



Prevención de problemas y trastornos
de conducta a través del
entrenamiento de competencias
sociales y emocionales en la infancia y
adolescencia: una revisión sistemática

Alumna: Ana Campos Pedrosa

Tutor académico: Juan Manuel Bethencourt Pérez

Cotutora: Lilisbeth Perestelo Pérez

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso académico 2019/2020

Resumen

Esta revisión sistemática tiene como objetivo evaluar en qué medida los programas de entrenamiento en competencias sociales y emocionales orientados a población infantil y adolescente son efectivos para prevenir posibles problemas y/o trastornos conductuales en edades más avanzadas. De 2895 referencias encontradas en las bases de datos y 2 encontradas a través de búsqueda libre, 12 estudios fueron incluidos tras valorar los criterios de selección y los riesgos de sesgo. La síntesis cualitativa de la evidencia científica muestra que los programas de entrenamiento en competencias sociales y emocionales podrían suponer un apoyo para la prevención de los trastornos de tipo conductual, a través de la adquisición de ciertas habilidades socioemocionales y teniendo en cuenta otras variables como las habilidades de resolución de conflictos, la actitud familiar, el ambiente en clase o la propensión al consumo de sustancias. No obstante sería interesante llevar a cabo un mayor número de estudios longitudinales que permitan establecer y/o clarificar la relación que existe entre la multitud de variables que confluyen en el desarrollo de trastornos comportamentales.

Palabras clave: problema de conducta, programa de prevención, adolescentes, niños/as, revisión sistemática.

Abstract

This systematic review aims to assess the extent to which training programs in social and emotional skills aimed at children and adolescents are effective in avoiding possible behavioral problems and disorders at older ages. Of 2895 references found in the databases and 2 found through free search, 12 studies were included after evaluating the selection criteria and the risks of bias. The qualitative synthesis of scientific evidence shows that training programs in social and emotional competences can provide support for the prevention of behavioral disorders, through the acquisition of certain socio-emotional skills and taking into account other variables such as skills of conflict resolution, the classroom environment, family attitude or propensity to substance use. However, it would be interesting to carry out a greater number of longitudinal studies that will establish and / or clarify the relationship that exists between the multitude of variables that converge in the development of behavioral disorders.

Key words: behavior problem, prevention program, adolescents, children, systematic review.

Introducción

A lo largo de la vida nos enfrentamos a retos y dificultades que debemos solventar. La manera en la que hacemos frente a estas situaciones se puede observar desde edades tempranas y, en caso de no saber gestionarlas adecuadamente pueden desembocar en problemas o trastornos de tipo conductual.

El periodo más crítico para que aparezca sintomatología emocional y comportamental ocurre durante la adolescencia (Fonseca-Pedrero et al., 2011), y si desde etapas tempranas como la infancia y la juventud aparecen problemas en la autorregulación emocional, esto se relaciona con tener mayor riesgo de desarrollar algún tipo de patología en edades más avanzadas (Laceulle et al., 2019).

Dentro del DSM-V los trastornos de tipo conductual estarían incluidos en la sección II, en concreto en el apartado de trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta, entre los que estarían el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de la conducta, el trastorno de la personalidad antisocial, la piromanía, la cleptomanía, otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y, por último, trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado (APA, 2013).

Los datos de prevalencia de trastornos conductuales a nivel mundial varían dependiendo del país. En España se ha observado que en población infantil (0-14 años), los índices de prevalencia para trastornos conductuales están en torno al 1.8%, siendo más frecuentes en niños (2.8%) que en niñas (0.7%). Además se ha observado que en las clases sociales bajas hay un aumento significativo de este tipo de trastornos (Suárez Cardona, Ichaso Hernández-Rubio, y González Yuste, 2019).

La diferencia en cuanto a la agresión respecto al género se observa en estudios como el de Salvas et al. (2014), en el que se observó una relación directa entre el conflicto en las aulas de infantil y el conflicto generalizado en el caso de los niños pero esta relación no se observó en el caso de las chicas. Este estudio además concluye que se puede prevenir el riesgo de sufrir conflictos en el aula si se llevan a cabo acciones para promover relaciones positivas entre los infantes.

Existen múltiples teorías sobre cuáles son los principales factores que hacen que determinadas personas tengan más probabilidad de sufrir algún trastorno de tipo conductual o comportamental. Webster-Stratton y Taylor (2001) proponen una clasificación de los factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo temprano de trastornos conductuales. Estos factores serían el tipo de estilo parental (baja supervisión o baja estimulación cognitiva); factores personales o individuales (bajas habilidades emocionales, déficit de atención o dificultades de aprendizaje); factores contextuales familiares (pobreza o actividad delictiva de los mismos) y factores escolares y del grupo de iguales (rechazo, respuestas poco eficaces por parte del profesorado o conductas agresivas dentro del aula).

En relación con la propuesta de Webster-Stratton y Taylor (2001), se ha observado que la violencia de padres hacia los hijos puede predisponer el desarrollo de trastornos conductuales, siendo la propia violencia la forma en la que los hijos expresan sus propias emociones y se relacionan con los demás (Bousquet et al., 2018). Otro de los aspectos con los que se han relacionado los problemas de conducta es con el estilo de resolución de conflictos y el consumo de sustancias en edades tempranas, por lo que se requiere

implementar programas de prevención (O'Neill, Clark, y Jones, 2011; Poton, Soares y Gonçalves, 2018).

Según Ortuño-Sierra et al. (2014) ante este tipo de problemáticas se deben llevar a cabo programas de detección temprana en la población más joven que ayuden a prevenir este tipo de sintomatología. Autores como Larmar, Dadds, y Shochet (2006) han mostrado a través de sus estudios la importancia de llevar a cabo entrenamientos desde edades tempranas para ayudar a mejorar las conductas prosociales, así como mejorar las estrategias de resolución de problemas. Estudios como el de Polan, Sieving, y McBorris (2013) muestran que es útil la potenciación del desarrollo de habilidades socioemocionales para reducir el riesgo de participar en peleas en las que se hace uso de la violencia física o verbal. Además llevar a cabo programas de prevención se ha relacionado con un mayor éxito en la habilidad de resolución de problemas (tanto generados por conflictos con otros como a nivel interpersonal) en niños/as en situación de exclusión social (Mata, Gómez-Pérez, y Calero, 2018). Otro aspecto por destacar de este tipo de intervenciones es el aumento del rendimiento académico o escolar (Jones, Brown, y Lawrence Aber, 2011; Kurki et al., 2015).

