescorla, L. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 194-203
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child profile*. Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the youth self – report and profile*. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School: Age Forms y Profiles. Child Behavior Checklist for ages 6 – 18, Teacher´s Report Form youth self – report an Integrated System of Multi – Informant. Assessment*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2007a). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth y Families.

- Achenbach T. M. y Rescorla L. A. (2007b) *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford Press.
- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2010). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach T. M., Rescorla L. A. e Ivanova M.Y. (2012) International epidemiology of child and adolescent psychopathology: 1. Diagnoses, dimensions, and conceptual Issues. *Journal American Academic of Child & Adolescent Psychiatry*. 51:1261-1272.
- Aláez, F., A. M., Martínez, A.R., y Rodríguez, S. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2011). Política de infancia y adolescencia en Bogotá, D.C. 2011-2021. Bogotá: Alcaldía Mayor.
- Alday, J., Alonso, V., Fernández-Calatrava, B., García-Baró, R., González- Juárez, C., Pérez-Pérez, E., y Poza, A. (2005). Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 448-455.
- Amato, P.R. y Fowler, F (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and Family*, 64, 525- 532.
- Amato, P.R. y Cheadle, J. E (2008). Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: A comparison of adopted and biological children. *Social Forces*, 86, 1139 – 1161.
- Angel, De Greiff, E., y Gómez, S. (2006). Efectividad de una intervención cognoscitivo conductual sobre el trastorno de ansiedad en niños. *Tesis de maestría*. Universidad Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia.
- Angold, A., Messer, S., Stangl, D., Farmer, E., Costello, E., y Burns, B. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, (1), 107–125.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de psiquiatría (2002). *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Cuarta edición. Barcelona: Masson S.A.
- Averdijk, M., Malti, T., Eisner, M., Ribeaud, D. (2012). Parental Separation and Child Aggressive and Internalizing Behavior: An Event History Calendar Analysis. *Child Psychiatry Human Development*, 43,184–200.
- Azar, S.T., Nix, R.L. y Makin-Byrd, K.N. (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 45-58.
- Azar, S.T., Reitz, E.B. y Goslin, M.C. (2008). Mothering: Thinking is part of the job description: Application of cognitive views to understanding maladaptive

- parenting and doing intervention and prevention work. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 295-304.
- Azar, S. T., y Rohrbeck, C. A. (1986). Child abuse and unrealistic expectations: Further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 867-868.
- Azar, S. T., y Twentyman, C. T. (1986). Cognitive behavioral perspectives on the assessment and treatment of child abuse. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*. Vol. 5, pp. 237-267. New York: Academic Press.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Walle, J., y Hoebeke, P. (2005). Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: A literature review. *European Journal of Pediatrics*, 164, 665-672.
- Bandura, A., Babaranelli, C., Caprara, G.V., y Pastorelli, C. (1996). Multifacet impact of self-efficacy on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206 - 1222. doi: 10.2307/1131888.
- Barber, C. N., Ball, J., y Armistead, L. (2003). Parent-adolescent relationship and adolescent psychological functioning in African American female adolescents: Self-esteem as a mediator. *Journal of Child and Family Studies*. 12, 361-374.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121, 65-94. [PubMed: 9000892].
- Barkley, R.A. (1998). *Attention – Deficit Hiperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. New York. U.S.A: The Guilford Press
- Batum, P., y Yagmurlu, B (2007). What counts in externalizing behaviors? The contributions of emotion and behavior regulation. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*. 25, (4), 272-294.
- Bayer, J., Rapee, R., Hiscock, H., Ukoumunne, O., Mihalopoulos, C., y Wake, M. (2011). Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. *Depression and anxiety*, 28, 50-57.
- Bradley, S.J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Bean, R.A., Barber, B.K., y Crane, D.R. (2006). Parental support, behavior control, and psychological control among African American youth: The relationships to academic grades, delinquency, and depression. *Journal of Family Issues*, 27, 1335 -1355.
- Begovac, I., Rudan, V., Skocic', M., et al. (2004). Comparison of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropolologicum*. 28, 393-401.
- Benjet, C. (2009). Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez, J., Kohn, R., Aguilar-Gaxiola, S. (Eds). *Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*. 107, 238-246.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe I., y De las Cuevas, C (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29, (1), 131-140.

- Betancourt, D., y Andrade, P (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10, (1), 29 – 48.
- Betancourt, D., y Andrade, P (2010). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. 20, (1), 27-41.
- Betts, J., Gullone, E., y Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 473–485.
- Bickett, L. R., Milich, R., y Brown, R.T (1996). Attributional styles of aggressive boys and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 457-472.
- Bornstein, M. H. (2009). Toward a Model of Culture Parent Child Transactions. In A. J. Sameroff (Eds.), *The Transactional model of development: How Children and Contexts Shape each other* (pp.139-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bornstein, M.H., Hahn, C-S y Haynes, O.M. (2011). Maternal Personality, Parenting Cognitions, and Parenting Practices. *Developmental Psychology*. 47, (3), 658–675.doi: 10.1037/a0023181
- Bornstein, M. H., y Lansford, J. E. (2010). Parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of cross-cultural developmental science. Part. 1. Domains of development across cultures* (pp. 259–277). New York, NY: Taylor y Francis Group.
- Black, D.A., Shumacher, J.A, Smith, Slep, y Heyman, R.E. (1999). *Risk factors for child physical abuse*. C.M. Allen, Editor. Retrieved from CYFER net Web Site
- Bond, L., y Burns, C. (2006). Mothers' Beliefs about Knowledge, Child Development, and Parenting Strategies: Expanding the Goals of Parenting Programs. *The Journal of Primary Prevention*, 27, (6), 555 – 571.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., y Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75, (2), 340–345.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1977b). Lewinian space and ecological substance. *Journal of Social Issues*, 3, 199-213.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Context of children of rearing: Problems and prospects *American Psychologist*, 34, (10), 844-850.
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K. A., Long, J. S (Eds.). *Testing Structural Equation Models*. (pp.136-162) Newbury Park, CA: Sage.
- Bugental, D. B., y Grusec, J. E. (2006). Socialization processes. In D. Kuhn y R. S. Siegler (Eds.), W. Damon (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (pp. 366–428). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bugental, D. B., y Happaney, K. (2002). Parental attributions. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol. 3: Being and becoming a parent* (2nd ed., pp. 509–535). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Bugental, D.B. y Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 315-344.