En este sentido, la evidencia pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo programas de prevención e intervención temprana en el ámbito académico con el fin de prevenir problemas conductuales en edades más avanzadas.

Objetivo

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar en qué medida los programas de entrenamiento en competencias sociales y emocionales orientados a población infantil y

adolescente son efectivos para prevenir posibles problemas y/o trastornos conductuales en edades más avanzadas.

Método

Estrategias de búsqueda y fuentes de información

Con el fin de conseguir el objetivo de esta revisión sistemática se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, así como una lectura crítica de los artículos encontrados en las bases de datos consultadas.

La búsqueda de bibliografía se llevó a cabo hasta febrero de 2020. Las bases de datos consultadas fueron MEDLINE, PsycInfo y Web of Science (WOS). La estrategia de búsqueda se realizó utilizando las siguientes palabras clave: (competencia social (*social competence*) OR habilidades sociales (*social skills*) OR interpersonal (*interpersonal*) OR problema de conducta (*problem behavior*) OR desorden de conducta (*disorder conduct*) OR agresión (*aggression*)) AND (niños (*children*) OR adolescentes (*adolescents*)). La búsqueda se complementó con la revisión manual de referencias de los estudios incluidos y de artículos no indexados en las bases de datos.

Criterios de selección de estudios

Se consideraron los siguientes criterios de selección para la inclusión y exclusión de los estudios: a) Participantes: Se incluyeron estudios en los que la población en la que se lleva a cabo el programa de entrenamiento es infantil y/o adolescente (entre preescolares hasta 18 años incluido), sin patologías previas. Se excluyeron estudios en los que los programas de entrenamiento de las competencias estuviesen orientados a personas adultas. b) Intervención: Se seleccionaron aquellos estudios en los que el entrenamiento

iba dirigido a la mejora de las habilidades sociales y emocionales con el fin principal de prevenir los problemas de conducta. Se excluyeron aquellos programas en los que se empleaban este tipo de intervención, pero cuyo fin último no era la prevención de estos trastornos conductuales. c) Medidas de resultado: Se incluyeron estudios en los que se incluían puntuaciones de cuestionarios y escalas validadas que midieran el cambio en competencias y aspectos emocionales, así como posibles diagnósticos en trastornos conductuales. d) Diseño: Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA) y ensayos clínicos controlados no aleatorizados (ECNA) que emplearan entrenamiento en competencias sociales y emocionales en el grupo de intervención frente a un grupo control sin tratamiento activo o con otro tipo de entrenamiento. También se incluyeron los estudios antes-después en los que se midiera el efecto del posible cambio debido al entrenamiento y los estudios piloto cuya intervención se relacione con variables conductuales. Se excluyeron revisiones y estudios observacionales.

Procesos de selección de estudios incluidos y evaluación de sesgos

Selección de estudios incluidos. Inicialmente se valoraron los títulos y abstracts de todos los artículos encontrados. Todos los artículos que no cumplían alguno de los criterios anteriores fueron eliminados. Posteriormente, los estudios preseleccionados, fueron revisados a texto completo confirmando el cumplimiento de todos los criterios de inclusión.

Evaluación de sesgos. La evaluación del riesgo de sesgos se realizó mediante la plataforma web de Fichas de Lectura Crítica (FLC 3.0). Se analizó tanto la validez interna como externa y así también la calidad del estudio, siendo los parámetros obtenidos para evaluar el sesgo: alto (riesgo bajo), medio (riesgo moderado) o bajo (riesgo alto).

Análisis y síntesis de los datos

Tras haber hecho la lectura crítica de los estudios, se organizó toda la información referente a los mismos en los siguientes aspectos: diseño, muestra, edad, programa de intervención que se implementó, recursos utilizados para evaluar esta intervención así como resultados obtenidos en los estudios. Además los datos de los estudios fueron clasificados en distintas categorías: comportamiento problemático, habilidades socioemocionales, síntomas afectivos o socioemocionales, resolución de problemas, funcionamiento académico, relaciones en el aula, actitud materna e intención de consumo de drogas. También se valoró la calidad de la evidencia de todos los estudios. Al no contar con las mismas medidas para los aspectos evaluados en todos los estudios, el tipo de análisis que se llevó a cabo fue cualitativo.

Resultados

Estudios incluidos

De 2895 referencias encontradas en las bases de datos y 2 adicionales seleccionadas a través de búsqueda manual, eliminando 881 duplicadas, 2016 artículos fueron revisados según título y abstract, 1843 fueron excluidos y 173 preseleccionadas. En un segundo análisis más exhaustivo, 161 estudios fueron excluidos por no cumplir con todos los criterios de inclusión y/o por contar con una calidad baja y alto riesgo de sesgo. Finalmente se incluyeron un total de 12 estudios (calificación de calidad “media” o “alta”) (Figura 1).

Características de los estudios

En la Tabla 1 se muestran las características principales de los 12 estudios incluidos en la revisión. Siete estudios son ECA, 4 son ECNA y 1 estudio antes-después. En lo que respecta a la calidad de los estudios, 10 estudios obtuvieron calidad media (por fallos en la aleatorización, en el cegamiento y/o en el reporte de los resultados) y 2 calidad alta. Los estudios evaluaron la efectividad de una intervención y evaluación sobre las funciones comportamentales y emocionales. Las intervenciones fueron evaluadas en niños/as desde los 12 meses hasta los 18 años.

Funciones evaluadas

Comportamiento problemático. Seis de los 12 estudios incluidos evaluaron algún aspecto relacionado con problemas en el comportamiento. Cinco ECA y 1 estudio antes-después. En 4 de estos estudios se produjo una reducción estadísticamente significativa del comportamiento o la conducta agresiva. (Baker-Henningham, 2012; Feil, 2014; O'Neill, 2011; y Williamson, 2013). En el estudio de Jones (2011), se produjo un crecimiento más progresivo en el tiempo en el comportamiento agresivo en los participantes que pertenecían al grupo de intervención frente a los que estaban incluidos en el grupo control, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Por último, en el estudio de Sinclair (2015) se señala que los participantes que formaban parte del grupo “más antisocial” mejoraron con el Tratamiento Multidimensional Foster Care (MTFC, por sus siglas en inglés *Multi-dimensional Treatment Foster Care*); sin embargo, aquellos participantes del grupo menos agresivo empeoraron con MTFC; por lo que se recomienda la evaluación y seguimiento de los participantes, con el fin de valorar posibles complicaciones o empeoramiento del comportamiento (Tabla 2).

Habilidades socioemocionales. Nueve estudios incluyeron en su investigación aspectos relacionados con las habilidades socioemocionales. Cuatro ECA, 4 ECNA y 1 estudio antes-después. La mayoría de los estudios (Baker-Henningham, 2012; Jones, 2011; Motiejūnaitė, 2017; O'Neill, 2011; Schell, 2015; y Williamson, 2013) mostraron una mejora significativa de las habilidades socioemocionales (i.e., sentido de sí mismo, toma de decisiones, habilidades interpersonales y de resolución de conflictos) en el grupo de intervención. En el estudio de Knight (2019) los resultados reflejan diferencias en la efectividad de la intervención en función quién llevara a cabo la evaluación: en los autoinformes de los estudiantes no aparecía una mejora estadísticamente significativa de las habilidades socioemocionales; sin embargo, la evaluación llevada a cabo por parte del profesorado y la evaluación global sí mostró una mejora estadísticamente significativa en la adquisición de habilidades socioemocionales. Por último, el estudio de Kirkhaug (2016) no muestra una mejora estadísticamente significativa de la intervención en la adquisición de habilidades socioemocionales (Tabla 3).

Síntomas afectivos o socioemocionales. Siete de los 12 estudios incluyeron en su investigación aspectos relacionados con la sintomatología emocional, 6 fueron ECA y 1 fue ECNA. Tres de los estudios mostraron diferencias significativas en las dificultades de conducta infantil y en comportamiento prosocial (Baker-Henningham, 2012; Feil, 2014; Schell, 2015). En los 4 estudios restantes no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en desarrollo socioemocional, problemas de externalización, síntomas depresivos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ya que en la mayoría de los casos ambos grupos obtenían beneficios independientemente de la intervención que recibieran o la mejora no se consideraba estadísticamente significativa (Hallas, 2016; Jones, 2011; Kirkhaug, 2016; O'Neill, 2011) (Tabla 4).

Resolución de problemas. El ECA de Schell (2015) evaluó los cambios en la resolución de problemas. En este estudio se produjo una mejora en las estrategias de resolución de problemas en el grupo de intervención frente al grupo control y además esta mejora permaneció cinco meses después de llevar a cabo la intervención (Tabla 5).

Funcionamiento académico. Tres estudios evaluaron algún aspecto relacionado con el funcionamiento académico (asistencia a clase o logros académicos). Dos ECA y 1 ECNA. En el estudio de Baker-Henningham (2012), gracias a la intervención, se produjo un aumento en la asistencia a clase. El estudio de Jones (2011) encontró que los niños que fueron evaluados al inicio con mayor riesgo de comportamiento problemático mostraron mejoras como resultado de la exposición al programa 4R (por sus siglas en inglés: *Reading, Writing, Respect, Resolution*) en sus logros en matemáticas y lectura, así como en los informes de los maestros sobre sus habilidades académicas en general. El estudio de Kirkhaug (2016) mostró diferencias estadísticamente significativas desde el inicio hasta el seguimiento entre las dos condiciones en el rendimiento académico (Tabla 6).

Relaciones en el aula. Tres estudios evaluaron los cambios en las relaciones en el aula, 1 ECA y 2 ECNA. Las intervenciones mostraron mejoras significativas en las habilidades para hacer amigos (Baker-Henningham, 2012) y en las relaciones entre docentes y alumnado (Kirkhaug, 2016), así como una reducción de la agresión debido al aumento en el apoyo emocional (Portnow, 2018) (Tabla 7).

Actitud materna. El ECA de Hallas (2016) evaluó la actitud materna en la que se observó una mejora significativa en el grupo de intervención en el comportamiento hacia sus hijos, aunque la interacción no fue significativa debido, probablemente, al tamaño de la muestra (Tabla 8).

Intención en el consumo de drogas. El ECA de O’Neill (2011) evaluó las intenciones de consumo en los adolescentes participantes del estudio y encontró una reducción significativa en el grupo de intervención en la intención de fumar cigarrillos y beber alcohol (Tabla 9).

Discusión

El objetivo principal de esta revisión ha sido evaluar el grado de mejora que se puede obtener a través de los programas de entrenamiento en competencias sociales y emocionales destinados a población infantojuvenil para prevenir futuros problemas o trastornos conductuales en edades más avanzadas. Los resultados muestran la relación entre los problemas de conducta y otros aspectos como las habilidades socioemocionales, la capacidad de resolución y gestión de problemas, el rendimiento académico, la relación entre iguales y adultos o la tendencia al consumo de sustancias.

La evaluación del comportamiento problemático muestra que, en algunas ocasiones, llevar a cabo programas de entrenamiento en habilidades sociales o socioemocionales producen una reducción significativa en estos tipos de comportamientos (Baker-Henningham et al., 2012; Feil et al., 2014; O’Neill, Clark, y Jones, 2011; Williamson, Dierkhising, y Guerra, 2013). En otros casos se producen reducciones en estos comportamientos en el grupo de intervención aunque no son estadísticamente significativos (Jones, Brown, y Lawrence Aber, 2011). Algunos estudios, como el de Sinclair et al. (2015), muestran que la mejoría depende del nivel de comportamiento problemático que mostraran los niños y/o adolescentes. No obstante, se requieren más estudios que exploren si estos cambios se deben al nivel del comportamiento

problemático, a otras características de los participantes y/o al programa de intervención (i.e., MTFC), y si los resultados se mantienen en el tiempo.