- Bugental, D.B., Johnston, C., y Silvester, C. (1998). Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology, 12*, (4), 459-480.
- Burt, S.A., Barnes, A.R., McGue, M., y Iacono, W.G. (2008). Parental divorce and adolescent delinquency: Ruling out the impact of common genes. *Developmental Psychology, 44*, (6), 1668 -1677.
- Campbell, L, R., Hu, J., y Oberle, S. (2006). Factors associated with future offending: Comparing youth in grandparent-headed homes with those in parent-headed homes. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*, (6), 258 – 267.
- Campbell-Sills, L., y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-560). New York: Guilford.
- Campos, J.J., Mumme, D.L., Kermoian, R., y Campos, R.G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, (2), 284–303.
- Campos, J. J., Campos, R. G., y Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology, 25*, (3), 394–402.
- Caraveo, J. Colmenares, E., y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México, 44*, (6), 492-498.
- Carthy, T., Horesh, N., Apter., y Gross. (2010). Patterns of Emotional Reactivity and Regulation in Children with Anxiety Disorders. *Journal Psychopathology Behavior Assessment, 32*, 23–36.
- Cents, R., Tiemeier, H., Luijk, M., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F., Lambregtsevan den Berg, M. (2011). Grandparental anxiety and depression predict young children's internalizing and externalizing problems. The generation R study. *Journal of Affective Disorders, 128*, (1), 95 -105.
- Centro para la prevención y control de enfermedades – CDC (2012). *Examen Nacional de Salud y nutrición (NHANES). Instituto Nacional de Salud Mental.* Disponible en <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>. Revisado en Septiembre 20, 2013.
- Chahed M. (2010). Contribution de la Child Behavior Checklist (CBCL) et de la Youth Self-Report (YSR) à l'étude des troubles émotionnels et comportementaux des enfants et des adolescents Tunisiens [Contribution of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report to the study of behavioral and emotional problems among Tunisian children and adolescents] [dissertation]. Nanterre, France: Université de Paris Ouest.
- Cicchetti, D., y Cohen, D. (Eds.). (2006). *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Theory and Method* (Vol. 1). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry, 56*, (1), 96-118.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., y Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. In A.J. Sameroff, M, Lewis, y M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology, Vol 2*, (pp.689-722). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, (2), 317–333.
- Cole, P. M., Michel, M. K., y Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2-3), 73–100.
- Coleman, P.K y Karraker, K.H. (2003). Maternal self- efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, (2), 126- 148.
- Compton, K., Snyder, J., Schrepferman, L., Bank, L., y Shortt, J. W. (2003). The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescents: A double jeopardy coercion model. *Development and Psychopathology*, 15, (1), 163–182.
- Coplan, R.J., Hastings, P.D., Lagace-Seguin, D.G., y Moulton, C.E. (2002). Authoritative and authoritarian mother's parenting goals, attributions and emotions across different childrearing contexts. *Parenting Science and Practice*, 2, 1-26.
- Costello, E. J. y Angello, A. (1995). Developmental epidemiology. En C. Cichetti y D. J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Theory and Methods*. New York: Wiley Interscience
- Costello, E., Comptom, S., Keeler, G., Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology. *Journal of the American Medical Association - JAMA*, 290, (15); 2023- 2029.
- Cova, F., Maganto, C. y Valdivia, M. (2005). Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. *Revista Chilena de Pediatría*, 76, (4), 418-424
- Crawford, N., Schrock, M., Woodruff-Borden, J. (2011). Child Internalizing Symptoms: Contributions of Child Temperament, Maternal Negative Affect, and Family Functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, (1) 53–64.doi: 10.1007/s10578-010-0202-5
- Creveling, C., Varela, J., Weems, F. y Corey, D.M. (2010). Maternal control, cognitive style, and childhood anxiety: A test of a theoretical model in a multi-ethnic sample. *Journal of Family Psychology*, 24, (4), 439-448.
- Crick, N. R., y Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66,710-722.
- Cunningham, N.R y Ollendick, T.H. (2010). Comorbidity of Anxiety and Conduct Problems in Children: Implications for Clinical Research and practice. *Clinical Child Family Psychology Review*, 13, 333-347.
- Departamento Administrativo nacional de estadística [DANE]. (2012). Encuesta nacional de calidad de vida, 2011. Bogotá –Colombia: DANE
- DeCaro, C., y Wadsworth, M. (2011). Family and Cultural Influences on Low-Income Latino Children's Adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, (2), 332 – 337.
- DeCaro, C., Wadsworth, M y Stump, J (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological

- syndrome among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32, 218-230.
- Del Barrio, V. (2008). *Tratando. Depresión infantil*. Madrid: Pirámide
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2004). *Inventario de depresión infantil CDI. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Diamond, L., y Anspinwall, L. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27, (2), 1 – 125 -156.
- Dix, T.H. (1993). Attributing dispositions to children: An interaction analysis of attribution in socialization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 633-643.
- Dix, T.H. (2000). Understanding what motivates sensitive parenting. *Psychological Inquiry*, 11, 94- 97.
- Dix, T., Ruble, D.N., Grusec, J.E. y Nixon, S. (1986). Social cognition in parents. Inferential and affective reactions to children of three age levels. *Child Development*, 57, 879-894.
- Dodge, K.A., y Pettit, G. S. (2009). A Biopsychosocial Model of the Development of Chronic Conduct Problems in Adolescence. *Development Psychology*, 39, (2), 349-371.
- Donnellan, M.B., Trzesniewski, K., Robins, R.W., Moffitt, T. E. y Caspin, A. (2005). Low Self-esteem is related to aggression, antisocial behavior and delinquency. *Psychological Science*. 16, 328-335.
- Dwairy, M., y Achoui, M. (2010). Parental Control: A Second Cross-Cultural Research on Parenting and Psychological Adjustment of Children. *Journal Child Family Studies*. 19, (1), 16-22.
- Dubow, E., Huesmann, R., Boxer, P. (2009). A Social-Cognitive-Ecological Framework for Understanding the Impact of Exposure to Persistent Ethnic–Political Violence on Children’s Psychosocial Adjustment. *Clinical Child Family Psychology Review*, 12,113–126.doi 10.1007/s10567-009-0050-7.
- Eisenberg, N., y Fabes, R. A. (1994). Mothers reactions to children’s negative emotions: Relations to children’s temperament and anger behavior. *Merrill Palmer Quarterly. Journal of Developmental Psychology*, 40, 138–156.
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., et al. (2001b). Mothers’ emotional expressivity and children’s behavior problems and social competence: Mediation through children’s regulation. *Developmental Psychology*, 37, 475–490.
- Eisenberg, N., y Morris, A. S. (2002). Children’s emotion-related regulation. In H. Reese y R. Kail (Eds.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 30, pp. 189–229). San Diego, CA: Academic Press.
- Eisenberg, N y Sulik, M. (2012). Emotion-Related Self-Regulation in Children. *Teaching of Psychology* 39, (1), 77-83
- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., et al. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children’s regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39, 3–19.

- Embregts, P., Grimbel du Bois, M., Graef, N. (2010). Behavior problems in children with mild intellectual disabilities: An initial step towards prevention. *Research in Developmental Disabilities*. 31, 1398-1403.
- Esbjörn, B.H., Bender, P.K., Reinholdt-Dunne, M.L., Munck, L.A. y Ollendick, T.H. (2012). The Development of Anxiety Disorders: Considering the Contributions of Attachment and Emotion Regulation. *Clinical Child Family Psychological Review*. 15, 129–143.
- Fanti, K. y Henrich, C. (2010). Trajectories of Pure and Co-Occurring Internalizing and Externalizing Problems From Age 2 to Age 12: Findings From the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*. 46, (5), 1159–1175.
- Farmer, E., Compton, S., Burns, B y Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, (6), 1267 – 1302.
- Fergusson, D. M., Horwood L. J. y Lloyd, M. (1991). Confirmatory factor models of attention deficit and conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*. 32, (2), 257-27
- Fergusson, D. M., Horwood, L.J., y Ridder, E.M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, (8), 837-849.
- Fitzgerald, S., Rumrill, P., y Schenker, J. (2004). Perspectives on Scientific Inquiry: Correlational designs in rehabilitation research. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 20,143-150.
- Fleming, J. y Offord, D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Flouri, E. (2010). Fathers' behaviors and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 30, 363 – 369.
- Fogel, A. (2009). ¿What is a transaction? In *The transactional model of development: How children and contexts: Shape each other*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Francis, S., y Chorpita, B. (2011). Parental Beliefs about Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy of Research (2011)* 35, 21–29. doi 10.1007/s10608-009-9255-9.
- Francis, S., Middeldorp, C.M., Dolan, C., et al. (2010). Childhood and adolescent anxiety and depression: Beyond heritability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49, 820-829.
- Fruzzetti, A., Shenk, C., y Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Journal of Development and Psychopathology*, 17, (4), 1007–1030.
- Galambos, N.L., Barker, E. T., y Almeida, D.M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, (2), 578 -594.
- Garber, J., Braafladt, N., y Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, (1), 93–115.

- García, F.A. (2001). Modelo ecológico: Modelo integral de intervención en atención temprana. Ponencia presentada en la XI Reunión interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 29 y 30 de noviembre.
- Gaskins, C., Herres, J y Kobak, R. (2012). Classroom order and student learning in late elementary school: A multilevel transactional model of achievement trajectories. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 33, 227-235. doi:10.1016/j.appdev.2012.06.002
- Gavita, O., Joyce, M., y David, D. (2011). Cognitive Behavioral Parent Programs for the Treatment of Child Disruptive Behavior. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 25, (4), 240 – 256.
- Gómez, I., Alvis, A., y Sepúlveda, M., F. (2003). Características psicométricas del instrumento Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de edad de la ciudad de Medellín. En Ferrer, A., Gómez. Y., Castrillon, D. *Investigaciones de psicología clínica cognitive comportamental en la ciudad de Medellín*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *Adaptación Española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones
- Gordis, E., Margolin, G., John, R. (2001) Parents' hostility in dyadic marital and triadic family settings and children's behavior problems. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 69, (4), 727–734. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.727>
- Gottlieb, G (2003). Probabilistic epigenesis of development. In J. Valsiner y K.J. Connolly (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Grant, K.E., Compás, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A.E., McMahon, S.D., y Halpert, J.A.(2003). Stressors and child and adolescent psychology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, (3), 447-466.
- Gresham, F., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. H. y Forness, S. (1998). Comorbidity of hyperactivity – impulsivity – inattention and conduct problems: Risk Factors in social, affective and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 393-406.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, (3), 271–299.
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, (5), 551-573.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, (6), 214-219.
- Gross, J. J. (2013). Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*.13, 1528-1534.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.