Respecto a la eficacia de los programas de entrenamiento y prevención en la mejora de habilidades socioemocionales la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión muestran una mejora de las mismas, aunque hay que destacar que en algunos estudios esa mejora depende de quien lleve a cabo la evaluación, ya que los autoinformes no indican cambios significativos (independientemente de la edad de los niños y jóvenes evaluados); sin embargo la evaluación que llevan a cabo los profesores sí muestra cambios significativos en la adquisición de atributos sociales y emocionales en estos mismos estudiantes (Knight et al., 2019). Con estos resultados no se puede concluir que todos los programas de entrenamiento en habilidades socioemocionales prevengan la aparición de trastornos de tipo conductual.

En relación con los síntomas afectivos, los resultados no son consistentes entre los estudios, algunos encuentran mejoras significativas (Baker-Henningham et al., 2012; Feil et al., 2014; Schell et al., 2015), mientras que en otros los programas preventivos o de mejora en competencias emocionales a pesar de que se produce una mejora, ésta no se considera estadísticamente significativa en síntomas como problemas de externalización, síntomas depresivos o TDAH (Hallas, Koslap-Petraco, y Fletcher, 2016; Jones, Brown, y Lawrence Aber, 2011; Kirkhaug et al., 2016; O'Neill, Clark, y Jones, 2011).

Respecto a si estos programas producen mejora en habilidades de resolución de problemas, solo un estudio (Schell et al., 2015) explora esta variable y concluye que se pueden obtener beneficios si se llevan a cabo programas preventivos y de capacitación desde preescolar como "*Lubo from Outer Space, Preschool Version!*", llegando incluso a

tener efectos en el comportamiento prosocial y suponiendo una medida preventiva en la adquisición de trastornos de conducta en edades más avanzadas.

Los programas de prevención y entrenamiento en habilidades han mostrado beneficios en aspectos como la asistencia a clase, logros en matemáticas y lectura o mejora en el rendimiento académico general (Jones, Brown, y Lawrence Aber, 2011; Kurki et al., 2015). Además, se ha observado mejora en las relaciones en el aula, tanto entre el grupo de iguales como con el profesorado (Baker-Henningham et al., 2012; Kirkhaug et al., 2016; Portnow, Downer, y Brown, 2018). Estos resultados reflejan la importancia de tener en cuenta el tipo de relación que se establezca entre los iguales y en el aula como un factor que puede predisponer a que se desarrollen trastornos comportamentales en edades tempranas (Webster-Straton y Taylor, 2001).

Finalmente la actitud familiar y la tendencia al consumo de sustancias, que son otros factores que aparecen reflejados en el modelo que plantean Webster-Straton y Taylor (2001), fueron evaluados en los estudios de Hallas, Koslap-Petraco, y Fletcher (2016) y O'Neill, Clark, y Jones (2011), respectivamente. En ambos casos se produjeron mejoras significativas aunque estas no son suficientes para concluir que los programas de entrenamiento o capacitación en habilidades socioemocionales mejoran la actitud de los padres hacia sus hijos o reducen el consumo de sustancias entre los jóvenes.

En general, una de las principales limitaciones de esta revisión ha sido la escasez de estudios longitudinales. Asimismo, las limitaciones metodológicas de las investigaciones complican la evaluación de su calidad, la generalización de los resultados y la elaboración de unas conclusiones robustas.

Conclusiones

Los programas de entrenamiento en competencias sociales y emocionales podrían suponer un apoyo para la prevención de los trastornos de tipo conductual, a través de la adquisición de ciertas habilidades socioemocionales y teniendo en cuenta otras variables como las habilidades de resolución de conflictos, el ambiente en clase, la actitud de la familia o la propensión al consumo de sustancias; no obstante, se requieren estudios longitudinales que corroboren estos resultados y permitan establecer y/o clarificar la relación que existe entre la multitud de variables que confluyen en el desarrollo de trastornos comportamentales.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- *Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., y Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 201(2), 101–108. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096834>
- Bousquet, E., Franc, N., Ha, C., y Purper-Ouakil, D. (2018). Troubles disruptifs intrafamiliaux: données actuelles et perspectives de traitement. *L'Encephale*, 44(2), 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.09.002>
- Boxer, P., Goldstein, S. E., Musher-Eizenman, D., Dubow, E. F., y Heretick, D. (2005). Developmental issues in school-based aggression prevention from a social-cognitive perspective. *The Journal of Primary Prevention*, 26(5), 383–400. <https://doi.org/10.1007/s10935-005-0005-9>
- *Feil, E. G., Frey, A., Walker, H. M., Small, J. W., Seeley, J. R., Golly, A., y Forness, S. R. (2014). The Efficacy of a Home-School Intervention for Preschoolers With Challenging Behaviors: A Randomized Controlled Trial of Preschool First Step to Success. *Journal of Early Intervention*, 36(3), 151–170. <https://doi.org/10.1177/1053815114566090>

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 17-25.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348>

*Hallas, D., Koslap-Petraco, M., y Fletcher, J. (2016). Social-Emotional Development of Toddlers: Randomized Controlled Trial of an Office-Based Intervention. *Journal of Pediatric Nursing*, 33, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.11.004>

*Jones, S. M., Brown, J. L., y Lawrence Aber, J. (2011). Two-year impacts of a universal schoolbased social-emotional and literacy intervention: An experiment in translational developmental research. *Child Development*, 82(2), 533–554.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01560.x>

*Kirkhaug, B., Drugli, M. B., Handegård, B. H., Lydersen, S., Åsheim, M., y Fossum, S. (2016). Does the Incredible Years Teacher Classroom Management Training programme have positive effects for young children exhibiting severe externalizing problems in school?: a quasi-experimental pre-post study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1077-1>

Kurki, K., Järvelä, S., Mykkänen, A., y Määttä, E. (2015). Investigating children's emotion regulation in socio-emotionally challenging classroom situations. *Early Child Development and Care*, 185(8), 1238–1254.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2014.988710>

*Knight, M. A., Haboush-Deloye, A., Goldberg, P. M., y Grob, K. (2019). Strategies and tools to embrace prevention with upstream programs: a novel pilot program for enhancing social and emotional protective factors in middle school students. *Children & Schools*, 41(4), 213-220. <http://doi.org/10.1093/cs/cdz020>

Larmar, S., Dadds, M. R., y Shochet, I. (2006). Successes and Challenges in Preventing Conduct Problems in Australian Preschool-Aged Children Through the Early Impact (EI) Program. *Behavior Change*, 23(2), 121-137. <https://doi.org/10.1375/bech.23.2.121>

Laceulle, O. M., Veenstra, R., Vollebergh, W., y Ormel, J. (2019). Sequences of maladaptation: Preadolescent self-regulation, adolescent negative social interactions, and young adult psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(1), 279–292. <https://doi.org/10.1017/S0954579417001808>

Mata, S., Gómez-Pérez, M. M., y Calero, M. D. (2018). Resolución de problemas interpersonales en niños en exclusión social: Valoración de un programa de entrenamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(2), 107-116. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n2.4>

*Motiejūnaitė, M., y Žardeckaitė-Matulaitienė, K. (2017). Long-term effect of social skills training program for second graders. *European Proceedings of Social & Behavioural Sciences (EpSBS)*, 30, 157-165. <http://doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.15>

*O'Neill, J. M., Clark, J. K., y Jones, J. A. (2011). Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan Model for Health. *Journal of School Health*, 81(6), 320–330. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00597.x>

Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M., y Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.003>

Polan, J. C., Sieving, R. E., y McMorris, B. J. (2013). Are young adolescents' social and emotional skills protective against involvement in violence and bullying behaviors? *Health Promotion Practice*, 14(4), 599–606. <https://doi.org/10.1177/1524839912462392>

*Portnow, S., Downer, J. T., y Brown, J. (2018). Reductions in aggressive behavior within the context of a universal, social emotional learning program: Classroom- and student-level mechanisms. *Journal of School Psychology*, 68, 38–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.12.004>

Poton, W. L., Soares, A., y Gonçalves, H. (2018). Problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e uso de substâncias na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(9), e00205917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00205917>

Salvas, M. C., Vitaro, F., Brendgen, M., Dionne, G., Tremblay, R. E., y Boivin, M. (2014). Friendship conflict and the development of generalized physical aggression in the early school years: a genetically informed study of potential moderators. *Developmental Psychology*, 50(6), 1794–1807. <https://doi.org/10.1037/a0036419>

*Schell, A., Albers, L., von Kries, R., Hillenbrand, C., y Hennemann, T. (2015). Preventing Behavioral Disorders via Supporting Social and Emotional Competence at Preschool Age. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(39), 647–654. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0647>

*Sinclair, I., Parry, E., Biehal, N., Fresen, J., Kay, C., Scott, S., y Green, J. (2015). Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: differential effects by level of initial antisocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 843–852. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0799-9>

Suárez Cardona, M., Ichaso Hernández-Rubio, M. de los S., y González Yuste, P. (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2, 165-192. <https://doi.org/10.1023/A:1011510923900>

*Williamson, A. A., Dierkhising, C. B., y Guerra, N. G. (2013). Brief report: piloting the Positive Life Changes (PLC) program for at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(3), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.004>

(*) Artículos que se han analizado en esta revisión.