- Gross, J.J., Sheppes, G y Urry, H. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25, (5), 765-781.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Grusec, J. E. (2010). Actitudes y creencias parentales: Su impacto en el desarrollo de los niños. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/GrusecESPxp.pdf>. Consultado [septiembre 30 de 2013].
- Grusec, J.E., Goodnow, J.J. y Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211.
- Haskett, M., Scott, S., Grant, R., Ward, C., Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, (6), 663–686.doi: 10.1016/S0145-2134(03)00103-0.
- Henao, A.M., y Mahecha, J.C. (2005). Ajuste psicológico según edad y género en niños y jóvenes de estrato socioeconómico 1 y 2 de Bogotá. *Suma Psicológica*. 12, (2), 197-212.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. 4ta edición*. México: McGraw Hill.
- Herren, C., In-Albon, T., Sechneider, S. (2012). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*. 44, 53 -60.
- Hewitt, N., (2005). Factores cognoscitivos de los padres asociados a la co-ocurrencia del consumo de sustancias y el maltrato infantil a sus hijos de 7 a 12 años. *Revista Acta Colombiana de Psicología*. 13, (1), 5-25.
- Hewitt, N., Barrera, A., Carrillo, C., Perilla, S y Rey, K (2009). Comportamientos externalizados e internalizados en niños de 11 a 13 años, hijos de padres separados. *Trabajo de grado*. Especialización en Psicología Clínica. Universidad Católica de Colombia. Bogotá – Colombia.
- Hewitt, N., Jaimés, S., Vera., L.A., y Villa, M.C. (2012). Características psicométricas del cuestionario de comportamientos infantiles CBCL en niños y adolescentes colombianos. *Trabajo de Grado*. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Bogotá – Colombia.
- Hewitt, N., Moreno, J., Oliveros, E. y Pardo, A. (2010). Caracterización de comportamientos externalizados e internalizados en niños de 8 a 12 años de la localidad de Usaquén de la ciudad de Bogotá. Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental. Tunja 13 -17 de Septiembre de 2010.
- Ho, C., Bluestein, D. N. y Jenkins, J. M. (2008). Cultural differences in the relationship between parenting and children's behavior. *Developmental Psychology*, 44, 507-522.

- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J, y Johnston, C. (2006). Oppositional defiant disorder rating scale [Versión electrónica]. *Journal of emotional and behavioral disorders, 14*, 118-125.
- Hoorens, V. (2012). Expectation. En Ramachandran, V. S. *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. pp. 142–149. San Diego: Copyright Elsevier Inc. ISBN: 978-08-096180-4.
- Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *Journal of BioPsychoSocial Medicine, 6*, 1- 9. doi:10.1186/1751-0759-6-9.
- Hoza, B., Owens, J., Pelham, W., Swanson, J., Conners, C.K., Hinshaw, S., Arnold, L., Kraemer, H (2000). Parent Cognitions as Predictors of Child Treatment Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, (6), 569 - 583.
- Hu, L-T y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation Modeling. A Multidisciplinary Journal, 6*, 1-55.
- Hubarty, T.J. (2012). Emotion Regulation. In Hubarty, TJ. *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention*, pp. 77-98. New York: Springer. doi 10.1007/978-1-4614-3110-7\_4.
- Howell, E. (2004). Access to children's mental health services under Medicaid and SCHIP. Washington, DC: Urban Institute.
- Hudziak, J., Copeland, W., Stanger, C., y Wadworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 1299-1307.
- Hudziak, J., Achenbach, T.M; Althoff, R., Pine, D. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*, 16–23. doi: 10.1002/mpr.217.
- Iacobucci, D., Saldanha, N., y Deng, X., (2007). A mediation on mediation: Evidence the structural equation models perform better than regression. *Journal of Consumer Psychology. 17*, 140-154.
- Indian Council of Medical Research (2001). Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas. New Delhi, ICMR (datos inéditos).
- Ismail, N., Jo-Pei., and Ibrahim, R (2009). The Relationship between Parental Belief on Filial Piety and Child Psychosocial Adjustment among Malay Families. *Pertanika Journal Society. Science and Human. 17*, (2), 283 – 292.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L, et al. (2007c). Testing the 8-syndrome structure of the CBCL in 30 societies. *Journal of Clinic Child & Adolescent Psychology. 36*, 405-417.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L.A., et al. (2007b). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *Scholar Psychology Review. 36*, 468-483.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L.A., et al. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal Consulting Clinical Psychology. 75*, 729-738.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., et al. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-

syndrome model of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5–5. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49, 1215-1224.

- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., et al. (2011). Syndromes of preschool psychopathology reported by teachers and care givers in 14 societies using the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF). *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*. 7, 99-116.
- Ja Oh, K., Lee, S., and Park, S. (2011). The Effects of Marital Conflict on Korean Children's Appraisal of Conflict and Psychological Adjustment. *Journal of Child Family Studies* 20, (4), 444–451. doi: 10.1007/s10826-010-9411-6.
- Jiménez, M (1997). *Tratamiento psicológico de problemas infantiles*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1333.
- Johnson, V. K. (2003). Linking changes in whole family functioning and children's externalizing behavior across the elementary school years. *Journal of Family Psychology*, 17, 499–509.
- Johnston C., y Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and child with attention deficit-hyperactive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 371-382.
- Johnston, C y Ohan, J. (2005). The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit /hyperactivity and disruptive behavior disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 8, (3), 167-182.
- Johnston, C., y Patenaude, R. (1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 18, 261-275.
- Kagan, J. (1994). On the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2-3), 7–24.
- Keegan, M. (2000). Structural model of the effects of poverty on externalizing and internalizing behaviors of four to five year old children [Versión electrónica]. *Social work research*, 24, (3), 143 -154.
- Kelley, S., Whitley, D., y Campos, P. (2011). Behavior Problems in Children raised by Grandmothers: The role of caregiver distress, family resources, and the home environment. *Children and Youth Services Review*. 33, (11), 2138 – 2145.
- Kerr, D, López, N., Olson, S., y Sameroff (2004). Parental Discipline and Externalizing Behavior Problems in Early Childhood: The Roles of Moral Regulation and Child Gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32, (4) 369 -383.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity study replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, (6), 593-602.
- Kim, E., Sheridan, S., Kwon, K y Koziol, N. (2012). Parents beliefs and children's social behavioral functioning: The mediating rol of parent-teacher relationships. *Journal Psychology School*. 51, (2), 175 – 185.
- Kim, J y Deater-Deckard, K. (2011). Dynamic changes in anger, externalizing and internalizing problems: attention and regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52, (2), 156–166. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02301.x