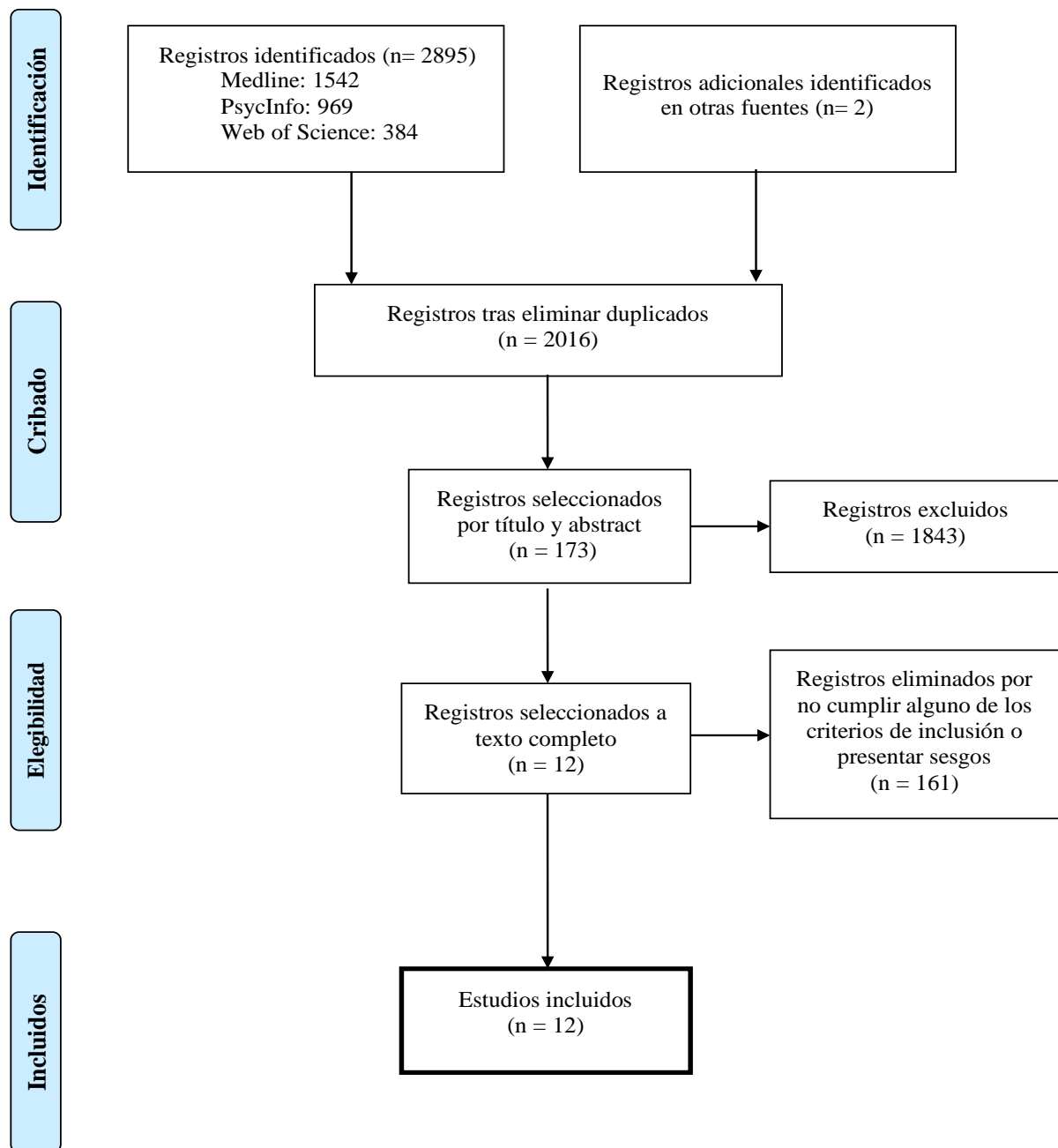


Figura 1. Diagrama de selección de estudios

Tabla 1*Características de los estudios (n= 12)*

Estudio, año y país	Diseño	Muestra y edad	Intervención	Calidad de la evidencia
Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	225 niños/a (GC = 112; GI = 113). 3-6 años	IYTT	Media
Feil, E. G. (2014). EE. UU.	ECA	126 alumnos/as y profesorado (GC = 61; GI = 65). \bar{x} = 4 años	PFS	Media
Hallas, D. (2016). EE. UU.	ECA	60 madres y sus bebés (12- 33 meses) Inicialmente GI= 29; GC= 31. Finalizaron GI= 26; GC= 25	Un programa educativo breve en DVD	Media
Jones, S. M. (2011). EE. UU.	ECA	1184 estudiantes (\bar{x} = 8.17 años) y 146 maestros/as de 18 escuelas primarias.	4Rs	Alta

Nota. 4Rs= *Reading, Writing, Respect, Resolution*. ECA= *Ensayo Controlado Aleatorizado*. GC= *grupo control*. GI= *grupo de intervención*. IYTT= *Incredible Years Teacher Training*. PFS= *Preschool First Step to Success*.

Tabla 1 (continuación)*Características de los estudios (n= 12)*

Estudio, año y país	Diseño	Muestra y edad	Intervención	Calidad de la evidencia
Kirkhaug, B. (2016). Noruega	ECNA	83 estudiantes. 6-8 años	IY-TCM	Media
Knight, M. A. (2019). EE. UU.	ECNA	59 estudiantes de secundaria (GI = 27; GC = 32). \bar{x} = 12.16 años	SEL@MS	Media
Motiejūnaitė, M. (2017). Lituania	ECNA	24 estudiantes (GI = 12; GC = 12). 7-8 años	Programa de entrenamiento en habilidades sociales	Media
O'Neill, J. M. (2011). EE. UU.	ECA	2512 estudiantes de cuarto con seguimiento hasta quinto. \bar{x} en cuarto grado = 9.56 años	MMH	Alta

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. GC= grupo control. GI= grupo de intervención. IY-TCM= *Incredible Years Teacher Classroom Management Training*. MMH= *Michigan Model for Health*. SEL@MS= *Strategies & Tools to Embrace Prevention with Upstream Programs*.

Tabla 1 (continuación)*Características de los estudios (n= 12)*

Estudio, año y país	Diseño	Muestra y edad	Intervención	Calidad de la evidencia
Portnow, S. (2018). EE. UU.	ECNA	531 estudiantes de tercer a quinto curso. \bar{x} = 9.31 años	4Rs + MTP	Media
Schell, A. (2015). Alemania	ECA	221 niños/as de (GI = 126; GC = 95) de 15 jardines de infancia. 5-6 años	“Lubo aus dem All! - Vorschulalter” (<i>Lubo from Outer Space, Preschool Version</i>).	Media
Sinclair, I. (2015). Inglaterra	ECA	212 estudiantes (GI MTFC= 88; GC TAU = 83)	MTFC	Media
Williamson, A. A. (2013). EE. UU.	Estudio antes-después	31 adolescentes (27 permanecieron). 14-18 años	PLC	Media

Nota. 4Rs= Reading, Writing, Respect, Resolution. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. GI= grupo de intervención. GC= grupo control. MTFC= *Multi-dimensional Treatment Foster Care*. MTP= *MyTeaching Partner*. PLC= *Positive Life Changes*. TAU= *Treatment as usual*.

Tabla 2

Resultados de las evaluaciones de comportamiento problemático de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Comportamiento problemático	Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	SESBI	Problemas de conducta significativamente reducidos (TE = 0.42).
	Feil, E.G. (2014). EE. UU.	ECA	(a) ABS; (b) MBI; (c) SSiS	Disminución significativa de comportamiento problemático.
	Jones, S. M. (2011). EE. UU.	ECA	<i>Behavioral Assessment System for Children</i>	En las escuelas 4R informaron un crecimiento más lento en el comportamiento agresivo de los niños (en comparación con los aumentos en las escuelas de control).
	O'Neill, J. M. (2011). EE. UU.	ECA	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>	El efecto de la intervención para el comportamiento agresivo fue estadísticamente significativo (F (5,4911.260) = 2.23, p < .05).

Nota. ABS= *Aggressive Behavior Scale*. ECA= *Ensayo Controlado Aleatorizado*. MBI= *Maladaptive Behavior Index*. SESBI= *Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory*. SSiS= *Social Skills Improvement System rating scales*. TE= *Tamaño del Efecto*.

Tabla 2 (continuación)

Resultados de las evaluaciones de comportamiento problemático de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Comportamiento problemático	Sinclair, I. (2015) Inglaterra	ECA	CGAS	<p>MTFC fue efectivo solo para aquellos jóvenes con nivel alto de comportamiento antisocial. HAG MTFC = 9.36; HAG MTFC = 5.33; $p < .05$.</p> <p>El grupo que recibió MTFC mejoró en un promedio de 9.36 puntos frente a una mejora de 5.34 puntos en el grupo que recibió TAU.</p> <p>La puntuación media en CGAS del grupo menos antisocial disminuyó 0.81 si recibió MTFC, pero mejoraron en 4 puntos si recibieron TAU.</p>

Nota. CGAS= *Children's Global Assessment Scale*. ECA= *Ensayo Controlado Aleatorizado*. HAG= *High Antisocial Group*. MTFC= *Multi-dimensional Treatment Foster Care*. TAU= *Treatment as usual*.

Tabla 2 (continuación)

Resultados de las evaluaciones de comportamiento problemático de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Comportamiento problemático	Williamson, A. A. (2013). EE.UU.	Estudio antes-después	(a) <i>What Would Make You Fight Scale</i> ; (b) <i>Self-Report of Behavior</i>	Disminución estadísticamente significativa en la propensión a la agresión (<i>d</i> de Cohen en agresión física= 0.57; <i>d</i> de Cohen en agresión verbal= 0.54)*

Nota. *Los estándares de interpretación *d* de Cohen son: <0.20 no significativo; 0.20-0.49 pequeño; 0.50–0.79 medio; 0.80 y superior o grande

Tabla 3

Resultados de las evaluaciones en habilidades socioemocionales de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Habilidades socioemocionales	Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	(a) PKBS; (b) SDQ	Aumento en las habilidades sociales informadas por el maestro (TE = 0.59).
	Jones, S. M. (2011). EE. UU	ECA	(a) Autoinforme adaptado de <i>Home Interview Questionnaire</i> ; (b) <i>Normative Beliefs about Aggression Scale</i> ; (c) <i>Social Competence Scale</i>	Durante 2 años el programa 4R informa tasas más lentas de crecimiento en sesgos de atribución hostiles y menor crecimiento en estrategias de negociación interpersonal agresivas (desde el segundo año). Además, aumento de la competencia social (en comparación con la disminución en las escuelas de control) durante dos años escolares.
	Kirkhaug, B. (2016). Noruega	ECNA	SSRS	No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las habilidades socioemocionales (p = .144).

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. PKBS= *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*. SDQ= *Strengths and Difficulties Questionnaire*. SSRS= *Social Skills Rating System*. TE= Tamaño del Efecto.

Tabla 3 (continuación)*Resultados de las evaluaciones en habilidades socioemocionales de los estudios incluidos*

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Habilidades socioemocionales	Knight, M.A. (2019). EE. UU.	ECNA	SEARS: (a) SEARS-T (b) SEARS-C (c) SEARS-A	Efectos estadísticamente significativos en la evaluación SEARS-T y la puntuación de la escala total, pero no se encontró ningún efecto significativo para las evaluaciones SEARS-C y SEARS-A ($p < .025$).
	Motiejūnaitė, M. (2017). Lituania	ECNA	(a) PSSCS; (b) SDQ-Lit	Después de 3 meses, mejora significativa de las habilidades de autocontrol ($Z = -2.18$; $p = .02$). La capacidad para resolver problemas causales ($Z = -0.58$; $p = .56$) y las habilidades de resolución de conflicto ($Z = -0.80$; $p = .42$) fueron más altas aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Nota. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. PSSCS= *Primary School Social Competence Scale*. SEARS= *Social Emotional Assets and Resilience Scales*. SDQ-Lit= *Strengths and Difficulties Questionnaire- Lithuania*. SEARS-A= autoinforme para niños jóvenes 13-18 años. SEARS-C= autoinforme para jóvenes 8-12 años. SEARS-T= subescala SEARS destinada a que el profesorado califique atributos sociales y emocionales en estudiantes (5-18 años).

Tabla 3 (continuación)*Resultados de las evaluaciones en habilidades socioemocionales de los estudios incluidos*

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Habilidades socioemocionales	O'Neill, J. M. (2011). EE.UU.	ECA	SCASS-HEAP	Efectos estadísticamente significativos en salud social y emocional (F (5,6912.736) = 4.67, p < .001), habilidades interpersonales (F (5,7112.974) = 4.76, p < .001) y habilidades de rechazo de drogas (F (5,6935.167) = 4.83, p < .001). Habilidades de autogestión no obtuvieron resultados estadísticamente significativos (F(5,6802.633) = 2.01, p < .07).
	Portnow, S. (2018). EE. UU	ECNA	(a) BASC; (b) <i>Aggression scale</i>	Reducciones en las estrategias interpersonales agresivas no predijeron la disminución de la agresión. Las estrategias de negociación interpersonal sí predijeron una menor agresión informada por los niños.

Nota. BASC= *Behavioral Assessment System for Children*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. SCASS-HEAP= *State Collaborative on Assessment and Student Standards-Health Education Assessment Project*.

Tabla 3 (continuación)*Resultados de las evaluaciones en habilidades socioemocionales de los estudios incluidos*

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Habilidades socioemocionales	Schell, A. (2015). Alemania	ECA	<i>Wally Social Skills and Problem Solving Game (Wally)</i>	La diferencia intergrupar en la mejora fue de 0.79 desviaciones estándar de la prueba de Wally (95% IC 0.13–1.46). Este efecto fue tan marcado 5 meses después (0.63, 95% IC 0.03–1.23). Las estrategias de resolución de problemas sociocognitivos en GI habían mejorado más que en GC y se prolongaron 5 meses después (0.63, 95% IC 0.03–1.23).
	Williamson, A. A. (2013). EE.UU.	Estudio antes-después	<i>Core Competency Survey</i>	* Competencias: <i>d</i> de Cohen en sentido de sí mismo = 0.41; <i>d</i> de Cohen en autocontrol = 0.22; <i>d</i> de Cohen en toma de decisiones = 0.43; <i>d</i> de Cohen en creencias morales = 0.40; <i>d</i> de Cohen en conexión prosocial = 0.12

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. GC= grupo control. GI= grupo de intervención. IC= intervalo de confianza. * Los estándares de interpretación *d* de Cohen son: <0.20 no significativo; 0.20-0.49 pequeño; 0.50–0.79 medio; 0.80 y superior o grande.

Tabla 4

Resultados de las evaluaciones en síntomas afectivos o socioemocionales de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Síntomas afectivos o socioemocionales	Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	(a) SEBSI; (b) ECBI	Beneficios significativos para las dificultades de conducta infantil informadas por el maestro (TE = 0.47) y las informadas por los padres (TE = 0.22).
	Feil, E.G. (2014). EE.UU.	ECA	(a) ABI; (b)SSiS	Mejoras significativas en comportamiento prosocial.
	Hallas, D. (2016). EE.UU.	ECA	<i>Brigance Toddler Screen</i>	Tanto el GI como el GC mostraron una mejora significativa en el desarrollo socioemocional aunque las diferencias no fueron significativas entre ambos grupos (GC 1.1, p = .001; GI 1.4, p < .001).