- Klevens, J., Ardila, S., Bayón, M.C, Ramírez, C., Sierra, M., Uribe, N y Vargas, E. (1998). *Prevención primaria del maltrato infantil: ensayo controlado de cinco intervenciones*. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud.
- Klevens, J., Bayón, M.C., y Sierra, M. (2000). Risk Factors and Context of Men Who Physically Abuse in Bogotá, Colombia. *Journal Child Abuse and Neglect*, 24, (3), 323-332.
- Klimes-Dougan, B., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P. D., Kendziora, K., et al. (2007). Parental emotion socialization in adolescence: Differences in sex, age and problem status. *Social Development*, 16, (2), 326–342.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling. (2nd.Ed.). New York: Guildford.
- Kochanska, G., Murray, K.L., y Harlan, E.T. (2000). Effortful control in early childhood continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36, (2), 220-232.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, (4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Kovacs, M., y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, (1), 47-63.
- Kring, A., y Sloan, D. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. New York: Guilford Press.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffit, T.E., y Silva, P.A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal – epidemiological study. *Journal Abnormal Psychology*, 107, (2), 216-227.
- Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: España.
- Lamm, C., y Lewis, M. D. (2010). Developmental change in the neurophysiological correlates of self-regulation in high and low emotion conditions. *Developmental Neuropsychology*, 35, (2), 156–176.
- Lansford, J., y Bornstein, M. (2011). Parenting Attributions and Attitudes in Diverse Cultural Contexts: Introduction to the Special Issue. *Parenting: Science and Practice*, 11, (2-3), 87–101.
- Lansford, J. E., Criss, M. M., Laird, R. D., Shaw, D. S., Pettit, G. S., Bates, J. E., et al. (2011). Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 23, (1), 225–238.
- Larsson, B., Drugli, M.B. (2011). School competence and emotional/behavioral problems among Norwegian school children as rated by teachers on the Teacher Report Form. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 553-559.
- Laskey; B.J., y Cartwright-Hatton, S. (2009). Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships. *Child: care, health and development*, 35, (5), 717–727.

- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive motivational relational theory of emotion. *American Psychologist*, *46*, 819–834.
- Lee, E., y Stone, S. (2012). Co-Occurring Internalizing and Externalizing Behavioral Problems: The Mediating Effect of Negative Self-Concept. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*, (6), 717–731. doi: 10.1007/s10964-011-9700-4.
- Lee, E., y Bukowski, W. (2012). Co-development of internalizing and externalizing problems behaviors: Causal direction and common vulnerability. *Journal of Adolescence*, *35*, (3), 713-729.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*. *24*, (85), 19-28.
- Leve, L., Kim, H., y Pears, K. (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.
- Leventhal, T., y Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, *126*, (2), 309 – 337.
- Lewis, A.R., Zinbarg, R.E., y Durbin, C.E. (2010). Advances, problems, and challenges in the study of emotion regulation: A commentary. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 83-91.
- Liu, J (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. *17*, (3), 93-103.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., y López-Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, *21*, (3), 353-358.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., y López-Pina, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. *Anales de psicología*, *26*, (2), 325-334.
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I [Versión electrónica]. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, *39*, (12), 1468-1484.
- Lucia, V., y Breslau, N. (2006). Family cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation. *Psychiatry Research*, *141*, (2), 141–149.
- Maccoby, E. (1992). The Role of Parents in the Socialization of Children: An Historical Overview. *Developmental Psychology*. *28*, (6), 1006-1017.
- Makenzie, N., Kotch, J., Lee, L., Ausperger, A., y Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, *33*, 2392-2398.
- Magnuson K, Berger L.M. (2009). Family structure and transitions: associations with children's well- being during middle childhood. *Journal Marriage Family*, *71*, (3), 575–591.
- McCarty, C. A., Zimmerman, F. J., Digiuseppe, D. L., y Christakis, D. A. (2005). Parental emotional support and subsequent internalizing and externalizing problems among children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *26*, (4), 267–275.

- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (1988). *Practical Guide for the child behavior checklist and relate materials*. Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.
- McDonald, A. (2010). Book Review: The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape each other. *Infant Mental Health Journal*, 31, (1), 115–117.
- McMahon, S. D., Wernsman., J. & Parnes, A. L. (2006). Understanding prosocial behaviour: The impact of empathy and gender among African American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, (1), 135- 137.
- Maddux, J.E., & Gosselin, J.T. (2012). Self-efficacy. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.). *Handbook of self and identity* (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Maddux, J. E., y Volkmann, J. R. (2010). Self-efficacy and self-regulation. In R. Hoyle (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation*. New York: Wiley-Blackwell.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Martínez, L., Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXIII, (2), 163-171.
- Markon, K.E., Chmielewski, M., Miller, C., J. (2011). There liability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*. 137, 856-879.
- Martínez, M. y García, M. C. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, (1), 169 -178.
- Masson, C., Cauce, A., Gonzalez, N., Hiraga, Y., Grove, K. (1994). An Ecological Model of Externalizing, Behaviors in African-American Adolescents: No Family is an Island. *Journal of Research on adolescence*, 4, (4), 639-655.
- Méndez, F. (2007). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depression infantil*. Madrid: Pirámide.
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M. y Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*. 38, (3), 284–302.
- Meunier, J.C., y Roskam, I. (2009). Self-Efficacy Beliefs among Parents of Young Children: Validation of a Self - Report Measure. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 495-511.doi: 10.1007/s10826-008-9252-8.
- Mikami, A. (2010). The Importance of Friendship for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, (2), 181–198. doi:10.1007/s10567-010-0067-y.
- Milner, J.S. (2000). Social Information Processing and Child Physical Abuse: Theory and Research. En D.J. Hansen (Ed.), *Nebraskka Symposiun on Motivation and Child Maltreatment*. Estados Unidos de América: University of Nebraska Press.
- Milner, J.S. (2003). Social information processing in high risk and physically abusive parents. *Child and Neglect*, 27, (1), 7 – 20.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social [MSPS]. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas*. Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Protección Social, Universidad CES y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC (2010). *Situación de la salud mental del*

- adolescente, *Estudio Nacional de la Salud Mental Colombia*. Bogotá: Ministerio de protección social.
- Montero, I., y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (3), 847-862.
- Moreno, J., Escobar, A., Vera, A., Calderón, T. y Villamizar, L. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaqué. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 3, (1), 131-156.
- Moreno, H., Escobar, A., Vera, A., Beltrán y Castañeda (2009) Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psycología avances de la disciplina*, 3 (2), 109-130.
- Morita, H., Suzuki, M., Suzuki, S., Kamoshita, S. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, (3), 317-332.
- Morris, A., Silk, J., Steinberg, L., Terranova, A., y Kithakye, M. (2010). Concurrent and longitudinal links between children's externalizing behavior in school and observed anger regulation in the mother-child diad. *Journal Psychopathology Behavior Assessment*, 32, 48-56. doi: 10.1007/s10862-009-9166-9.
- Muris, P., Meesters, C., y Van Den Burg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12, (2), 171-183.
- Muris, P., y Ollendick, T. (2005). The Role of Temperament in the Etiology of Child Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, (4), 271-289. doi: 10.1007/s10567-005-8809-y.
- Muthe'n, L.K., Muthe'n, B.O. (2010). Mplus User's Guide. 6th ed. Los Angeles, California: Muthe'n and Muthe'n.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J., Sales, A., y Sancerni, M., D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24, (3), 377-383.
- National Center for Children in Poverty (2005). *Salud mental infantil: información para legisladores*. Columbia University: Mailman School of Public Health. Disponible en [www.nccp.org](http://www.nccp.org)
- Newman, A., van Lier, P., Frijas, T., Meeus, W., Koot, H. (2011). Emotional dynamics in the development of early adolescent psychopathology: A one-year longitudinal study. *Journal Abnormal Child Psychology*, 39, 657-669. doi: 10.1007/s10802-011-9509-3.
- Nishikawa, S., Hägglöf, B., y Sundbom, E. (2010). Contributions of Attachment and Self-Concept on Internalizing and Externalizing Problems among Japanese Adolescents. *Journal Child Family Studies*, 19, 344-342.
- Nolen-Hoeksema, S (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual. Review. Clinical. Psychology*, 8, 161-87.
- Offord, D., Boyle, M., Szatmari, P., Rae-Grant, N., Links, P., Cadman, D., et al. (1987). Ontario child health study: Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, (4), 832-836.
- Offord, D., Boyle, M. y Racine, Y. (2000). Ontario child health study: correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, (6), 856-860.

- Oliva, D. A., Parra, J.A., Sánchez, Q. I. y López, G. F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23, (1), 49 -56.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M. y Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, (2), 119-133.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
- Orgilés, M., Espada, J., y Piñero, J. (2007). Intervención psicológica con hijos de padres separados: Experiencia de un punto de encuentro familiar. *Anales de psicología*, 23, (2), 240-244.
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278–308). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Pearl, A., French, B., Dumas, J., Moreland, A., Prinz, R. (2014). Bidirectional Effects of Parenting Quality and Child Externalizing Behavior in Predominantly Single Parent, Under-Resourced African American Families. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (2), 177-188. doi: 10.1007/s10826-012-9692-z.
- Pelish, P. (2006). Effects of a self-esteem intervention program on school-age children. *Pediatric nursing* 32, 341-348.
- Petot, D., Petot, J. M., Achenbach, T.M. (2008). Behavioral and emotional problems of Algerian children and adolescents as reported by parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 17, 200-208.
- Petot, D., Rescorla, L, A., Petot, J.M. (2011). Agreement between parent and self reports of Algerian adolescents' behavioral and emotional problems. *Journal of Adolescence*. 34, 977-986.
- Pike, K. L., (1967). *Language in Relation to a Unified Theory of Structure of Human Behavior*. 2nd ed. Hague, Netherlands: Mouton; 1967.
- Pineda, D. A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D., y Castellanos, F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, (03), 217-222.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., y Rohde, L. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1111/jcpp.12381.
- Posner, M. I., y Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12, 427-441.
- Potijk, M., de Winter, A., Bos, A., Kerstjens, J., Reijneveld, S. (2015). Behavioural and emotional problems in moderately preterm children with low socioeconomic status: a population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 787-795. doi 10.1007/s00787-014-0623-y.
- Ramírez, C., Vejarano, M., Navarrete, G., Hewitt, N., y Quintero, P. (2007). Construcción de redes sociales en la intervención del maltrato infantil: una experiencia de participación comunitaria. *Psicología: Avances en la Disciplina*, 1, (1), 29 – 60.
- Raven, J. C., Court, J.H., y Raven, J (2001). *Raven matrices progresivas*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Renner, L.M. (2012). Intrafamilial Physical victimization and externalizing behavior problems: Who remain the “forgotten” children? *Agression and Violent Behavior, 17*, (2), 158-170.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, Almqvist, Bilenberg, Bird, Chen, Dobrean, Döpfner, Erol, Fombonne, Fonseca, Frigerio, Grietens, Hannesdottir, Kanbayashi, Lambert, Larsson, Leung, Liu, Minaei, Mulatu, Novik, Ja-oh, Roussos, Sawyer, Simsek, Steinhausen, Weintraub, Weisz, Metzke, Wolanczyk, Yang, Zilber, Zukauskienė, y Verhulst (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, (3), 130-142.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M., Harder, V., Otten, L., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Capron, C., De Pauw, S., Dias, P., Dobrean, P., Döpfner, M., Duyme, M., Valsamma, E., Erol, M., Esmaeili, E.M., Ezpeleta, L., Frigerio, A., Fung, D., Alves, G. M., Guðmundsson, H., Jeng, S., Jusiene, R., Kim, Y., Kristensen, S., Liu, J., Lecannelier, F., Leung, P., Machado, B., Montirosso, R., Oh, K., Ooi, Y., Plužek, J., Pomalima, K., Pranvera, J., Schmeck, J., Shahini, M., Silva, J., y Simsek, Z. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents’ Reports from 24 Societies. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology, 40*, (3), 456–467.
- Rescorla, L., Ivanova, M., Achenbach, T., Begovac, I., Chahed, M., Drugli, M.B., Ribas, D., Fung, D.S., Haider, M., Hansson, K., Hewitt, N., Larsson, B., Maggiolini, A., Markovic, J., Mitrovic, D., Moreira, P., Oliveira, J.T., Olsson, M., Phaik Ooi, Y., Villa, M.C., Petot, D., Pisa, C., Pomalima, R., Monzani, M., Rudan, V., Sekulic, S., Shahini, M., Silveiras, E., Szivovicza, L., Jaimes, S., Valverde, J., Vera, L.A., Viola, L., y Woo, B.S.C., (2012). International Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology: 2. Integration and Applications of Dimensional Findings from 44 Societies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*, (12), 1273 – 1283.e8.
- Rescorla, L.A., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., et al. (2012). Behavioral/ emotional problems of preschoolers: caregiver/teacher reports in 15 societies. *Journal of Emotion and Behavioral Disorders, 20*, 68-81.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Adaptación española. Madrid: Publicaciones de psicología aplicada. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J y Górriz, A. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema, 21*, (3), 459-464.
- Rocha, M.M. (2012). *Evidencias de validade do “Inventario de Autoavaliac - Sao para Adolescentes” (YSR/2001) para a Populac - Sao Brasileira* [dissertation]. Sao Paulo: Universidade de Sao Paulo.
- Rodríguez, J., Kohn, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Roelofs, J., Meesters, C., Ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behavior, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies, 15*, (3), 331–344.

- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Claustre, M., Viña, F y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22, 4, 613-618.
- Roskam, I. (2005). A comparative study of mothers' beliefs and childrearing behaviour: The effect of the child's disability and the mother's educational level. *European Journal of Psychology of Education*, XX, (2), 139-153.
- Rothbart, M., Ahadi, S., Hersey, K., Fisher, P. (2001) Investigations of temperament at three to seven years: the children's behavior questionnaire. *Journal of Child Development*, 72, (5), 1394–1408.
- Rudan, V., Begovac, I., Szirovicza, L., Filipovi, O., Skocic', M. (2005). The Child Behavior Checklist, Teacher's Report Form and Youth Self Report Problem Scales in a normative sample of Croatian children and adolescents aged 7–18. *Collegium Antropologicum*. 29, 17-26.
- Runmrrill, P. (2004). Speaking of Research. Non-manipulation quantitative designs. *Journal of Prevention, Assessment, and Rehabilitation*. 22, (3), 255-260.
- Rutter, M., Tizar, L., y Whitmore, H. (2005). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 12, 279-315.
- Sameroff, A. (1983). Developmental System: Context and evolution. En: W. Kessen (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. I. History, Theories, and Methods*, (pp. 238-294). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A. (1987). The social context of development. En: N. Eisenberg. *Contemporary topics in developmental psychology*, (pp. 273-291). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky y H.E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of infant mental health: Vol 4. Infant mental health in groups at high risk* (pp. 1 -33). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts: Shape each other*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Sameroff, A.J. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81, (1), 6–22.
- Sameroff, A. J., y Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En: F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.), *Review of Child Development Research*, 4, pp. 187–244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (1990). Transactional regulation and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., McDonough, S.C., y Rosenblum, K.L. (Eds). (2004). *Treating Early Relationship Problems: Infant, parent, and interaction therapies*. New York: Guilford Press.

- Sameroff, A.J. y MacKenzie, M.J. (2003). Capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, (03), 613 – 640.
- Samaniego, V. C. (2010). Escala de tolerancia parental hacia los comportamientos infantiles, elaboración y validación. *Revista latinoamericana de psicología*, 42, (2), 203-214.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Sanz, Y., Schneider, B., Zambrana, A., Batista, G., Sanchez, Z (2015). ¿Does Comorbid Anger Exacerbate the Rejection of Children with Depression by their School Peers?. *Child Psychiatry Human Development*, 46, 493–500. doi: 10.1007/s10578-014-0490-2.
- Schwab-Stone, M. E. y Briggs-Gown, M. J. (1998). *The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Schonberg, M. A., y Shaw, D. S. (2007). Do the predictors of child conduct problems vary by high and low levels of socioeconomic and neighborhood risk? *Journal Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, (2), 101–136.
- Secretaria de Salud de Bogotá (2012). *Diagnóstico de salud por localidad*. Bogotá: Secretaría de Salud.
- Senese, V., Bornstein, M., Haynes, O. M., Rossi, G., y Venuti, P. (2013). A cross-cultural comparison of mothers' beliefs about their parenting very Young children. *Infant Behavior and Development*, 35, (3), 479-488.
- Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behaviour. *Child Development*, 74, (6), 1869–1880.
- Sigel, I. E., y McGillicuddy-DeLisi, A.V. (2002). Parents Beliefs are cognitions: The dynamic belief systems model. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol 3: Being and Becoming a Parent* (pp.485-508). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Slagt, M., Dekovic', M., Haan, A.D., Akker, A.L.v.d., y Prinzie, P (2012). Longitudinal Associations between Mothers' and Fathers' Sense of Competence and Children's Externalizing Problems: The Mediating Role of Parenting. *Developmental Psychology*, 48, (6), 1554–1562. doi: 10.1037/a0027719.
- Slapaki, S., Cervone, N., Luzzi, A., y Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *Psicología - USF*, 7, (1), 67-76.
- Smith, G.C., y Palmieri, P. A. (2007). Risk of psychological difficulties among children raised by custodial grandparents. *Psychiatric Services*, 58, (10), 1303 – 1310.
- Smith, G.C., Palmieri, P.A., Hancock, G.R., y Richardson, R.A (2008). Custodial Grandmother's psychological distress, dysfunctional parenting, and grand – child adjustment. *International Journal of Aging and Human Development*, 76, 327 - 357.
- Snyder, J., Reid, J., y Patterson, G. (2003). A social learning model of child and adolescent antisocial behavior. In B.B. Lahey, y T.E. Moffitt y A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp.27-48). New York: Guilford Press.

- Soenens, B., Park, S. Y., Vansteenkiste, M., y Mouratidis, T. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 261–272.
- Soenens, B., y Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30, (1), 74–99.
- Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, (3), 353-358.
- Sonuga-Barke, E., y Balding, J. (1993). British parents' beliefs about the causes of three forms of childhood psychological disturbance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 367-376.
- Spear, L. P. (2000). Neurobehavioral changes in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 9, (4), 111–114.
- Spielberg, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., y Platzek, D. (1998). *Cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo en niños. Adaptación española*. Madrid: TEA ediciones.
- Steca, P., Bassi, M., Caprara, G.V., Delle Fave, A. (2011). Parents' Self-efficacy Beliefs and Their Children's Psychosocial Adaptation during Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 320–331. doi 10.1007/s10964-010-9514-9.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 69–74.
- Steinhausen, H.C. et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Sugden, K., Arsenault, L., Harrington, H.L., et al. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following victimization. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49, 30-840.
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. S., y Kendall, P. C. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 38, 390–401.
- Suveg, C., Sood, E., Hudson, J. L., y Kendall, P. C. (2008). "I'd rather not talk about it". Emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Family Psychology*, 22, 875–884.
- Suveg, C., y Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750–759.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H., Herzig, M. y Korn, S. (1964). *Behavioral individuality in early childhood*. New York: New York University Press.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. In N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and Behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 25-52.
- Tichovolsky, M., Arnold, D., y Baker, C (2013). Parents Predictor of Changes in Child Behavior Problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2013.09.001>.

- Tolan, P.H., Sherrod, L.R., Gorman-Smith, D., y Henry, D.B. (2004). Building protection, support, and opportunity for innercity children and youth and their families. In K. Matton, C. Shellenbach, B. Leadbeater, y A.Solarz (Eds), *Investigating Children, Youth, Families and Communities: Strengths-based Research and Policy* (pp. 193 -211). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tucker, L.R., Lewis, C. (1973). The reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Tur, A.M., Maestre, M. V., Del Barrio, V (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3, (3), 207-221.
- Ulu, P., y Fisiloglu, H. (2002). The relationship between Turkish children's perceptions of marital conflict and their internalizing and externalizing problems. *International Journal of Psychology*, 37, (6), 369-378.
- Urry, H., y Gross, J. (2010). Emotion Regulation in Older Age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, (6), 352,357.
- Van der Bruggen, C.O.; Stams, G.J., Bögels, S. y Paulussen-Hoogeboom (2010). Parenting Behavior as a Mediator between Young Children's Negative Emotionality and their Anxiety/Depression. *Infant and Child Development*, 19, 354-365.
- Vanassche, S., Sodermans, A.K., Matthijs, K., y Swicegood, G (2014). The Effects of Family Type, Family Relationships and Parental Role Models on Delinquency and Alcohol Use among Flemish Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23, (1), 128 – 143 doi: 10.1007/s10826-012-9699-5
- Verhulst, C., y Van der Ende, J. (1991). Four year follow-up of teacher reported problem behaviors [Versión electrónica]. *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
- Viola, L., Garrido, G., Rescorla, L.A. (2011). Testing multicultural robustness of the Child Behavior Checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *Journal Abnormal Child Psychology*. 39,897-908.
- Vite, S. A., Negrete, C, A., y Miranda, G, D. (2012). Relación mediacional de los esquemas cognitivos maternos en los problemas de comportamiento infantil. *Psicología y Salud*, 22, (1), 27-36.
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Reinhard, C., Wolff, B., Santiago, C.D., y Eihorn, L (2008). An indirect effects model of the association between poverty and child functioning: The role of children's poverty-related stress. *Journal of Loss y Trauma*, 13, 156 -185.
- Wang, J., Zhang, Y.Q., Leung, P.W.L. (2005) The application of CBCL, YSR and TRF for 12-18 years of age students in Beijing. *Chinical Mental Health Journal*. 19, 621-625.
- Webster-Stratton, C., Hollingsworth, T., y Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost- effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550–553.
- White, R y Renk, K. (2012). Externalizing behavior problems during adolescence: An ecological perspective. *Journal Child Family Study*, 21, 158-171.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., y Sanders, M.R. (2009). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of

- the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, (1), 129 – 144.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Weyerer, S., et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 290-296.
- Wolff, J.C. y Ollendick, T.H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 201-220. doi:10.1007/s10567-006-0011-3.
- Woo, B.S.C., Ng, T.P., Fung, D.S.S., Chan, Y.H., Lee, Y.P., Koh, J.B.K., et al. (2007) Emotional and behavioural problems in Singaporean children based on parent, teacher and child reports. *Singapore Medical Journal*. 48,1100-1106.
- Woolfson, L.M., Taylor, R.J., y Mooney, L (2010). Parental attributions of controllability as a moderator of the relationship between developmental disability and behaviour problems. *Child: care, health and development*, 37, (2), 184 -194.
- World Health Organization (2004). World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *Journal of American Medicine Association*. 291, 2581-2590.
- Yamamoto, Y., y Holloway, S. (2010). Parental Expectations and Children's Academic Performance in Sociocultural Context. *Education Psychology Review*, 22, 189 - 214. doi: 10.1007/s10648-010-9121-z
- Yap, M. B., Allen, N. B., y Ladouceur, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79, 1415–1431.
- Yap, M. B., Allen, N. B., y Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 180–196.
- Yap, M. B. H., Schwartz, O. S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., y Allen, N. B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 1014–1043.
- Yu, C.Y., Muthe'n, B.O. (2002). Evaluation of Model Fit Indices for Latent Variable Models with Categorical and Continuous Outcomes (*Technical Report*). Los Angeles: University of California at Los Angeles, Graduate School of Education and Information Studies.
- Zeman, J., Shipman, K y Suveg, C (2002). Anger and Sadness Regulation: Predictions to Internalizing and Externalizing Symptoms in Children. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 31, (3), 393- 398
- Zou, W., Anderson, N., y Tzey, K. (2013). Middle-class Chinese Parental Expectations for they children's education. *Procedia-Social and behavioral Sciences*, 106, 1840-1849.