Nota. ABI= *Adaptive Behavior Index*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. GC= grupo control. GI= grupo de intervención. ECBI= *Eyberg Child Behavior Inventory*. SEBSI= *Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory*. SSiS= *Social Skills Improvement System rating scales*. TE= Tamaño del Efecto

Tabla 4 (continuación)

Resultados de las evaluaciones en síntomas afectivos o socioemocionales de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Síntomas afectivos o socioemocionales	Jones, S. M. (2011). EE. UU.	ECA	(a) Nueve ítems de <i>ADHD Symptomatology Scale</i> ; (b) <i>Diagnostic Interview Schedule for Children Predictive Scales</i>	Mayor disminución de síntomas depresivos y TDAH.
	Kirkhaug, B. (2016). Noruega	ECNA	(a) SESBI-R; (b) TRF: <i>Internalizing scale</i>	a) No existen diferencias entre la situación de intervención y la control en problemas de externalización ($p = .133$); (b) No existen diferencias significativas entre ambos grupos en problemas de internalización ($p = .448$).

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. SEBSI-R= *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised*. TDAH= Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. TRF= *Teacher Report Form*.

Tabla 4 (continuación)

Resultados de las evaluaciones en síntomas afectivos o socioemocionales de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Síntomas afectivos o socioemocionales	O'Neill, J. M. (2011). EE.UU.	ECA	6 ítems para evaluar comportamiento prosocial desarrollados por Bosworth y Espelage	No se encontró efecto de intervención para el comportamiento prosocial (F (5,6925.297) = 0.51, p = .77).
	Schell, A. (2015). Alemania	ECA	(a) PSBQ; (b) C-TRF	El comportamiento prosocial mejoró más en GI, con una diferencia intergrupala de 0.37 desviaciones estándar (IC del 95%: 0.05 a 0.71).

Nota. C-TRF= *Caregiver-Teacher Report Form*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. IC= intervalo de confianza. GI= grupo de intervención. PSBQ= *Preschool Social Behavior Questionnaire*.

Tabla 5*Resultados de las evaluaciones en resolución de problemas de los estudios incluidos*

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Resolución de problemas	Schell, A. (2015). Alemania	ECA	(a) <i>Wally Social Skills and Problem Solving Game (Wally)</i> ; (b) PSBQ; (c) C-TRF	Las estrategias de resolución de problemas sociocognitivos en GI habían mejorado más que en GC y este resultado se prolongó 5 meses después (0.63, 95% IC 0.03–1.23). Además, el comportamiento prosocial mejoró más en GI, con una diferencia intergrupala de 0.37 desviaciones estándar (IC del 95%: 0.05 a 0.71).

Nota. C-TRF= *Caregiver–Teacher Report Form*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. GC= grupo control. GI= grupo de intervención. IC= intervalo de confianza. PSBQ= *Preschool Social Behavior Questionnaire*.

Tabla 6

Resultados de las evaluaciones en funcionamiento académico de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Funcionamiento académico	Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	Informes de maestros y padres	Aumento de la asistencia infantil a clase (TE = 0.30).
	Jones, S. M. (2011). EE. UU.	ECA	(a) ECLS-K; (b) <i>New York State reading and math test scale scores</i> (puntuaciones de la escala de pruebas de lectura y matemáticas del estado de Nueva York)	Los niños identificados con mayor riesgo de comportamiento problemático al inicio del estudio mostraron mayores mejoras como resultado de la exposición a 4R en sus logros de matemáticas y lectura y en los informes de los maestros sobre sus habilidades académicas.
	Kirkhaug, B. (2016). Noruega	ECNA	TRF: <i>Academic performance scale</i>	Diferencias estadísticamente significativas desde el inicio hasta el seguimiento entre las dos condiciones en rendimiento académico (p = .014).

Nota. 4Rs= *Reading, Writing, Respect, Resolution*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. ECLS-K= *Early Childhood Longitudinal Study-Kindergarten*. TE= Tamaño del Efecto. TRF= *Teacher Report Form*.

Tabla 7

Resultados de las evaluaciones en relaciones en el aula de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Relaciones en el aula	Baker-Henningham, H. (2012). Jamaica	ECA	SESBI	Mayores habilidades para hacer amigos en el aula (TE = 0.74).
	Kirkhaug, B. (2016). Noruega	ECNA	STRS-SF: (a) <i>Conflict</i> (conflicto); (b) <i>Closeness</i> (cercanía)	Diferencias estadísticamente significativas en el cambio desde el inicio hasta el seguimiento entre las dos condiciones en los conflictos entre el maestro y el alumno (p = .012).
	Portnow, S. (2018). EE. UU	ECNA	CLASS	Aumento en el apoyo emocional a nivel del aula predijo menos agresión y problemas de conducta informados por los maestros, particularmente para los niños cuyo sesgo de atribución hostil disminuyó durante el año escolar.

Nota. CLASS= *Classroom Assessment Scoring System*. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. ECNA= Ensayo Controlado no Aleatorizado. SESBI= *Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory*. STRS-SF= *Student-Teacher Relationship Scale*. TE= Tamaño del Efecto.

Tabla 8*Resultado de las evaluaciones en actitud materna de los estudios incluidos*

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Actitud materna	Hallas, D. (2016). EE.UU.	ECA	TCQ	Ambos grupos mejoraron, pero solo el grupo de intervención mejoró significativamente ($p = .002$). El término de interacción no fue significativo debido, probablemente, al pequeño tamaño de la muestra.

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. TCQ= *Toddler Care Questionnaire*.

Tabla 9

Resultados de las evaluaciones en intención de consumo de drogas de los estudios incluidos

Medida evaluada	Estudio	Diseño	Evaluación	Resultados
Intención de consumo de drogas	O'Neill, J. M. (2011). EE. UU.	ECA	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>	Se encontró un efecto de intervención significativo para las intenciones de fumar cigarrillos (F (5,2786.551) = 4.02, p <.001) y beber alcohol (F (5,4297.196) = 3.04, p <.01) en los próximos 12 meses.

Nota. ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado.