



**Universidad Miguel Hernández de Elche**  
Programa de Doctorado en Deporte y Salud

**TESIS DOCTORAL**

# **Tratamiento de los trastornos emocionales en la infancia: evaluación del programa transdiagnóstico Super Skills en un contexto clínico**

**Doctoranda:**

Sara Diego Castaño

**Directora:**

Dra. Mireia Orgilés Amorós

**Codirectora:**

Dra. Alexandra Morales Sabuco

**2023**

Esta Tesis Doctoral se presenta por compendio de publicaciones siguiendo la Normativa de Estudios de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández aprobada el 9 de junio de 2022, establecida de acuerdo con el Real Decreto 99/2011, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Se hacen constar a continuación las referencias completas de los artículos científicos incluidos en el cuerpo de la presente tesis:

- Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.003>
- Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Benefits of Super Skills for Life in a Randomized Controlled Trial in Clinical Settings for Spanish Children with Comorbid Conditions. *Development and Psychopathology*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001189>

Otros artículos que forman parte de esta Tesis Doctoral:

- Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Efficacy of Super Skills for Life Transdiagnostic Program in Children with Mental Health Problems: One-Year Outcomes in a Clinical Setting. *Evaluation and Program Planning*. *En revisión*.

# Índice

Resumen .....	5
Abstract .....	8
Introducción .....	10
Materiales y métodos.....	26
Resultados .....	38
Discusión.....	48
Conclusiones.....	60
Limitaciones y desarrollos futuros .....	62
Anexos .....	83
Publicación 1.....	83
Publicación 2.....	114
Publicación 3.....	155

# Resumen

Los trastornos emocionales en la infancia, como la ansiedad, la depresión y/o los trastornos de adaptación, se encuentran entre los principales problemas de salud mental infanto-juvenil. Estos síntomas tienden a concurrir entre sí y con otro tipo de trastornos de tipo externalizante. En niños<sup>1</sup> que acuden a servicios especializados, la comorbilidad entre síntomas es mayor que en muestras no clínicas, siendo esta forma de presentación la más prevalente. La presencia de comorbilidad supone una peor respuesta al tratamiento psicológico y un mayor riesgo de cronicidad. A pesar de disponer de tratamientos empíricamente validados para los trastornos emocionales, muchos niños no reciben el tratamiento adecuado. La elevada demanda, unida a la falta de recursos en servicios públicos, se encuentra entre las razones que impiden el acceso universal a tratamientos eficaces con la intensidad necesaria. Cuando los trastornos emocionales no son tratados en la infancia existe un riesgo elevado de cronicidad, así como de desarrollo de nuevos trastornos en etapas posteriores de la vida. Como consecuencia, se incrementa la carga para los niños, las familias y los servicios sanitarios.

El objetivo de esta Tesis Doctoral fue evaluar la eficacia del programa transdiagnóstico Super Skills for Life (SSL) en formato grupal para los trastornos emocionales en la infancia aplicado dentro del marco del sistema público de salud. Para ello se llevó a cabo un ensayo clínico con una muestra de niños españoles derivados a la unidad de salud mental infanto-juvenil. Este estudio responde a tres objetivos específicos, los cuales se exponen a continuación.

El primer objetivo consistió en examinar la eficacia a corto plazo de SSL en el diagnóstico clínico y en los síntomas emocionales principales. En la **publicación 1** se abordó este objetivo comparando los cambios pretratamiento y postratamiento entre los niños que recibieron el programa grupal SSL y un grupo control lista de espera. Se encontraron reducciones estadísticamente significativas a favor del grupo experimental

---

<sup>1</sup> A lo largo del texto se utilizará la palabra *niños* para referirse a la clase *niños y niñas* sin distinción evitando desdoblamientos que dificulten la lectura.

en tasas de remisión del diagnóstico clínico, síntomas de depresión, síntomas de disforia, síntomas de ansiedad global, síntomas de ansiedad de separación, síntomas de fobia social, síntomas de fobia al daño, e inferencia de la ansiedad dentro y fuera del hogar.

El segundo objetivo comprendió el análisis de la eficacia a corto plazo de SSL en variables y síntomas comórbidos al diagnóstico como los problemas conductuales, el déficit en conductas prosociales, los problemas en la interacción con iguales, los síntomas de inatención e hiperactividad y la baja autoestima. Este objetivo se abordó mediante la **publicación 2**, en la que se compararon los resultados antes y después de la intervención con un grupo control lista de espera. Los resultados muestran que SSL, en comparación con el grupo control, mejora el nivel global de dificultades de los niños, las dificultades con los compañeros, la autoestima general y las facetas académica, social y emocional de la autoestima.

El tercer objetivo consistió en evaluar la eficacia a medio y largo plazo de SSL en las variables principales. Este objetivo queda recogido en la **publicación 3**. En esta publicación se examinó la eficacia de SSL 3, 6 y 12 meses después de la intervención a nivel de remisión de diagnóstico clínico, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, nivel general de dificultades e interferencia de la ansiedad. Los resultados evidenciaron eficacia preliminar mantenida a medio y largo plazo del tratamiento para la recuperación del diagnóstico clínico, los síntomas de ansiedad, la interferencia de la ansiedad y el nivel general de dificultades.

Los hallazgos encontrados en la presente Tesis Doctoral tienen importantes implicaciones a nivel científico y clínico, dado que: 1) contribuyen a transferir los avances de la literatura científica a la práctica clínica, 2) suponen un progreso en el tratamiento de los trastornos emocionales en contextos clínicos, 3) proporcionan evidencia científica acerca de la eficacia del abordaje transdiagnóstico grupal de los trastornos emocionales, 4) fomentan la investigación de tratamientos eficaces dentro de la práctica clínica habitual, y 5) promueven el acceso universal a intervenciones empíricamente validadas para los trastornos emocionales en la infancia.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, comorbilidad, trastorno, diagnóstico, clínica, infancia, tratamiento, transdiagnóstico, Super Skills for Life

# Abstract

Anxiety, depression, and adjustment disorders are among the most important emotional disorders in childhood. Emotional symptoms are usually comorbid and occur with other symptoms or disorders, such as externalizing symptoms. Children attending specialized services have higher comorbidity rates than children in community samples. In fact, comorbidities are the main requirement. The presence of a comorbidity is associated with poorer psychological treatment outcomes and a higher risk of chronification. Although there are well-established treatments for emotional disorders, many children remain untreated or receive treatment options of insufficient intensity. There are several reasons for these limitations, such as a lack of resources in specialized services and a high need for treatment. Untreated emotional disorders in children lead to an increased risk of chronification and the development of mental health disorders in childhood, adolescence, or adulthood. Therefore, the child, family and sanitary burdens increased.

The main objective of this Doctoral Thesis was to investigate the effectiveness of the Super Skills for Life (SSL) group modality transdiagnostic treatment for emotional disorders integrated into the routine clinical practice of the national public health system. To this end, a clinical trial was conducted with children attending the child and adolescent mental health services. The specific objectives of the clinical study are contained in the three publications described below.

The first objective was to examine the short-term effectiveness of SSL in diagnosing remission and emotional symptoms. Therefore, in **publication 1**, changes from pre- to post-treatment between children participating in SSL and children in a wait-listed control group (WLC) were compared. Statistically significant reductions in remission rates of clinical diagnoses, depression, dysphoria, anxiety, separation anxiety, social anxiety, fear of physical injuries, and anxiety life interference were found in children who participated in SSL.



The second objective was to analyze the short-term efficacy of SSL for comorbid symptoms such as behavioral problems, prosocial behaviors, peer problems, inattention/hyperactive symptoms, and low self-esteem. **Publication 2** was made to achieve this goal by comparing changes before and after treatment in SSL versus a WLC. The results showed that SSL reduced global difficulties and peer problems, and increased global, academic, social, and emotional self-esteem.

The third objective was to examine the mid- and long-term efficacy of SSL in relation to the main clinical variables. Consequently, **publication 3** tested the benefits of SSL at 3-month, 6-month, and 12-month follow-up for diagnostic remission, depression symptoms, anxiety symptoms, global difficulties, and anxiety life interference. The results indicated that SSL brings medium- and long-term sustained benefits in remission of the diagnosis, anxiety symptoms, anxiety life interference, and global difficulties.

The findings derived from the present Doctoral Thesis have important implications on a clinical and scientific level because: 1) they promote the transfer of novelties from the scientific literature to clinical practice, 2) they impart knowledge about the treatment of emotional disorders in clinical contexts, 3) they provide more scientific evidence for the effectiveness of the group transdiagnostic approach in emotional disorders in children, 4) they represent an advance in research on treatment efficacy in routine clinical practice, and 5) they contribute to improved universal access to well-established treatments for childhood emotional disorders.

**Keywords:** anxiety, depression, comorbidity, disorder, diagnosis, clinical, children, treatment, transdiagnostic, Super Skills for Life

# Introducción

## Los trastornos emocionales en la infancia

Los trastornos emocionales en la infancia engloban todos aquellos diagnósticos de salud mental infanto-juvenil en los que aparecen síntomas de ansiedad y del estado de ánimo así como otros síntomas relacionados, como los síntomas somáticos o disociativos (Bullis et al., 2015). La depresión en la infancia tiene manifestaciones diferenciales respecto a la adultez, siendo frecuente que el estado de ánimo deprimido se presente como un comportamiento irritable (Del Barrio, 2015). No es de extrañar pues que los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia sean la ansiedad, la depresión y los problemas de conducta (Wolf et al., 2022).

Entre los trastornos de ansiedad en la infancia encontramos el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, la ansiedad social, el mutismo selectivo, el trastorno de pánico y la agorafobia. Los datos de prevalencia sitúan a las fobias específicas, la ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y la ansiedad social como los más frecuentes (Canals et al., 2019; Orgilés, Méndez, Espada et al., 2012; Palitz y Kendall, 2020; Voltas et al., 2017).

Los trastornos depresivos presentes en la infancia suelen incluir el trastorno depresivo persistente y el trastorno depresivo mayor. Estos trastornos suelen diagnosticarse en la preadolescencia, sin embargo, los síntomas depresivos a menudo comienzan a observarse antes, alrededor de los 7-8 años (Whalen et al., 2016).

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos, se encuentran entre los principales problemas de salud mental en niños y adolescentes, con prevalencias internacionales del 5-20% para los trastornos ansiosos (Orgilés, Garrigós et al., 2020) y del 3-20% para los trastornos depresivos (Garber et al., 2016). En España la prevalencia puntual para los trastornos depresivos en la infancia es del 3.4%, alcanzando el 11.6% cuando se registran síntomas depresivos; mientras que la prevalencia puntual para los trastornos de ansiedad es del 11.8% (Priede et al., 2021).

Durante la infancia los estresores y dificultades asociados al ámbito escolar, social y familiar tienen un impacto variable en los niños y adolescentes, pudiendo influir en la aparición de diferentes trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, y/o los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El 5-20% de las consultas externas en salud mental se relacionan con un trastorno de adaptación, mientras que en un 1% de las mismas el diagnóstico principal es el trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2014). La elevada comorbilidad entre síntomas y la irritabilidad como forma de manifestación del malestar emocional en la infancia, justifican la elevada presencia de síntomas emocionales y conductuales mixtos, así como la frecuencia del trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta en las consultas de salud mental infanto-juvenil. La falta de regulación emocional en sus diferentes formas está asociada en la literatura con un peor desempeño social, dificultades en las relaciones interpersonales y mayor acoso por parte de iguales; contribuyendo a la persistencia de la sintomatología y las dificultades de adaptación (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021).

La ansiedad y la depresión tienden a aparecer de forma conjunta (Muris et al., 2017), indicando una fuerte asociación entre los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos en niños y adolescentes. El 73-82% de los niños con trastorno de ansiedad presentan además síntomas depresivos en rango clínico (Romero-Acosta et al., 2010). Por su parte, el 17-32% de los niños con un trastorno depresivo tienen síntomas de ansiedad (Muris et al., 2017). Estas tasas de comorbilidad han sido replicadas en muestras españolas con resultados semejantes, encontrando que el 17-20% de los niños con algún problema de ansiedad presentaban además síntomas depresivos, y que el 82% de los niños con depresión mostraron síntomas de ansiedad asociados (Canals-Sans et al., 2018; Canals et al., 2019; Fernández-Martínez, Espada et al., 2019). La comorbilidad entre ansiedad y depresión se asocia con consecuencias negativas para los niños como incapacidad académica y psicosocial, déficit de habilidades sociales, dificultades con iguales, reducción de relaciones sociales, uso perjudicial de sustancias y riesgo de suicidio (Egger y Angold, 2006; Werner-Seidler et al., 2017).

Los síntomas emocionales siguen un curso relativamente estable en la infancia, incrementándose en la adolescencia temprana si estas condiciones no reciben tratamiento (Broeren et al., 2013; Sterba et al., 2007). Esta circunstancia se asocia con un curso crónico y con el desarrollo posterior de trastornos depresivos, trastornos ansiosos o trastornos por uso de sustancias en la adolescencia y/o la vida adulta (Broeren et al., 2013; Essau et al., 2014; Long et al., 2018; Sterba et al., 2007).

Añadida a la comorbilidad entre trastornos internalizantes (trastornos con síntomas como ansiedad, tristeza, baja autoestima, síntomas físicos, etc.), en la infancia es frecuente la comorbilidad entre trastornos internalizantes y externalizantes (los cuales incluyen problemas de conducta, desobediencia, impulsividad, hiperactividad y agresividad, entre otros). Los problemas emocionales en la infancia se han asociado a la presencia de problemas de conducta, déficit de habilidades sociales y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), entre otras dificultades (Canals et al., 2019; Jaureguizar et al., 2018; Willner et al., 2016).

La comorbilidad es señalada por la literatura como fuente de mayor malestar e incapacidad, causa de síntomas más graves y de riesgo incrementado hacia problemas psicosociales y peor respuesta al tratamiento en salud mental (Cummings et al., 2014; Garber y Weersing, 2010; Melton, et al., 2016).

### **El tratamiento de los trastornos emocionales en la infancia**

La terapia cognitivo conductual (TCC) es considerada el tratamiento de elección para los trastornos emocionales en la infancia. Este tipo de intervención es considerada eficaz para síntomas de ansiedad y de depresión, así como para otro tipo de trastornos externalizantes (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021; Riise et al., 2021).

No obstante, la literatura señala que estas intervenciones son ineficaces para el 30%-50% de los niños con trastornos internalizantes (Essau et al., 2012; Seligman y Ollendick, 2011). La TCC resulta insuficiente en el 50% de los casos de ansiedad (Lebowitz et al., 2020), con tasas de remisión diagnósticas tras la intervención del 55% (Bodden, Bögels, et al., 2008) y efectos de leves a moderados en los síntomas depresivos

(Oud et al., 2019; Sun et al., 2019). Por consiguiente, casi la mitad de los niños y adolescentes que requieren ayuda especializada para un trastorno de este tipo continúan presentando síntomas emocionales significativos e interferencia en su día a día.

Algunos estudios plantean que las limitaciones en la eficacia de la TCC se relacionan con dos factores (Essau et al., 2014). Por un lado, los tratamientos derivados de la investigación tienden a estar diseñados principalmente para tratar una única condición, mientras que la población atendida en la práctica clínica presenta mayoritariamente síntomas o trastornos comórbidos. Por otro, los programas para los trastornos infantiles suelen ser adaptaciones de protocolos diseñados originalmente para adultos, sin considerar las características específicas de la infancia y el desarrollo infantil. Así por ejemplo, los niños pequeños pueden tener dificultades para entender conceptos básicos, como la asociación entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos (Essau et al., 2014). Se ha encontrado que los niños que no logran entender la técnica de reestructuración cognitiva muestran un bajo cumplimiento de las tareas relacionadas con esta área durante el tratamiento, lo que puede afectar a la eficacia de la terapia (Essau et al., 2014). En relación con la comorbilidad, los estudios muestran una menor eficacia del tratamiento para la ansiedad cuando el niño presenta además síntomas depresivos (Brent et al., 1998; O'Neil y Kendall, 2012), siendo las tasas de co-ocurrencia de ambos trastornos muy elevadas, situándose entre un 30% y un 75% (Essau, 2008; Last et al., 1992). Además, a pesar de la elevada comorbilidad de los problemas de conducta en niños con ansiedad (Byrne et al., 2021), no contamos con suficientes intervenciones diseñadas para abordar conjuntamente los síntomas de ansiedad y los síntomas conductuales (Byrne et al., 2021). Las intervenciones diseñadas para un único trastorno han mostrado efectos positivos en la reducción del trastorno al que van dirigidas, sin embargo los efectos en otros síntomas asociados son nulos o escasos (Garber et al., 2016). Asimismo, cuando hay beneficios, las reducciones en los síntomas co-ocurrentes derivadas de las terapias específicas no siempre se mantienen estables en el tiempo (Pearl y Norton, 2017). Todos estos datos advierten de la necesidad de atender los síntomas comórbidos en el tratamiento de los trastornos emocionales en la infancia.

Con el fin de mejorar los tratamientos para la ansiedad infantil, y en consonancia con las limitaciones previamente mencionadas, se han elaborado varias recomendaciones de inclusión de componentes de tratamiento:

- La activación conductual, más fácil de entender y aplicar tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud mental (e.g., Chen et al., 2013; Rhodes et al., 2014).
- El entrenamiento en habilidades, que ayuda a los niños a tener relaciones sociales exitosas. Los niños con problemas emocionales graves tienen deficientes habilidades sociales y relaciones amistosas de baja calidad que les sitúan en una situación de riesgo (Coplan et al., 2004; Ginsburg et al., 1998; Schneider, 2009; Spence et al., 1999).
- Video-feedback con preparación cognitiva para corregir la autopercepción distorsionada y reducir la ansiedad de los niños durante sus interacciones sociales (Harvey et al., 2000; Kim et al., 2002; Rodebaugh, 2004).

Es igualmente importante señalar que los estudios de eficacia de la TCC se realizan habitualmente en contextos de laboratorio, limitando de esta manera la generalización de los resultados a otros contextos (Orgilés, Garrigós, et al., 2020).

### **La atención en salud mental infantojuvenil en los servicios públicos**

En niños y adolescentes la principal carga de enfermedad se encuentra asociada a los trastornos mentales (Jeppesen et al., 2021). Así por ejemplo, el gasto sanitario para un niño con ansiedad representa veinte veces el gasto de un niño sin ansiedad (Bodden, Dirksen, et al., 2008). En España la ansiedad y la depresión están consideradas los trastornos emocionales más importantes, acarreado el 50% de los costes anuales en salud mental (Ruiz-Rodríguez et al., 2017).

Los síntomas como la tristeza, la ansiedad, la preocupación, el sentimiento de soledad, las dificultades de concentración, o los dolores abdominales y/o de cabeza son frecuentemente ignorados durante la infancia, persistiendo hasta la edad adulta sin

haber recibido tratamiento (Cano-Vindel y Moriana, 2018). Este hecho ha sido relacionado con diferentes factores. Uno de ellos es la baja ratio de psicólogos clínicos en los servicios infantojuveniles del Sistema Nacional de Salud. España forma parte de los dos únicos países europeos que carecen de una especialidad en psicología clínica infanto-juvenil (Muñoz, 2020). A ello se añade que la ratio de psicólogos clínicos en España es tres veces menor que la ratio europea (Muñoz, 2020). En este contexto, la presencia de los primeros síntomas ansiosos o depresivos es frecuentemente considerada sin la gravedad suficiente como para cursar una derivación a los servicios especializados (unidades de salud mental infantil y adolescente). Tampoco está generalizada la figura del psicólogo clínico de atención primaria, cuya asistencia incluya la atención a niños y adolescentes.

Cuando la clínica se torna severa y alcanza un elevado grado de interferencia, las limitaciones de recursos en los servicios sanitarios públicos y la saturación de estos suelen implicar dilatadas listas de espera para recibir valoración y tratamiento. Esto aumenta el estrés e interferencia familiar. Durante la espera para recibir atención especializada se produce muchas veces un aumento de la clínica en términos de variedad e intensidad sintomatológica, de la disfuncionalidad asociada y del riesgo de peor respuesta al tratamiento y de un curso crónico (Cano-Vindel y Moriana, 2018).

El desarrollo de tratamientos empíricamente validados necesita abordar las limitaciones en la transición de estos protocolos a la práctica clínica (Byrne et al., 2021). El acceso a tratamientos en su formato empíricamente validado es limitado e infrecuentemente utilizado en la práctica clínica habitual (Jeppesen et al., 2021). Algunos obstáculos citados por la investigación a este respecto son la carencia de recursos profesionales, las limitaciones de infraestructuras y la falta de financiación (Jeppesen et al., 2021; Ramdhonee-Dowlot et al., 2021).

Además, existen limitaciones en la generalización de la eficacia de las intervenciones a los contextos sanitarios, dado que los niños atendidos por servicios públicos difieren significativamente en términos de comorbilidad, nivel socioeconómico y pertenencia cultural de los niños en contextos de investigación (Southam-Gerow et al., 2012).

La literatura señala que los problemas y trastornos interiorizados tienden a persistir y cronificarse si no son detectados y tratados a tiempo, suponiendo una gran demanda de recursos sanitarios y educativos (Orgilés, Méndez, Espada et al., 2012; Snell et al., 2013; Voltas et al., 2017). La mayor parte de los protocolos empíricamente validados están diseñados para un único trastorno, dirigiéndose así a una pequeña parte de la población con problemas de salud mental (Wolf et al., 2022). Sin embargo, la presentación habitual de trastornos y síntomas en población clínica infantil es la comorbilidad. Esto hace que los profesionales de los servicios públicos de salud mental tengan que lidiar con múltiples dilemas, dado que aplicar protocolos específicos diseñados para cada uno de los diagnósticos conllevaría problemas en términos de tiempo y de eficiencia (Carlucci et al., 2021; Wolf et al., 2022). Los profesionales tienen así que decidir si abordar la comorbilidad aplicando el tratamiento empíricamente validado para cada condición de forma simultánea, de forma secuencial, o seleccionando componentes de ambos tratamientos sin seguir ningún protocolo concreto. Todos estos aspectos afectan a la eficacia del tratamiento, limitando el alcance de los resultados. Dificultades añadidas aparecen ante la escasez de recursos asociada a la incapacidad de proporcionar el tratamiento con la frecuencia requerida para que éste sea efectivo. De esta forma, la terapia puede dilatarse durante meses y resultar una carga en términos emocionales y de recursos para las familias, pudiendo dar lugar al abandono prematuro del tratamiento (Wright et al., 2022).

Añadido a estos factores, otras variables presentes en la población atendida desde el Sistema Nacional de Salud se encuentran asociadas en la literatura científica a una peor respuesta al tratamiento. La investigación señala que el nivel socioeconómico bajo (Lebowitz et al., 2020; Southam-Gerow et al., 2012), la comorbilidad (Garber y Weersing, 2010) y los casos complejos, incluyendo circunstancias sociales e interpersonales complicadas (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021) suelen comprender una pobre respuesta al tratamiento. Cabe destacar además que en niños con trayectorias de larga evolución de trauma o problemas vinculares la recuperación es señalada como más lenta (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021).



## **Las intervenciones grupales**

La literatura identifica en las intervenciones grupales basadas en la TCC, en comparación a las intervenciones individuales, componentes únicos que proporcionan más oportunidades para la normalización, el modelado positivo por parte de iguales, el apoyo social, la exposición a situaciones sociales y el reforzamiento (Guo et al., 2021). De esta forma, los tratamientos grupales pueden ser una alternativa para reducir el estigma asociado al tratamiento de los problemas mentales. Las intervenciones grupales cuentan además con beneficios para los sistemas sanitarios, puesto que son menos costosas y permiten ahorrar recursos (Guo et al., 2021). Por ello, investigaciones recientes han subrayado los beneficios prácticos y económicos de las intervenciones grupales para hacer frente a los obstáculos habitualmente presentes en los servicios de salud mental, como las largas listas de espera y los insuficientes recursos (Carlucci et al., 2021; Dekel et al., 2021).

En los problemas de salud mental en la infancia son los adultos, habitualmente familiares o profesionales educativos, quienes solicitan ayuda para los niños, no siendo por tanto el niño el demandante de ayuda. Cuando el demandante no coincide con el portador del síntoma, la motivación hacia el tratamiento puede ser menor, y ello un obstáculo para los profesionales sanitarios.

Las intervenciones grupales incrementan la motivación y reducen el estigma asociado a recibir ayuda en salud mental, convirtiéndose de esta forma en un recurso útil para los profesionales ante estas circunstancias. Además, los tratamientos grupales incluyen componentes únicos respecto a las intervenciones individuales, como son el modelado de afrontamiento por parte de otros participantes, el refuerzo de iguales y el feedback del grupo para identificar dificultades y ofrecer alternativas de pensamientos y conductas (Silverman et al., 2008; Wolgensinger, 2015). Estos componentes cobran especial relevancia en el tratamiento con niños y adolescentes, puesto que los niños otorgan mayor credibilidad y confían más en el apoyo y los consejos de los iguales (Santesteban-Echarri et al., 2018). Además, las intervenciones grupales facilitan el abordaje de las dificultades interpersonales y la ansiedad social de manera más directa,

ya que permiten practicar las habilidades requeridas y exponerse a situaciones en un contexto similar al de la vida real.

La TCC está considerada un tratamiento eficaz para la ansiedad infantil con independencia del formato de aplicación (Breinholst et al., 2012; Silverman et al., 2019). La literatura señala ausencia de diferencias entre la TCC individual y grupal en términos de eficacia y aceptación para la ansiedad infantil (Guo et al., 2021), a excepción de las fobias específicas en adolescentes, en las que la terapia individual alcanza mejores resultados (Byrne et al., 2021; Guo et al., 2021). Los estudios de metaanálisis sugieren que no existen diferencias en resultados clínicos cuando se comparan niños que reciben tratamiento individual y grupal para la ansiedad (In-Albon y Schneider, 2006; Sigurvinsdóttir et al., 2020). Algunos autores señalan que el formato grupal puede tener beneficios añadidos como acentuar la generalización del tratamiento a otros contextos y fomentar la vinculación con los servicios de salud mental infanto-juvenil (Santesteban-Echarri et al., 2018). Respecto a la sintomatología depresiva, los estudios encuentran efectos significativos para la TCC en formato individual y grupal para niños y adolescentes, sin diferencias estadísticamente significativa entre ambas (Weisz et al., 2006). Tampoco aparecen diferencias de eficacia en el tratamiento para la depresión en función de la duración, sugiriendo que los tratamientos breves pueden ser tan efectivos como aquellos más largos (Weisz et al., 2006). Asimismo, tanto la TCC focalizada en el trauma en formato individual como en formato grupal son eficaces en el tratamiento del trauma (Xiang et al., 2021), aunque en las intervenciones grupales conviene atender a la expresión del mundo interno y el ambiente en el que se lleven a cabo estas intervenciones (Xiang et al., 2021).

### **Los programas transdiagnósticos**

En los últimos años hemos asistido al auge de los protocolos transdiagnósticos para el tratamiento de los problemas emocionales en la infancia. Los tratamientos transdiagnósticos pretenden dar respuesta a las limitaciones asociadas a los programas de tratamiento clásicos basados en la TCC, así como a aquellas asociadas a las necesidades clínicas. De esta forma, los programas transdiagnósticos se originan para

abordar: a) las elevadas tasas de comorbilidad presentes en la práctica clínica, b) el cuestionamiento del diagnóstico categorial y c) las dificultades para realizar diagnósticos diferenciales basado en los manuales diagnósticos de referencia (DSM y CIE).

Los tratamientos transdiagnósticos aparecen fundamentados en los resultados de la investigación que encuentran características y mecanismos compartidos en los trastornos mentales (Melero et al., 2022), así como beneficios en los síntomas comórbidos al intervenir sobre el diagnóstico principal (Priede et al., 2021). Además algunos estudios señalan que la TCC para el abordaje de la ansiedad infantil tiene efectos que protegen de la aparición de un trastorno depresivo en la etapa infantojuvenil (Kreuze et al., 2018; Silk et al., 2019). Los procesos psicológicos pueden considerarse transdiagnósticos cuando están presentes en población clínica y población general, son compartidos por diferentes categorías diagnósticas y están asociados al desarrollo y mantenimiento de diferentes trastornos mentales (Carlucci et al., 2021). La literatura ha identificado varios mecanismos compartidos en los trastornos emocionales, como son el afecto negativo, las cogniciones desadaptativas, los sesgos atencionales, las estrategias de evitación y otras formas disfuncionales de regulación emocional.

La autoestima aparece como uno de los constructos transdiagnósticos propuestos por la literatura (García-Escalera et al., 2016). Diferentes estudios señalan que la autoestima se relaciona con el bienestar psicosocial a lo largo del ciclo vital (Orth y Robins, 2014; Paradise y Kernis, 2002), mientras que la baja autoestima se asocia a dificultades físicas y de salud mental en niños y adolescentes (Sukumaran et al., 2003; Trzesniewski et al., 2006). El papel de la autoestima en la etiología de los síntomas depresivos y de su gravedad se ha estudiado y citado ampliamente (Stadelmann et al., 2017). No obstante, la autoestima también se ha relacionado con otros trastornos internalizantes como los trastornos de ansiedad (Stadelman et al., 2017). La baja autoestima aparece en la literatura científica como un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología y como una consecuencia de diferentes trastornos mentales (Stadelman et al., 2017). Además, la baja autoestima también se ha asociado al estigma de sufrir un trastorno mental (Arboleda-Flórez y Sartorius, 2008).

Investigaciones precedentes encuentran que la aproximación transdiagnóstica es más eficiente para las personas que presentan comorbilidad en salud mental, puesto que estas condiciones pueden ser tratadas de forma concurrente en lugar de secuencial (Melero et al., 2022). Asimismo, se han señalados otros beneficios prácticos así como clínicos: la posibilidad de ofrecer tratamiento a niños con síntomas comórbidos que no cumplen criterios diagnósticos para un trastorno concreto (Carlucci et al., 2021), la opción de atender a una amplia y heterogénea diversidad de niños con problemas emocionales y conductuales (Wolf et al., 2022), y la flexibilidad en la implementación de sus diferentes componentes basados en la evidencia ajustados a las características de los pacientes (Halliday y Ehrenreich-May, 2020; Wiltsey Stirman y Comer, 2018). Ello hace posible abordar un gran abanico de problemas mentales sin necesidad de contar con amplitud de intervenciones. De esta forma, los tratamientos transdiagnósticos pueden contribuir a la implementación eficiente y a gran escala de tratamientos basados en la evidencia para los trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Jeppesen et al., 2021).

Los protocolos transdiagnósticos basados en la TCC aparecen reconocidos en la literatura como un tratamiento eficaz para los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes (García-Escalera et al., 2016; Sandín et al., 2019). La evidencia científica apunta a un tamaño del efecto medio ( $g = \pm 0.50$ ) para los tratamientos transdiagnósticos en niños y adolescentes (García-Escalera et al., 2016). Los estudios de eficacia de los programas transdiagnósticos para la ansiedad y la depresión encuentran reducciones significativas en los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos, sugiriendo mayores efectos a los encontrados en los programas orientados a un único trastorno (García-Escalera et al., 2016).

Actualmente contamos con varios programas transdiagnósticos basados en la TCC para los trastornos emocionales en niños. De entre estos, aquellos que cuentan con un abordaje grupal son el programa EMOTION (Martinsen et al., 2019), el Protocolo Unificado para niños (UP-C; Ehrenreich-May et al., 2008) y Super Skills for Life (SSL; Essau y Ollendick, 2013). En castellano se encuentran disponibles dos de ellos: el Protocolo Unificado y Super Skills for Life. La eficacia del Protocolo Unificado para niños

no ha sido estudiada en muestras españolas. Respecto a Super Skills for Life, la adaptación española del programa ha mostrado eficacia a corto plazo como prevención indicada para síntomas internalizantes y externalizantes en muestras subclínicas de 6-8 años (Fernández-Martínez, Espada et al., 2019) y de 8-12 años (Orgilés, Fernández-Martínez, Espada et al., 2019), tanto al aplicarse en grupo como de forma individual, así como el mantenimiento de los beneficios en seguimientos anuales (Fernández-Martínez et al., 2020).

### **Super Skills for Life**

Atendiendo a la investigación previa (apartados *El tratamiento de los trastornos emocionales en la infancia* y *Programas transdiagnósticos*) la Dra. Cecilia Essau de la University of Roehampton (Reino Unido) y el Dr. Thomas Ollendick de la Virginia Polytechnic Institute and State University (Estados Unidos) desarrollan en 2013 el protocolo de tratamiento Super Skills for Life (SSL) para niños con problemas interiorizados (ansiedad y/o depresión). El programa tiene seis características principales:

- Está basado en un planteamiento transdiagnóstico dirigiéndose a los factores de riesgo comunes de los trastornos comórbidos (por ejemplo, la baja autoestima y la falta de habilidades sociales), por lo que es más eficiente en cuanto a tiempo y costes (Rhodes et al., 2014). Al intervenir no solo en la ansiedad sino también en los síntomas comórbidos la eficacia aumenta, puesto que se ha demostrado que las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica, que contemplan tanto los síntomas ansiógenos como depresivos, son más eficaces en población adulta y en población infanto-juvenil (García-Escalera et al., 2016).
- Sigue los principios de la terapia cognitivo-conductual para ayudar a los niños a desarrollar habilidades de afrontamiento de situaciones que provocan ansiedad.
- Incluye el video-feedback con preparación cognitiva para mejorar la auto-percepción (Harvey et al., 2000; Rodebaugh, 2004). Para ello se expone a los

niños a situaciones sociales y se dedican dos sesiones del programa al aprendizaje de habilidades para mejorar la conducta en situaciones sociales.

- Usa el principio de la activación conductual haciendo que los niños aumenten su nivel de actividad y participen en actividades positivas y reforzantes, que pueden ayudarles a mejorar su humor y su autoestima.
- Enseña a los niños habilidades básicas para utilizar en situaciones sociales, ayudándoles a aumentar su experiencia positiva en las interacciones sociales.

El programa Super Skills for Life ha demostrado ser eficaz en población anglosajona para la reducción de la ansiedad infantil y de los problemas comórbidos, especialmente la depresión, los problemas de autoestima y los problemas de conducta, tanto después del tratamiento como en el seguimiento (Essau et al., 2014). Además, tras el tratamiento los participantes muestran una mejora en sus habilidades sociales, habilidades de solución de problemas, manejo de los conflictos y estrés. Dado su carácter innovador y su interés clínico, el programa está siendo traducido y validado en países como Alemania, Chipre, Portugal, Turquía, Sudáfrica, Grecia, Somalia, Australia y Polonia.

En España, la traducción y validación del programa se ha llevado a cabo por la Dra. Mireia Orgilés y el Dr. José Pedro Espada con la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación. Los resultados indican que el programa SSL es eficaz en su aplicación individual y grupal en niños españoles de diferentes edades con síntomas emocionales como prevención indicada: en formato grupal con niños de 6-8 años (Fernández-Martínez, Morales et al., 2019) y de 8 -12 años (Orgilés, Fernández-Martínez, Espada et al., 2019), y en formato individual en niños de 8-11 años (Melero, Orgilés, Espada et al., 2021). En los niños que participan en el programa se observa una disminución de la ansiedad, mejor estado de ánimo, mejor autoestima, mejores habilidades sociales, menos problemas de conducta y problemas con los compañeros y más recursos para afrontar situaciones que les preocupan; manteniéndose la eficacia

del tratamiento en el seguimiento que se ha llevado a cabo a los 12 meses (Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019).

La duración del programa (8 sesiones) facilita su implementación en los servicios públicos de salud mental. Metaanálisis recientes señalan ausencia de diferencias en el tratamiento basado en la TCC para los trastornos de ansiedad cuando se comparan programas de menos de 12 sesiones y programas de más de 12 sesiones (Guo et al., 2021).

## **Objetivos**

La atención pública en salud mental infanto-juvenil se enfrenta al reto de proporcionar acceso a tratamientos eficaces para los trastornos emocionales en un contexto de largas listas de espera y una insuficiente ratio de psicólogos clínicos en los servicios infantojuveniles (Santesteban-Echarri et al., 2018). Las características del programa SLL (duración, componentes, formato grupal) facilitan su implementación en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, los estudios de eficacia del programa SSL todavía no han explorado resultados con muestras clínicas.

La línea de investigación de la presente Tesis Doctoral se enmarca en los estudios de validación del programa transdiagnóstico Super Skills for Life en muestras españolas, dando respuesta a las limitaciones previamente halladas: necesidad de más estudios con grupos control, utilización de medidas basadas en información de niños y adultos y evaluación en muestras clínicas. El objetivo general de la Tesis Doctoral fue doble: evaluar por primera vez la eficacia del programa transdiagnóstico SSL en formato grupal en población clínica (niños con un diagnóstico de salud mental atendidos en unidades especializadas) y examinar su eficacia en la práctica clínica habitual del Sistema Nacional de Salud. Para responder a estos objetivos generales se analizaron los cambios pretratamiento y postratamiento en variables como son el diagnóstico clínico y los principales síntomas emocionales en los participantes en el programa grupal SSL en comparación con un grupo control lista de espera. También se estudió la eficacia del programa en la comorbilidad presente en los niños. Además, se evaluó la eficacia de SSL

a lo largo de diferentes seguimientos una vez finalizado el tratamiento con el fin de valorar su eficacia a medio y largo plazo.

Por tanto, los objetivos específicos que se plantearon en los tres estudios que componen la Tesis Doctoral fueron los siguientes:

- Objetivo 1.** Examinar la eficacia a corto plazo del programa SSL en las tasas de remisión del diagnóstico clínico, en los síntomas emocionales de ansiedad y depresión y la interferencia de la ansiedad.
- Objetivo 2.** Examinar la eficacia a corto plazo de SSL en los síntomas comórbidos al diagnóstico, en concreto los problemas conductuales, el déficit en conductas prosociales, los problemas en la interacción con iguales, los síntomas de inatención e hiperactividad y la baja autoestima.
- Objetivo 3.** Examinar la eficacia a medio y largo plazo de SSL en la remisión de diagnóstico clínico, la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa, el nivel general de dificultades y la interferencia de la ansiedad.

El primer objetivo se abordó en la **publicación 1** comparando los cambios pretratamiento y postratamiento entre los niños que recibieron el programa grupal SSL y un grupo control lista de espera en tasas de remisión del diagnóstico clínico, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad e interferencia de la ansiedad en la vida del niño y de sus padres. Además, se analizó la eficacia del programa en los síntomas de disforia, la baja autoestima y los síntomas de ansiedad para los diferentes trastornos. También se llevó a cabo un análisis de atrición para analizar si existían diferencias entre las familias que completaron la participación en el estudio y las que abandonaron de forma prematura en ambos grupos: experimental y control.

El segundo objetivo se abordó en la **publicación 2**, en la que se compararon los resultados antes y después de la intervención entre los niños que participaron en SSL y el grupo control lista de espera en variables y síntomas comórbidos al diagnóstico como los problemas conductuales, el déficit en conductas prosociales, los problemas en la interacción con iguales, los síntomas de inatención e hiperactividad y la baja autoestima.



Se estudiaron además los efectos del programa en diferentes áreas del autoconcepto, en el nivel general de problemas y en la mejora de las conductas prosociales.

El tercer objetivo queda recogido en la **publicación 3**, en la que se examinó la eficacia de SSL 3, 6 y 12 meses después de la intervención en la remisión del diagnóstico clínico, la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa, el nivel general de dificultades y la interferencia de la ansiedad. Asimismo, se realizó un análisis de atrición para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las familias que completaron los distintos seguimientos y las que abandonaron el estudio en alguno de ellos.

En base a estos objetivos en los siguientes apartados de la Tesis Doctoral se expondrán los materiales y métodos utilizados, los resultados obtenidos en cada uno de los estudios y la discusión y conclusiones derivadas de éstos.

# Materiales y métodos

## Procedimiento

El procedimiento de la presente Tesis Doctoral junto con los materiales y métodos empleados, fueron presentados y aprobados por el Comité Ético de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valencia INCLIVA con el número 2018/034. Además, el ensayo fue registrado en ClinicalTrials.gov con el número de registro NCT05482724.

En primer lugar se establecieron reuniones informativas con los diferentes profesionales de la unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valencia con el fin de informar del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, las derivaciones al mismo y el procedimiento a seguir. Los profesionales de la unidad de salud mental informaron a las familias que estaban siendo atendidas en la unidad y valoraron la posible idoneidad, realizando consecuentemente las derivaciones para el estudio. Estas derivaciones fueron recogidas por el personal de la unidad y remitidas al investigador responsable. Para valorar la elegibilidad de los participantes, así como para aportarles más detalles sobre la intervención, las cuestiones éticas y obtener el consentimiento informado por escrito, se realizaron entrevistas individuales con los niños y sus cuidadores principales. Las evaluaciones se realizaron en las instalaciones de la unidad de salud mental en una única sesión, en la cual el niño y sus cuidadores principales completaron los cuestionarios de evaluación en formato lápiz y papel. El investigador responsable permanecía disponible en caso de que fuera requerida su ayuda durante la cumplimentación del protocolo de evaluación. Posteriormente el niño y sus cuidadores fueron entrevistados por el investigador responsable con el fin de emitir un diagnóstico clínico. Los participantes que, habiendo realizado la evaluación inicial cumplían los criterios de participación, se asignaron a una de las dos condiciones experimentales: grupo experimental o grupo control lista de espera, siguiendo una ratio 1:1. Esta asignación fue realizada por un investigador independiente mediante un archivo Excel. El tamaño muestral mínimo se estableció

atendiendo a la potencia estadística y las posibilidades de derivación de la unidad de salud mental infanto-juvenil.

Una vez finalizada la intervención, los niños y sus cuidadores principales completaron una nueva evaluación post-tratamiento cumplimentando los cuestionarios en papel y lápiz y participando en la entrevista de valoración diagnóstica. Esta sesión de evaluación se realizó siguiendo el mismo procedimiento que la evaluación inicial y fue llevada a cabo por un investigador independiente. En el mismo momento temporal los niños y familiares asignados a la condición control realizaron una sesión de evaluación idéntica con el fin de comparar los resultados.

Los niños y cuidadores que participaron en SSL fueron nuevamente evaluados 3, 6 y 12 meses tras la finalización del programa. Cada una de las sesiones de evaluación se realizó de forma idéntica a las anteriores. Dadas las características de los niños y del servicio del que se obtuvo la muestra, no se consideró éticamente recomendable y por tanto posible mantener sin tratamiento como grupo control a los niños durante los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses.

### **Grupo experimental Super Skills for Life**

Los participantes asignados a la condición experimental participaron en la versión española del tratamiento grupal Super Skills for Life (Orgilés, Espada, et al., 2022). El contenido de cada una de las 8 sesiones de intervención puede consultarse en la Tabla 1. Los contenidos de las sesiones se enseñaron mediante actividades lúdicas como ejercicios, lecturas, juegos, role-playings y actuaciones grabadas en vídeo. Las sesiones de tratamiento se realizaron en las instalaciones de la unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valencia. El tratamiento fue implementado por dos psicólogas interno-residentes de tercer-cuarto año después de recibir un entrenamiento intensivo en el programa, objetivos, procedimiento y contenido de las sesiones. Con el fin de garantizar la fidelidad en la implementación del tratamiento, las terapeutas realizaron las sesiones siguiendo el manual del aplicador, con información detallada de cada una de las sesiones, y a partir del manual del paciente

recibido por cada uno de los niños. Además, las terapeutas realizaron semanalmente una sesión con el investigador responsable para realizar un seguimiento de la implementación, clarificar dudas y resaltar aspectos fundamentales.

Cada grupo de intervención se compuso por entre 4 y 6 niños y fue conducido por una terapeuta. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y se realizaron de forma semanal. Después de cada sesión los cuidadores principales recibían información verbal sobre la participación y motivación de los niños en las actividades, y escrita en papel acerca del contenido de la sesión e indicaciones para reforzar y generalizar lo aprendido fuera de sesión. Durante la participación en el programa de intervención y en cada uno de los seguimientos, los niños no recibieron ninguna sesión de psicoterapia individual o grupal. En el caso de que fuera requerida, se documentó la necesidad de esta y cesó la participación en el ensayo.

**Tabla 1.**

*Descripción de objetivos y contenidos del programa Super Skills for Life*

Sesión	Objetivos y contenidos
1. Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar la alianza terapéutica e introducir el programa.</li> <li>• Comprender qué es la ansiedad e identificar las situaciones en las que siente esta emoción.</li> <li>• Aceptar que cada persona es diferente y tiene distintas habilidades.</li> <li>• Conocer qué es la autoestima y cómo mejorarla.</li> <li>• Actuar frente a una cámara emitiendo un discurso breve.</li> </ul>
2. Educación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer las emociones en uno mismo y en los demás a través de la expresión facial y la postura corporal.</li> <li>• Identificar las propias emociones y graduarlas.</li> <li>• Entender la relación entre estar activo y su bienestar, e identificar qué actividades hacer para sentirse bien.</li> </ul>
3. Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender qué son los pensamientos y cómo influyen en el estado de ánimo y el comportamiento.</li> <li>• Detectar y modificar los pensamientos negativos por otros positivos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el aprendizaje de habilidades nuevas mediante la planificación en pequeños pasos y la práctica.</li> </ul>
4. Modelo ABC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento.</li> <li>• Reconocer las señales corporales cuando se siente ansiedad.</li> </ul>
5. Técnicas de regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a calmarse y gestionar sus emociones utilizando diferentes técnicas de regulación.</li> </ul>
6. Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenciar el comportamiento social adecuado del inadecuado.</li> <li>• Adquirir habilidades sociales para relacionarse con otras personas.</li> <li>• Aprender cómo empezar una conversación y conocer a alguien por primera vez.</li> <li>• Aprender a finalizar una conversación y despedirse de manera agradable.</li> <li>• Practicar las habilidades aprendidas simulando situaciones sociales reales con iguales.</li> </ul>
7. Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los pasos necesarios para resolver los problemas de manera efectiva.</li> <li>• Aplicar los pasos de la resolución de problemas a situaciones cotidianas.</li> </ul>
8. Refuerzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repasar las habilidades aprendidas durante el programa.</li> <li>• Actuar frente a una cámara utilizando las estrategias adquiridas.</li> </ul>

### **Grupo control lista de espera**

Los niños asignados al grupo lista de espera aceptaron no recibir tratamiento psicológico público o privado en el transcurso de las 8 semanas entre la evaluación pre y post. No obstante, sí se autorizó la asistencia a las visitas médicas programadas durante esas 8 semanas (incluidas psiquiátricas) con el fin de no interferir en la salud de los niños y asegurar la posibilidad de no recibir tratamiento y no incurrir en una negligencia sanitaria.

Una vez realizada la evaluación se ofreció a los niños asignados al grupo control la participación en el programa de tratamiento SSL.

## **Participantes**

La muestra de la Tesis Doctoral estuvo compuesta inicialmente por 100 niños de entre 8 y 12 años atendidos en la unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Los niños participantes habían sido remitidos por primera vez a la unidad de salud mental o habían recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico con anterioridad, cesando el mismo previa evaluación y participación en el programa.

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes:

### Criterios de inclusión:

- Tener entre 8 y 12 años.
- Presentar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y/o trastorno de adaptación con ansiedad y/o estado de ánimo deprimido.
- Ser capaces, niños y cuidadores principales, de entender, hablar y escribir en castellano.
- Asistir niños y al menos un cuidador principal a todas las sesiones, aceptando recibir feedback y tareas terapéuticas después de cada sesión.

### Criterios de exclusión:

- Presentar un diagnóstico de discapacidad intelectual que dificulte la comprensión y seguimiento del programa de tratamiento.
- Presentar problemas de conducta, riesgo de autolesión o suicidio y/o un diagnóstico de trastorno del espectro autista cuya severidad contraindique la participación en el estudio.

- Asistir simultáneamente a tratamiento psicoterapéutico individual durante el estudio.
- Recibir tratamiento farmacológico que requiera ser modificado durante el estudio.

De la muestra inicial un total de 86 niños cumplieron los criterios de participación en el estudio y 74 completaron la evaluación (véase la Figura 1 del apartado Resultados de la Publicación 1). La media de edad de los 74 participantes fue de 10 años (DT=1.22), siendo el 71.6% varones (N=53) y el 28.4% mujeres (N=21).

Los diagnósticos más frecuentes entre los niños fueron la fobia específica (39.19%), el trastorno de ansiedad por separación (28.38%), el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (25,68%), el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido/ansiedad (21.62%) y el trastorno de ansiedad generalizada (18.92%). El 87.84% (N=65) de los niños presentaron uno o más diagnósticos comórbidos, con el 45.95% (N=34) presentando tres o más. El 77% de los niños (N=57) no recibía tratamiento psicofarmacológico coadyuvante. De los 17 niños en farmacoterapia estable, 12 recibía tratamiento con Metilfenidato, 2 con Atomoxetina, 2 con Guanfacina y 1 con Aripripazol.

Respecto a datos sociodemográficos, todos los niños tenían nacionalidad española, al igual que el 98.6% de las madres y el 86.5% de los padres. Los niños reportaron un número medio de hermanos/as de 1.95 (DT = 0.75). La edad media de las madres fue de 42.64 años (DT=5.30) mientras que la edad media de los padres fue de 41.53 (DT=9.35). El 68.9% de los cuidadores principales estaban casados, mientras que el 25.7% estaban divorciados/separados y el 5.4% eran familias monoparentales. Las madres de los niños se encontraban mayoritariamente en activo a nivel laboral (79.7%) y tenían estudios primarios (43.2%). Datos similares fueron obtenidos para los padres a nivel laboral (82.4% en activo) y respecto a nivel educativo (50% estudios primarios). Respecto a antecedentes maternos y paternos de salud mental, 43.2% de las madres y 17.6% de los padres afirmaron sufrir en la actualidad o en el pasado algún problema de salud mental.

Los participantes de ambas condiciones experimentales no difirieron significativamente en variables sociodemográficas y clínicas (véase la Tabla 3 del apartado Resultados de la Publicación 1).

## **Instrumentos**

*Entrevista diagnóstica para los trastornos afectivos y la esquizofrenia en la infancia (K-SADS-PL)* (Kaufman et al., 1997)

La entrevista diagnóstica K-SADS-PL es una entrevista semiestructurada para la valoración de los trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, enuresis, encopresis, TDAH, trastornos de conducta, trastorno por tics, abuso de sustancias, anorexia nerviosa y bulimia de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM. La edad de aplicación comprende de los 6 a los 18 años, incluyendo preguntas para el niño y para sus padres. Las puntuaciones de la entrevista se determinan de acuerdo a las preguntas y especificaciones de ésta. Los valores de 0 indican ausencia de información, valores de 1 indican ausencia de síntomas, valores de 2 indican síntomas por debajo del umbral o posibles síntomas no confirmados, mientras que valores de 3 indican la presencia de síntomas de relevancia clínica.

Para este estudio, se empleó la versión hispana de la entrevista (Ulloa et al., 2006) así como preguntas adicionales de acorde a los criterios diagnósticos de la versión 5 del manual (DSM-5) cuando el diagnóstico había sufrido cambios en la edición más reciente.

Teniendo en cuenta el objetivo 1 del estudio (examinar la eficacia a corto plazo del programa SSL en las tasas de remisión del diagnóstico clínico), y la frecuencia de los diagnósticos de la muestra (véase la Tabla 2 del apartado Método de la Publicación 1), se analizaron como variables de resultado los diagnósticos de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos relacionados con trauma y/o factores de estrés que presentaban síntomas de ansiedad y/o depresión; recodificados en las correspondientes categorías: K-SADS-PL Ansiedad, K-SADS-PL Depresión y K-SADS-PL Trauma.



*Inventario de Depresión Infantil (CDI) (M. Kovacs, 1992)*

El inventario de Depresión Infantil CDI es un cuestionario autoinformado que evalúa síntomas depresivos presentes en las dos últimas semanas en niños de entre 7 y 18 años. El inventario ofrece una puntuación general y de dos subescalas: disforia y autoestima negativa. Las opciones de respuesta aparecen formuladas en una escala Likert de 0 a 2, siendo 0 ausencia de síntomas y 2 presencia de síntomas graves. Tanto para la escala general como para las dos subescalas a mayor puntuación mayor gravedad clínica. En este estudio se empleó la versión española del inventario (Kovacs, 2011).

La fiabilidad calculada en la muestra mediante el  $\alpha$  ordinal fue alta para la puntuación general ( $\alpha$  ordinal = 0.90) y para las dos subescalas: disforia ( $\alpha$  ordinal = 0.83) y autoestima negativa ( $\alpha$  ordinal = 0.83) (Hinton et al., 2004).

*Escala de ansiedad infantil de Spence para niños y padres (SCAS y SCAS-P) (Spence, 1998)*

Las escalas SCAS y SCAS-P son medidas de severidad de síntomas de ansiedad en niños de 8 a 15 años de acuerdo con el DSM. La versión para niños consiste en 44 ítems, mientras que la versión para padres consta de 38 ítems. En ambas versiones se evalúa la frecuencia de síntomas de ansiedad siguiendo una escala Likert de 0 = nunca a 3 = siempre, siendo puntuaciones más elevadas indicativas de mayor severidad clínica.

Para el presente estudio se emplearon las versiones en castellano de la escala para niños (Orgilés, Méndez, Spence et al., 2012) y para padres (Orgilés, Fernández-Martínez, Morales et al., 2019).

La fiabilidad en la muestra fue alta para la puntuación global de ambas escalas (SCAS,  $\alpha$  ordinal = 0.89; SCAS-P,  $\alpha$  ordinal = 0.94). También fue alta la fiabilidad en ambas versiones (SCAS y SCAS-P) para las subescalas: pánico y agorafobia ( $\alpha$  ordinal = 0.85 y 0.89), ansiedad generalizada ( $\alpha$  ordinal = 0.83 y 0.81), trastorno obsesivo-compulsivo ( $\alpha$  ordinal = 0.82 y 0.79) y fobia social ( $\alpha$  ordinal = 0.75 y 0.75). Para la subescala de ansiedad de separación la fiabilidad en la muestra fue alta en la versión para padres (SCAS-P,  $\alpha$  ordinal = 0.79) y moderada en la versión para niños (SCAS,  $\alpha$  ordinal = 0.67).

La subescala fobias específicas obtuvo una fiabilidad moderada en la muestra en ambas versiones (SCAS,  $\alpha$  ordinal = 0.52; SCAS-P,  $\alpha$  ordinal = 0.54).

*Escala de interferencia de la ansiedad infantil para niños y padres (CALIS-C y CALIS-P)* (Lyneham et al., 2013)

La Escala CALIS-C es un autoinforme de 9 ítems diseñado para evaluar la interferencia de la ansiedad en diferentes entornos: escolar, social y familiar. Los ítems de la escala se agrupan para formar una puntuación global y dos subescalas de interferencia: en el hogar y fuera del hogar. Los niños cumplimentan la escala mediante opciones de respuesta tipo Likert de 0 = casi nada a 4 = muchísimo.

La CALIS-P consta de 16 ítems y es cumplimentada por el cuidador principal del niño siguiendo la misma escala de respuesta de 5 puntos (0-4). La versión para padres permite obtener una puntuación global y puntuaciones para tres subescalas: interferencia de la ansiedad en la vida del niño en el hogar, interferencia de la ansiedad en la vida del niño fuera del hogar e interferencia de la ansiedad infantil en la vida de los padres.

Las versiones CALIS-C y CALIS-P están destinadas para niños de entre 6 y 17 años y sus respectivos cuidadores. En ambos casos a mayor puntuación mayor es la interferencia de la ansiedad.

Para este estudio se emplearon las versiones españolas de ambas subescalas CALIS-C (Orgilés, Fernández-Martínez, Morales et al., 2019) y CALIS-P (Orgilés, Melero et al., 2022). La fiabilidad de las escalas generales en la muestra fue alta para la CALIS - C ( $\alpha$  de Cronbach = 0.87) y la CALIS-P ( $\alpha$  de Cronbach = 0.90). También fue alta la fiabilidad para las diferentes subescalas: interferencia en el hogar (CALIS-C,  $\alpha$  = 0.73; CALIS-P,  $\alpha$  = 0.71), interferencia fuera del hogar (CALIS-C,  $\alpha$  = 0.84; CALIS-P,  $\alpha$  = 0.78), e interferencia en la vida paterna (CALIS-P,  $\alpha$  = 0.89).

*Cuestionario de capacidades y dificultades para niños y padres (SDQ y SDQ-P)* (Goodman, 1997)

Los cuestionarios SDQ y SDQ-P evalúan dificultades y atributos positivos en niños de 4 a 17 años a partir de cinco subescalas: síntomas emocionales, problemas de

conducta, hiperactividad/inatención, dificultades con iguales y conducta prosocial. Ambos cuestionarios (el cumplimentado por el niño y el cumplimentado por sus padres) se componen de 25 ítems con una escala de puntuación Likert de 0 = no es cierto a 2 = absolutamente cierto. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de todas las subescalas, a excepción de la subescala de conducta prosocial. Para la escala global y las subescalas síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/inatención, y dificultades con iguales; a mayor puntuación mayores dificultades. La subescala de conducta prosocial se evalúa de forma inversa (a más puntuación más conducta prosocial).

En este estudio se emplearon las traducciones al castellano de las escalas SDQ y SDQ-P disponibles en [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

La fiabilidad en la escala global fue alta en la versión para padres (SDQ-P,  $\alpha$  ordinal = 0.80) y moderada en la versión informada por los niños (SDQ,  $\alpha$  ordinal = 0.67). Se obtuvo asimismo una fiabilidad alta para las subescalas del SDQ-P: síntomas emocionales ( $\alpha$  = 0.73), problemas de conducta ( $\alpha$  = 0.83), hiperactividad/inatención ( $\alpha$  = 0.82), dificultades con iguales ( $\alpha$  = 0.77) y conducta prosocial ( $\alpha$  = 0.77). En el SDQ la fiabilidad calculada en la muestra fue alta para la subescala problemas con iguales ( $\alpha$  = 0.71), y moderada para el resto de las subescalas: síntomas emocionales ( $\alpha$  = 0.56), problemas de conducta ( $\alpha$  = 0.56), hiperactividad/inatención ( $\alpha$  = 0.66) y conducta prosocial ( $\alpha$  = 0.69).

#### *Autoconcepto forma 5 (AF-5) (García y Musitu, 2023)*

El AF-5 es un cuestionario autoinformado de 30 ítems para adultos y niños a partir de 10 años que evalúa cinco dimensiones del autoconcepto: social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. Los ítems se puntúan de 1 a 99 en función del grado de acuerdo con las afirmaciones de cada uno de los ítems. Este cuestionario también se ha empleado en niños menores de 10 años en estudios similares al de esta Tesis Doctoral (Melero, Orgilés, Fernández-Martínez, et al., 2021; Orgilés, Garrigós, et al., 2020; Orgilés, Melero, et al., 2020).

Para este estudio se siguió la propuesta de respuesta de Galindo-Domínguez (2019). De este modo los niños contestaron el cuestionario empleando una escala Likert de 5 puntos: 0 = muy en desacuerdo y 4 = muy de acuerdo.

Se obtuvieron una puntuación global y las puntuaciones de cada una de las cinco subescalas. Para la escala global y las subescalas a mayores puntuaciones mayor satisfacción con la propia imagen.

La fiabilidad en la muestra fue alta para la escala global ( $\alpha$  de Cronbach = 0.79) y para las subescalas autoconcepto académico ( $\alpha$  = 0.80) y autoconcepto físico ( $\alpha$  = 0.75). Las subescalas autoconcepto social ( $\alpha$  = 0.68), autoconcepto emocional ( $\alpha$  = 0.54) y autoconcepto familiar ( $\alpha$  = 0.62) obtuvieron en la muestra una fiabilidad moderada.

### **Análisis estadísticos**

Los análisis se realizaron con SPSS v.27. Se emplearon estadísticos descriptivos (media, desviación típica, frecuencia y porcentaje) para analizar las características de la muestra.

La fiabilidad de los instrumentos fue calculada en la muestra del estudio. Para ello se estimó el coeficiente de consistencia interna de Cronbach, excepto cuando la escala de medida era ordinal, calculando el  $\alpha$  ordinal mediante R Studio.

Dado que la distribución de las variables no cumplía con el supuesto de normalidad ( $p > .05$ ) y el tamaño de los grupos era  $< 50$ , se aplicaron pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney) para comprobar la equivalencia de los grupos en las variables sociodemográficas y las variables de resultado entre el grupo experimental y el grupo control. Para las variables categóricas se emplearon tablas de contingencias ( $\chi^2$ ).

Se llevó a cabo un análisis de atrición para estudiar el efecto de la pérdida muestral y la equivalencia entre los participantes que iniciaron su participación en el estudio y después abandonaron y aquellos que finalizaron con su participación.

El efecto a corto plazo del programa fue analizado respecto al grupo control mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) siguiendo estudios similares previos (Fernández-Martínez, Morales et al., 2019; Fernández-Martínez, et al. 2020). Los modelos GEE son considerados un método robusto para evaluar la eficacia de intervenciones en estudios controlados aleatorizados, incluso cuando la muestra es reducida (Liang y Zeger, 1986). Los modelos fueron ajustados por la edad y sexo de los niños y por la puntuación en la línea base de cada variable analizada. Cada variable de resultado se analizó por separado siendo los participantes la unidad de análisis y de aleatorización.

Para analizar los efectos a lo largo del tiempo en las variables de resultado (línea base, post-tratamiento, seguimientos a los 3, 6 y 12 meses) se estudiaron los cambios intragrupo utilizando el modelo GEE (mediante el procedimiento GENLINE en SPSS v27). Se realizaron 4 comparaciones de 10 variables: pretest-posttest, pretest-seguimiento 1, pretest-seguimiento 2, pretest-seguimiento 3. Dado que se realizaron múltiples comparaciones se empleó la corrección de Bonferroni ( $p \leq 0.002$ ) en el análisis de los resultados.

# Resultados

En este apartado se detallan los principales resultados obtenidos en cada uno de los tres estudios que componen esta Tesis Doctoral.

## OBJETIVO 1

**Publicación 1.** Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting

### 1.1 Análisis de abandono prematuro del programa

El 88.4 % de los niños que participaron en la intervención Super Skills for Life cumplieron el programa, con una tasa de abandono del 11.6%. La tasa de abandono para el grupo control lista de espera fue ligeramente más elevada, alcanzando el 16.3%. En el grupo experimental los abandonos se debieron a la falta de cumplimentación de los cuestionarios (N=3) y el abandono de asistencia a la unidad de salud mental infanto-juvenil (N=2). En el grupo control todos los abandonos se produjeron por falta de cumplimentación del protocolo de evaluación (N=7).

Los niños que completaron el programa en comparación con aquellos que lo abandonaron de forma prematura presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva en la línea base ( $p = .01$ ,  $r = .25$ ), no habiendo diferencias en el resto de las variables.

### 1.2 Eficacia de Super Skills for Life en la remisión del diagnóstico clínico

Tras 8 semanas las tasas de remisión, parcial o total, en base a criterios diagnósticos DSM-5 fueron del 88.46% para el grupo experimental y del 2% para el grupo control lista de espera.

El análisis de remisión del diagnóstico clínico en función del trastorno mostró tasas de remisión elevadas tras la participación en Super Skills for Life para todas las categorías analizadas: 85.29% (29/34) para los trastornos de ansiedad, 100% para los trastornos depresivos (1/1) y 94.12% (16/17) para los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés. Las tasas de remisión en el grupo control fueron inferiores al 4%: 3.45% para los trastornos de ansiedad (1/29) y 0% para los trastornos depresivos (0/1) y los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés (0/20).

Las tasas de remisión no alcanzaron la significación estadística para ninguna de las categorías diagnósticas en el grupo control (trastornos de ansiedad,  $p=.89$ ; trastornos relacionados con trauma y factores de estrés,  $p=.33$ ; trastornos depresivos,  $p=.37$ ). En cambio, las tasas de remisión para los niños que participaron en Super Skills for Life fueron estadísticamente significativas para los trastornos de ansiedad ( $p<.001$ ) y los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés ( $p<.001$ ). Los resultados para los trastornos depresivos no alcanzaron la significación estadística ( $p=.31$ ), encontrándose limitados por el bajo tamaño muestral ( $n=1$ ).

### **1.3 Eficacia de Super Skills for Life para los síntomas de ansiedad y depresión**

Los niños que participaron en Super Skills for Life obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en los síntomas depresivos en comparación con el grupo control, tanto en niveles de depresión (CDI total  $p=.033$ ) como de disforia ( $p=.019$ ). Las reducciones en autoestima negativa como parte de los síntomas depresivos no alcanzaron significación estadística ( $p=0.118$ ). No obstante, los efectos del programa en el autoconcepto fueron más ampliamente valorados como parte del objetivo 2.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, se obtuvieron resultados diferenciales según el informante. Tras las 8 semanas de intervención los niños que recibieron el tratamiento en comparación con los niños en lista de espera reportaron beneficios estadísticamente significativos en los niveles globales de ansiedad ( $p=.02$ ), en la interferencia general de la ansiedad ( $p=.002$ ) así como en las subescalas de interferencia dentro ( $p=.015$ ) y fuera del hogar ( $p=.006$ ) y en los síntomas ansiosos asociados a los trastornos de ansiedad de

separación ( $p=.003$ ) y fobia social ( $p=.015$ ). Para los síntomas de ansiedad asociados a los diagnósticos de pánico y agorafobia ( $p=.612$ ), fobia específica ( $p=.153$ ), ansiedad generalizada ( $p=.16$ ) y obsesiones/compulsiones ( $p=.121$ ) no hubo según lo referido por los niños diferencias estadísticamente significativas.

El análisis estadístico de la información facilitada por los cuidadores principales permite concluir la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones en los niveles de interferencia de la ansiedad dentro del hogar ( $p=.024$ ). El resto de las reducciones no alcanzaron la significación estadística: ansiedad general ( $p=.094$ ), pánico y agorafobia ( $p=.352$ ), ansiedad de separación ( $p=.378$ ), fobias específicas ( $p=.059$ ), fobia social ( $p=.112$ ), obsesiones/compulsiones ( $p=.812$ ), ansiedad generalizada ( $p=.141$ ), interferencia global de la ansiedad ( $p=.147$ ), interferencia de la ansiedad fuera del hogar ( $p=.232$ ) e interferencia de la ansiedad en la vida parental ( $p=.517$ ).

#### **1.4 Efectos de la intervención en función del género**

La participación en Super Skills for Life fue igualmente efectiva en niños que en niñas en la mayor parte de las variables analizadas (26/27).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género para la remisión del diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad ( $p=.887$ ), trastorno depresivo ( $p=.326$ ) ni trastorno relacionado con trauma y factores de estrés ( $p=.326$ ).

En cuanto a los síntomas depresivos, los resultados señalan igual eficacia del programa en niños y en niñas para los niveles generales de depresión ( $p=.334$ ), los síntomas de disforia ( $p=.449$ ) y la autoestima negativa ( $p=.377$ ).

Respecto a los síntomas de ansiedad, la información facilitada por los niños, así como la obtenida a partir de los cuidadores principales, permite concluir la ausencia de diferencias de eficacia de la intervención en función del sexo para la interferencia global de la ansiedad (padres  $p=.732$ , niños  $p=.992$ ), la interferencia dentro del hogar (padres  $p=.182$ , niños  $p=.333$ ), la interferencia fuera del hogar (padres  $p=.847$ , niños  $p=.175$ ), la interferencia en la vida parental ( $p=.871$ ), los niveles generales de ansiedad (padres



$p=.377$ , niños  $p=.177$ ), y la ansiedad asociada a los trastornos de: pánico y agorafobia (padres  $p=.525$ , niños  $p=.39$ ), ansiedad de separación (padres  $p=.296$ , niños  $p=.141$ ), fobia específica (padres  $p=.093$ , niños  $p=.124$ ), fobia social (padres  $p=.418$ , niños  $p=.342$ ) y ansiedad generalizada (padres  $p=.862$ , niños  $p=.387$ ). Los resultados del programa orientan a una mayor eficacia de la intervención en la subescala de obsesiones/compulsiones en niños que en niñas ( $p=.05$ ), aunque esta diferencia no aparece según lo percibido por los progenitores ( $p=.543$ ).

## OBJETIVO 2

**Publicación 2.** Benefits of Super Skills for Life in a Randomized Controlled Trial in Clinical Settings for Spanish Children with Comorbid Conditions

### 2.1 Eficacia de Super Skills for Life para los síntomas externalizantes comórbidos

Los datos analizados de medidas autoinformadas (niños) y heteroinformadas (cuidadores principales) señalan diferencias estadísticamente significativas para los niños que participaron en Super Skills for Life en comparación con el grupo control lista de espera en el nivel global de problemas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/inatención y problemas con iguales) (padres  $p=.006$ , niños  $p=.005$ ). El tamaño del efecto asociado a estos beneficios fue medio según los datos de los niños (Cohen's  $d = 0.70$ ) y alto según los de los cuidadores principales (Cohen's  $d = 0.80$ ). Estos beneficios se reflejaron en la clasificación de Goodman ([www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org)). Los niños del grupo control así como los del grupo experimental fueron categorizados inicialmente en el rango anormal/límite. A las 8 semanas, los niños del grupo control permanecieron en la categoría anormal/límite, mientras que los participantes en Super Skills for Life se situaron en el rango normal.

El análisis de las subescalas de problemas externalizantes permite concluir la existencia de beneficios estadísticamente significativos a nivel de problemas con iguales según lo reportado por los adultos ( $p=.002$ ) pero no según los niños ( $p=.184$ ). Estos beneficios se asociaron a un tamaño del efecto medio (Cohen's  $d = 0.66$ ). Siguiendo la clasificación propuesta por Goodman, encontramos que los niños de las condiciones

control y experimental se encontraban antes de la intervención en el punto de corte correspondiente al límite entre la patología y la normalidad (valor próximo a 3). Sin embargo, en el post-test los datos de los niños y sus cuidadores clasificaron a los niños que participaron en Super Skills for Life en el rango normal (valor próximo a 2), mientras que los niños del grupo control continuaron en la misma categoría (límite).

En cuanto a los cambios en las subescalas problemas de conducta e hiperactividad/inatención, estos no alcanzaron la significación estadística en medidas auto y heteroinformadas ( $p > .05$ ). En la clasificación de Goodman los valores correspondientes a la subescala problemas de conducta tampoco sufrieron modificaciones, permaneciendo en rango normal en ambas condiciones según los datos de niños (valores 0-3) y en rango límite según lo referido por los progenitores (valores próximos a 3). No obstante, se observan cambios en la clasificación de Goodman para la subescala hiperactividad/inatención en los niños que participaron en Super Skills for Life, permaneciendo en el mismo rango quienes formaron parte del grupo control. Así, los niños del grupo control fueron clasificados en ambos momentos temporales en el rango clínico según los datos de progenitores (valores mayores a 7) y en el rango límite según la información de los niños (valores próximos a 6). Sin embargo, los niños que participaron en Super Skills for Life fueron clasificados en el rango límite en la línea base y tras la intervención cerca del rango normal (valores próximos a 5).

A nivel de conducta prosocial no hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas al tratamiento (padres  $p = .884$ , niños  $p = .445$ ). Del mismo modo, en la clasificación de Goodman los participantes en Super Skills for Life y quienes formaron el grupo control fueron categorizados (según datos de niños y adultos) en el rango normal antes y después de la intervención (valores 6-10).

## **2.2 Eficacia de Super Skills for Life en la autoestima**

Los efectos de Super Skills for Life en la autoestima de los niños se evaluaron comparando las puntuaciones pretest y posttest de ambas condiciones (grupo de

intervención y grupo control lista de espera) en diferentes facetas de la autoestima: global, académica, social, emocional, familiar y física.

Super Skills for Life apareció asociado a mejoras estadísticamente significativas a nivel de autoestima global ( $p=.002$ ), con un tamaño del efecto medio (Cohen's  $d = 0.48$ ). Asimismo, se obtuvieron beneficios marginalmente significativos a favor del grupo de intervención en las subescalas que evalúan autoconcepto académico ( $p=.093$ ), autoconcepto social ( $p=.065$ ) y autoconcepto emocional ( $p=.052$ ).

No se observan beneficios significativos en las facetas familiar ( $p=.193$ ) y física ( $p=.127$ ) de la autoestima.

### **2.3 Efectos de la intervención en función del género**

En lo que respecta a la eficacia de la intervención en función del género de los niños, los resultados señalan igualdad de eficacia para los diferentes síntomas externalizantes comórbidos, incluido el nivel global de dificultades ( $p=.542$ ).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia de Super Skills for Life en los problemas de conducta ( $p=.618$ ), los síntomas de hiperactividad/inatención ( $p=.589$ ), los problemas en las relaciones con iguales ( $p=.396$ ) y los niveles de conducta prosocial ( $p=.948$ ).

A nivel de autoestima, tras la intervención encontramos resultados semejantes para ambos géneros en la autoestima global ( $p=.45$ ), así como en las facetas emocional ( $p=.351$ ), familiar (.478) y física ( $p=.907$ ) del autoconcepto. Sin embargo, los resultados indican que Super Skills for Life puede no ser igual de eficaz en niños que en niñas para mejorar el autoconcepto académico ( $p=.05$ ) y el autoconcepto social ( $p=.036$ ), obteniéndose mejores resultados en el programa asociados al género femenino.

### OBJETIVO 3

**Publicación 3.** Efficacy of Super Skills for Life Transdiagnostic Program in Children with Mental Health Problems: One-Year Outcomes in a Clinical Setting

#### 3.1 Análisis de abandono durante los seguimientos

El porcentaje de familias que completaron la intervención y acudieron a los diferentes seguimientos varió aproximadamente entre el 88% y 97%.

De las 43 familias que participaron en la intervención Super Skills for Life, 38 completaron la evaluación post-tratamiento, con una tasa de abandono del 11.6%.

Respecto a los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses de la intervención, las tasas de retención fueron del 91-97%. En el seguimiento a los 3 meses la tasa de abandono fue del 8.10%, en el seguimiento a los 6 meses del 3% y a los 12 meses del 9%. Las familias que no acudieron a los seguimientos no pudieron ser localizadas, no asistiendo tampoco a la unidad de salud mental infanto-juvenil, sin posibilidad de conocer las razones del abandono.

En los diferentes seguimientos, la situación clínica de los niños permitió continuar con las citas de seguimiento programadas sin nuevas sesiones de psicoterapia, a excepción de 2 niños (6%) que antes del seguimiento a los 12 meses requirieron abordaje individual, y por tanto no participaron en el seguimiento anual.

El análisis de regresión logística señala ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los niños que completaron las evaluaciones en cualquier momento y aquellos que abandonaron el programa de forma prematura, tanto para las variables sociodemográficas como las clínicas ( $p > .05$ ). Una excepción supone las puntuaciones en el diagnóstico de trastornos de ansiedad (K-SADS-PL Ansiedad,  $OR = .6.50$ , 95% CI = .1.09, 38.63;  $p = .04$ ). Los niños con menos ansiedad tendieron a abandonar prematuramente en comparación con los niños con más ansiedad, quienes permanecieron hasta el final del estudio. De este modo, un porcentaje significativamente más elevado de niños con trastornos de ansiedad se mantuvieron en el post-test (82.9% vs 17.1%,  $p = .002$ ), el

seguimiento a los 3 meses (75.6% vs 24.4%,  $p=.01$ ), el seguimiento a los 6 meses (75.6% vs 24.4%,  $p=.005$ ), y el seguimiento anual (68.3% vs 31.7%,  $p=.02$ ).

### **3.2 Eficacia de Super Skills for Life en la remisión del diagnóstico clínico a medio y largo plazo**

Para examinar la eficacia de Super Skills for Life en la remisión del diagnóstico clínico se empleó la entrevista diagnóstica K-SADS-PL con los niños y sus cuidadores principales en diferentes momentos temporales. Los resultados muestran una reducción general de los diagnósticos clínicos tras la intervención y a lo largo de los seguimientos.

El número de niños que cumplía criterios diagnósticos para cualquier trastorno de ansiedad disminuyó de forma estadísticamente significativa en el post-test en comparación con la línea base ( $p\leq.001$ ). Los beneficios del programa en la remisión del diagnóstico de trastorno de ansiedad se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses ( $p\leq.001$ ), así como en los seguimientos a los 6 ( $p\leq.001$ ) y 12 meses ( $p\leq.001$ ). Se decidió aplicar la corrección de Bonferroni considerando el número de comparaciones realizadas, siendo todos los resultados previos estadísticamente significativos ( $p\leq.002$ ).

También disminuyó el número de niños con criterios suficientes para el diagnóstico de trastornos relacionados con factores de trauma y estrés tras la participación en Super Skills for Life con respecto a la línea base ( $p\leq.001$ ). El descenso de los síntomas se mantuvo en frecuencia e intensidad suficiente como para que los niños continuaran no cumpliendo criterios diagnósticos en el seguimiento a los 3 meses ( $p\leq.001$ ), el seguimiento a los 6 meses ( $p\leq.001$ ) y el seguimiento anual ( $p\leq.001$ ). Los beneficios de la intervención fueron estadísticamente significativos con la aplicación de la corrección de Bonferroni ( $p\leq.002$ ).

Respecto a los beneficios en los criterios diagnósticos de cualquier trastorno depresivo, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la remisión del diagnóstico tras la intervención ( $p=.31$ ), ni a lo largo de los seguimientos, manteniéndose en ausencia de beneficios significativos (3 meses,  $p=.31$ ; 6 meses,  $p=.31$ ;

12 meses,  $p=.31$ ). En la interpretación de los resultados cabe destacar que sólo se dispuso de un caso con diagnóstico relacionado con trastornos depresivos.

### **3.3 Eficacia de Super Skills for Life para los síntomas de ansiedad y depresión a medio y largo plazo**

La eficacia del programa en los síntomas internalizantes fue evaluada mediante medidas auto y heteroinformadas en 4 momentos temporales, tras la intervención y en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses una vez finalizada ésta.

La intervención Super Skills for Life aparece en la muestra asociada a reducciones estadísticamente significativas en medidas de ansiedad evaluadas por niños y cuidadores a lo largo de los diferentes momentos temporales.

Respecto a los síntomas de ansiedad, aparecen reducciones estadísticamente significativas en los síntomas de ansiedad tras la intervención según lo evaluado por los niños ( $p\leq.001$ ) y por los progenitores ( $p\leq.001$ ). Estas reducciones se mantuvieron significativas en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses una vez finalizada la intervención, tanto cuando los informantes fueron los niños (3 meses,  $p\leq.001$ ; 6 meses,  $p\leq.001$ ; 12 meses,  $p\leq.001$ ), como cuando fueron los padres (3 meses,  $p\leq.001$ ; 6 meses,  $p\leq.001$ ; 12 meses,  $p\leq.001$ ). Los datos fueron estadísticamente significativos con la corrección de Bonferroni ( $p\leq.002$ ).

En relación con la interferencia de la ansiedad en la vida cotidiana, encontramos beneficios de la intervención en el nivel de interferencia de la ansiedad al terminar la intervención y a lo largo de los seguimientos, tanto analizando la información facilitada por los cuidadores principales ( $p<.05$ ) como cuando se analizaron las respuestas de los niños ( $p<.05$ ). La menor interferencia de la ansiedad tras Super Skills for Life (post-test) continuó siendo significativa al aplicar la corrección de Bonferroni cuando se analizaron las medidas infantiles ( $p=.001$ ), pero no según los datos parentales ( $p=.005$ ). No obstante, según la información de los progenitores los beneficios del programa en la interferencia de la ansiedad aumentaron a lo largo de los 3 seguimientos, alcanzando la significación estadística ( $p\leq.001$ ) cuando el valor de esta se ajustó a lo requerido por la

corrección de Bonferroni ( $p \leq .002$ ). La información de los niños respecto a la interferencia de la ansiedad continuó siendo significativa tras la corrección de Bonferroni en los seguimientos a los 3 y 12 meses del seguimiento ( $p \leq .001$ ), no así a los 6 meses ( $p = .04$ ).

En cuanto a los síntomas depresivos, los niños refirieron una disminución estadísticamente significativa en los síntomas depresivos tras la intervención en comparación con la línea base ( $p \leq .001$ ), así como en los seguimientos a los 3 meses ( $p = .01$ ), los 6 meses ( $p = .02$ ) y los 12 meses ( $p = .007$ ). Sin embargo, si ajustamos la significación a la corrección de Bonferroni ( $p \leq .002$ ), únicamente los resultados en el post-test cumplirían con la exigencia estadística.

### **3.4 Eficacia de Super Skills for Life para el nivel global de problemas a medio y largo plazo**

Los efectos de Super Skills for Life en el nivel global de problemas de los niños se evaluaron comparando las puntuaciones otorgadas por los cuidadores principales en la línea base, en el posttest y en los 3 seguimientos (3, 6 y 12 meses).

Super Skills for Life apareció asociado a mejorías estadísticamente significativa en el nivel global de problemas en todos los momentos temporales: tras la intervención ( $p \leq .001$ ), 3 meses después de haber finalizado ésta ( $p \leq .001$ ), 6 meses después ( $p \leq .001$ ) y en el seguimiento al año ( $p \leq .001$ ). Los beneficios de la intervención sobre el nivel global de problemas fueron estadísticamente significativos al aplicar la corrección de Bonferroni ( $p \leq .002$ ), tanto tras la intervención como en los diferentes seguimientos (3, 6 y 12 meses).

# Discusión

Los estudios que componen esta Tesis Doctoral fueron llevados a cabo con el fin de contribuir al conocimiento de la intervención en los trastornos emocionales en la infancia y aportar evidencia científica de la eficacia de una intervención transdiagnóstica grupal aplicada en el contexto del Sistema Público de Salud.

El primer objetivo consistió en evaluar la eficacia a corto plazo de la intervención para la remisión del diagnóstico clínico, los síntomas de ansiedad, la interferencia de la ansiedad y los síntomas de depresión. Para ello en la publicación 1 se compararon los cambios pretratamiento y postratamiento entre los niños que recibieron la intervención Super Skills for Life y los niños de un grupo control lista de espera en diferentes variables. Los resultados evidenciaron una adecuada tasa de cumplimentación del programa y beneficios a corto plazo en las principales variables analizadas.

El segundo objetivo se abordó en la publicación 2, consistente en analizar la eficacia del tratamiento en comparación con el grupo control en diversos síntomas externalizantes comórbidos al diagnóstico, así como a nivel de autoestima. Se obtuvieron evidencias de eficacia de SSL en el nivel global de dificultades, los problemas en la interacción con iguales y la autoestima. Aparecen diferencias asociadas al género en la eficacia de la intervención en las áreas académica y social de la autoestima, con mejores resultados asociados al género femenino.

El tercer objetivo queda recogido en la publicación 3, en la cual se examina la eficacia de SSL 3, 6 y 12 meses tras la intervención en las variables diagnóstico clínico, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, nivel general de dificultades e interferencia de la ansiedad. Los resultados sugieren que la intervención es eficaz a medio y largo plazo para los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, así como para los síntomas de ansiedad, la interferencia de la ansiedad y las dificultades globales, requiriendo una mejora de la eficacia a largo plazo para los síntomas depresivos.



A continuación, se discuten los resultados obtenidos en cada uno de los estudios correspondientes a los tres objetivos de esta Tesis Doctoral.

**OBJETIVO 1.** *Examinar la eficacia a corto plazo del programa SSL en las tasas de remisión del diagnóstico clínico, en los síntomas emocionales de ansiedad y depresión y la interferencia de la ansiedad.*

El programa Super Skills for Life ha puesto a prueba su eficacia en niños con problemas emocionales sin un diagnóstico clínico en diferentes estudios. No obstante, existen limitaciones en cuanto a datos de eficacia en niños españoles con un diagnóstico clínico (siguiendo manuales de referencia) y en contextos de práctica clínica habitual. Los resultados de la presente Tesis Doctoral se encuentran entre los primeros en examinar la eficacia de SSL en muestras clínicas, así como respecto a la aplicación de programas transdiagnósticos manualizados en formato grupal en niños atendidos en los servicios de salud mental del Sistema Nacional de Salud.

La atención en los servicios públicos de salud, en relación con su situación de déficit de recursos y baja frecuencia de las visitas, suelen conllevar tratamientos que se alargan en el tiempo, con el consiguiente riesgo de abandono prematuro (Wright et al., 2022) y de falta de remisión de la sintomatología clínica. El análisis de los datos de retención y abandono del programa SSL arrojó una permanencia semejante a la de otros programas transdiagnósticos manualizados para niños con problemas emocionales (88.4%), con datos de retención habituales del 82-85% (Bilek y Ehrenreich-May, 2012; Djurhuus y Bikic, 2019).

Con relación a la aplicabilidad del programa en contextos de práctica clínica habitual, es importante señalar el porcentaje de niños excluidos del estudio. El 14% de los niños remitidos no cumplieron los criterios de inclusión/exclusión del programa debido a la presencia moderada-grave de problemas externalizantes que requirieron del tratamiento empíricamente validado. Estudios internacionales similares reportan tasas de exclusión del 18.5-41% (Bilek and Ehrenreich-May, 2012, Caiado et al., 2022, Villabø et al., 2018).

A nivel de remisión del diagnóstico clínico, las tasas de remisión parcial o total en los niños que participaron en SSL fueron elevadas en comparación con el grupo control para los trastornos con adecuada representación en la muestra. El 85% de los participantes en SSL (vs el 0-2% del grupo control) no cumplieron criterios diagnósticos tras la intervención y no necesitaron atención extra antes de la visita de seguimiento a los 3 meses. Estos resultados siguen la línea de los encontrados por otros programas transdiagnósticos basados en la TCC para niños con problemas emocionales. Así por ejemplo, el Protocolo Unificado para niños (UP-C) reporta datos de remisión del 78% para los trastornos de ansiedad y del 80% para los trastornos depresivos (Bilek y Ehrenreich-May, 2012), mientras que el programa Coping Cat aplicado en un contexto comunitario europeo obtiene tasas de remisión del trastorno de ansiedad principal del 65% (Villabø et al., 2018).

Los niños que recibieron la intervención obtuvieron reducciones estadísticamente significativas tras la finalización de SSL en síntomas globales de ansiedad y de depresión cuando estos fueron evaluados por los niños, siendo marginalmente significativos los beneficios según lo percibido por los progenitores. Los resultados de eficacia cuentan con el apoyo estadístico de la comparación con datos de niños de un grupo control lista de espera.

La interferencia de la ansiedad en los participantes de SSL mejoró de forma significativa tras la intervención en diferentes áreas: escolar, social y dentro del hogar. Los padres de los niños refirieron asimismo mejorías estadísticamente significativas en la interferencia de la ansiedad dentro del hogar. Los progenitores no percibieron beneficios significativos en la interferencia de la ansiedad fuera del hogar o en sus propias vidas. Es posible que para los padres sea difícil evaluar adecuadamente los cambios conductuales en los contextos en los que no están presentes, siendo de relevancia disponer de información de los adultos de dichos entornos (p.e. escolar). Los resultados concuerdan con los de estudios previos (p.e. Fernández-Martínez, Morales et al., 2019), sugiriendo que el periodo de 8 semanas entre el pretest y el post-test puede no ser suficiente como para que los padres perciban cambios significativos en la interferencia de la ansiedad. Los estudios de seguimiento a largo plazo apoyan esta

hipótesis, habiéndose encontrado reducciones significativas en la interferencia de la ansiedad informada por los cuidadores un año después de la intervención (Fernández-Martínez et al., 2020).

Se obtuvieron asimismo beneficios estadísticamente significativos en los niños participantes en SSL en comparación con el grupo control en otras medidas de depresión y ansiedad como son los síntomas de disforia, la ansiedad de separación y la fobia social. No fue así para la autoestima negativa, los síntomas de pánico/agorafobia, fobia específica, ansiedad generalizada y obsesiones/compulsiones. Los resultados son consistentes con ensayos previos a corto plazo, en los que la eficacia para estos síntomas no es consistentemente significativa (Melero, Orgilés, Espada et al., 2021; Orgilés et al., 2020). No obstante, la investigación de eficacia a largo plazo de SSL indica que variables sin beneficios significativos en el post-test alcanzan la significación estadística en el seguimiento (Orgilés, Garrigós et al., 2020). Es por ello de relevancia contar con datos de eficacia a medio y largo plazo.

Los análisis de eficacia según el género de los niños señalan igualdad de eficacia en términos generales, no encontrando limitaciones a este respecto salvo en la medida de síntomas obsesivo-compulsivos. En algunos estudios sobre eficacia de SSL aparecen diferencias post-tratamiento asociadas al género de los niños que desaparecen en el seguimiento anual (Essau et al., 2014; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). No se cuenta con una explicación en la literatura para estos resultados, requiriendo de nuevas investigaciones que examinen y permitan responder a estas cuestiones.

En relación a la discrepancia entre informantes, cabe recordar que la literatura señala a los niños como mejores informadores de experiencias relacionadas con el mundo interno, como los síntomas internalizantes (p.e. ansiedad, depresión) (Comeche y Vallejo, 2012). Otros autores sugieren que dado el carácter intrapersonal de estos síntomas, para los progenitores puede ser difícil valorarlos, siendo los niños más sensibles que sus padres en su apreciación (Achenbach et al., 1987).

Otras explicaciones pueden estar en la base de estos resultados, como son el aumento de la capacidad de los niños y sus padres para entender e identificar cogniciones, emociones y sensaciones a raíz de la intervención, que incluye

componentes de psicoeducación y reconocimiento emocional. Por ello, la evaluación de otras variables como las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia, el bienestar global y la interferencia pueden ser de utilidad. Por otro lado, las estrategias parentales que se desarrollan para hacer frente a las dificultades en los niños y resultan en intentos disfuncionales (Beato et al., 2017; Casabianca, 2010), posiblemente no hayan sido del todo modificadas en las 8 semanas de intervención. Además, estudios que evalúan la eficacia de programas manualizados transdiagnósticos en la infancia sugieren que la ausencia de beneficios estadísticamente significativos en variables esperadas puede estar relacionada con aspectos del proceso de búsqueda y recepción de ayuda, asociando mayores recursos parentales a la búsqueda proactiva de ayuda respecto a la derivación estándar a un servicio sanitario (Djurhuus y Bikic, 2019). Las familias atendidas en los servicios públicos de salud presentan diferencias en recursos personales, estatus socioeconómico y motivación hacia el tratamiento, entre otros, que pueden interferir en su capacidad para participar en el proceso terapéutico, en las sesiones, en las tareas fuera de sesión y en las habilidades asociadas a esta.

**OBJETIVO 2.** *Examinar la eficacia a corto plazo de SSL en los síntomas comórbidos al diagnóstico, en concreto los problemas conductuales, el déficit en conductas prosociales, los problemas en la interacción con iguales, los síntomas de inatención e hiperactividad y la baja autoestima.*

Los resultados derivados del análisis comparativo de SSL con un grupo control lista de espera indican que la intervención tiene un impacto positivo a corto plazo en síntomas externalizantes y autoestima, en consonancia con estudios de prevención indicada previos (Orgilés, Fernández-Martínez, Espada et al., 2019).

La intervención fue igual de efectiva a nivel de síntomas externalizantes en niños que en niñas, no apareciendo diferencias asociadas al género.

Tras la intervención aparecen beneficios estadísticamente significativos en el nivel global de dificultades en medidas autoinformadas y heteroinformadas, así como en las dificultades en la interacción con iguales según lo reportado por los progenitores.

A diferencia de estudios previos, los resultados de esta Tesis Doctoral incluyen medidas simultáneas de niños y adultos para la misma variable, permitiendo analizar la concordancia entre observadores y valorar en caso de discordancia los datos de los mejores informantes según el tipo de variables. Así, los beneficios del programa relacionados con el entrenamiento en habilidades sociales (habilidades básicas, resolución de conflictos sociales, role-playing, práctica en vivo, etc.) es posible que sean mejor identificados por los adultos, señalados en la literatura como los mejores informantes para los síntomas externalizantes (Comeche y Vallejo, 2012). Los resultados de eficacia de SSL con los que contábamos hasta la fecha no encontraban mejorías estadísticamente significativas a corto plazo en la interacción con iguales (Essau et al., 2014; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada et al., 2019), siendo una relevante novedad los resultados obtenidos. La muestra de este estudio se compuso de niños con un diagnóstico clínico, a diferencia de las investigaciones previas realizadas con muestras comunitarias o subclínicas, de forma que los niños atendidos en los servicios de salud mental (con mayores niveles de gravedad e interferencia, lo cual puede incluir también mayores dificultades sociales con iguales) pueden verse especialmente beneficiados de esta intervención.

Sin embargo, los síntomas de inatención/hiperactividad y de problemas de conducta no alcanzaron la significación estadística a corto plazo. Los resultados se encuentran en la línea de lo observado en estudios previos de eficacia de SSL. En estos estudios no aparecen resultados significativos tras la intervención, aunque sí en los seguimientos a los 6 y 12 meses (Essau et al. 2014, Orgilés, Fernández-Martínez, Espada et al., 2019). Sería esperable encontrar también beneficios a largo plazo en este estudio; no obstante, los resultados no pueden extrapolarse dadas las diferencias en la población a la que van dirigidos (prevención/tratamiento), siendo de relevancia disponer de seguimientos a medio y largo plazo que evalúen la eficacia del programa en muestras clínicas.

Es asimismo importante señalar que el 31.6% de los participantes en SSL (y el 36% del grupo control) cuentan con un diagnóstico comórbido de TDAH cuyo tratamiento farmacológico se mantuvo invariable durante la intervención, lo cual podría

estar relacionado con la ausencia de significación estadística a nivel de inatención/hiperactividad y problemas de conducta a pesar de los cambios en la clasificación de Goodman.

En relación a los problemas de conducta, un posible efecto suelo en la medida del SDQ (cabe recordar la exclusión del 14% de la muestra por problemas de conducta moderados-graves), junto con el principal foco de la intervención (trastornos emocionales), podrían contribuir a explicar los resultados encontrados. Algo similar podría suceder en el nivel de conducta prosocial, no mejorado de forma significativa con la intervención y situado en rango no clínico antes de comenzar ésta (efecto techo). Sería interesante que futuros estudios de eficacia incluyan medidas de problemas de conducta provenientes de otros cuestionarios, así como niños con mayor gravedad y sesiones parentales, tal y como se recomienda en el tratamiento empíricamente validado de la hiperactividad y los problemas de conducta.

Respecto a la eficacia del programa SSL a nivel de autoestima, se encuentran beneficios estadísticamente significativos en el nivel global de autoestima en los participantes en SSL, en comparación con los niños del grupo control lista de espera. Asimismo, aparecen mejorías significativas en las facetas académica, social y emocional del autoconcepto. En las áreas académica y social, las niñas, en contraposición a los niños, obtuvieron puntuaciones más altas a nivel de satisfacción académica y social. Es posible por tanto que el programa tenga efectos diferenciales según el género. No obstante, se requieren datos de seguimiento, así como replicación y contrastación con futuras investigaciones.

Los beneficios en los síntomas emocionales (ver resultados/discusión 1) junto con los obtenidos en las relaciones con iguales, unidos a las habilidades sociales y de regulación emocional, podrían contribuir a la mejora observada en la autoestima. Por otro lado, los cambios en los síntomas de hiperactividad/inatención, unidos a la menor interferencia de los síntomas internalizantes y externalizantes, podrían asociarse con mejoras en la ejecución y autoestima a nivel académico. Estos beneficios pueden verse incrementados en el medio y largo plazo con mayores oportunidades para practicar las habilidades aprendidas y una mayor vivencia de experiencias positivas. Estudios de

eficacia previos encuentran que la autoestima académica, social, emocional y física aumentan de forma estadísticamente significativa un año después de la intervención (Orgilés, Garrigós et al., 2020). Los beneficios a nivel de autoestima en muestras clínicas son de especial relevancia, dada la menor autoestima de los niños con problemas de salud mental respecto a muestras comunitarias (Martinsen et al., 2021).

Es igualmente importante señalar que los niños participantes en el estudio se encuentran en el periodo de la preadolescencia, experimentado los primeros cambios físicos relacionados con la pubertad habitualmente asociados a descensos normativos a nivel de autoestima (Martinsen et al., 2021; Tirlea et al., 2019).

Tanto los niños como sus cuidadores principales encuentran beneficios estadísticamente significativos tras la intervención a nivel de malestar e interferencia en el corto plazo, no siendo así en el grupo control lista de espera. Ello hace que SSL sea un tratamiento prometedor para atender la comorbilidad especialmente en contextos con limitaciones. No obstante, se requieren más investigaciones para poder concluir respecto a la recomendación del tratamiento.

**OBJETIVO 3.** *Examinar la eficacia a medio y largo plazo de SSL en la remisión de diagnóstico clínico, la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa, el nivel general de dificultades y la interferencia de la ansiedad.*

En este estudio se evaluó la eficacia del programa transdiagnóstico SSL en formato grupal a lo largo de diferentes momentos temporales. Los estudios de eficacia a largo plazo de SSL con los que se contaba hasta la fecha fueron realizados con muestras subclínicas y/o sin un diagnóstico clínico, requiriendo de investigaciones que permitan conocer la estabilidad de los efectos de la intervención en muestras clínicas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia a medio y largo plazo del programa SSL aplicado en una unidad de salud mental infanto-juvenil de la red del Sistema Público de Salud para la remisión del diagnóstico de los niños, los síntomas de ansiedad y de depresión, y el nivel global de dificultades.

Para evaluar la eficacia de la intervención en la remisión total o parcial del diagnóstico clínico se analizaron los porcentajes de niños que cumplieron criterios diagnósticos en los diferentes seguimientos. La literatura orienta a unas tasas de eficacia de la terapia psicológica (de orientación cognitivo conductual) que alcanzan el 50-70% en la ansiedad, siendo menor para la depresión (Chu et al., 2016).

Entre los participantes en SSL con algún trastorno de ansiedad en la línea base, el 87% dejaron de cumplir criterios diagnósticos tras la intervención. El porcentaje de remisión aumentó en el seguimiento a los 3 meses, con el 92% de los niños no cumpliendo criterios diagnósticos para ningún trastorno de ansiedad (nuevo o previo). En el seguimiento a los 6 meses el porcentaje fue del 97%, y en el seguimiento a los 12 meses el 100% de los niños no cumplió criterios diagnósticos para ningún trastorno de ansiedad. En todos los casos el análisis estadístico de los resultados permite concluir la existencia de disminuciones estadísticamente significativas.

El análisis de eficacia para los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés arroja resultados similares. El porcentaje de remisión tras la intervención para estos trastornos fue del 96% al terminar la intervención y del 100% en los diferentes seguimientos: 3, 6 y 12 meses. En estos meses los niños tampoco cumplieron criterios para el diagnóstico de un nuevo trastorno relacionado con trauma y factores de estrés diferente al diagnóstico inicial. Cuando los datos se analizaron de forma estadística se obtuvieron beneficios significativos para esta variable en todos los momentos temporales.

En cuanto a la eficacia en los trastornos depresivos, en la línea base únicamente un caso presentaba algún diagnóstico relacionado con estos trastornos, no cumpliendo criterios diagnósticos tras la intervención ni en el seguimiento a los 3, los 6 y los 12 meses. No obstante, los resultados no alcanzaron la significación estadística, pudiendo estar este hecho relacionado con el bajo tamaño muestral.

La literatura apunta hacia una recidiva en el diagnóstico clínico de entre el 30% y el 50% para la ansiedad, depresión y estrés postraumático infantil (Rith-Najarian et al., 2019), así como efectos positivos a corto plazo asociados a la intervención psicológica que se tornan menos prometedores a largo plazo (Ramdhonee-Dowlot et al., 2021). A



pesar de no disponer de un grupo control lista de espera, dificultado por la contraindicación ética de mantener sin tratamiento a un niño con sintomatología clínica que requiere atención especializada, los resultados de este estudio son prometedores en términos de eficacia a medio y largo plazo.

A nivel de síntomas de ansiedad, la intervención obtuvo efectos estadísticamente significativos mantenidos en el tiempo (a los 3, 6 y 12 meses) en los síntomas de ansiedad evaluados por los niños y por los cuidadores principales, así como en el nivel de interferencia de la ansiedad según ambos informantes. Los resultados concuerdan con los datos de estudios de eficacia previos, en los que los beneficios del programa sobre la ansiedad se manifiestan desde los primeros momentos (tras la intervención) y se incrementan en los seguimientos (Fernández-Martínez et al., 2020; Fernández-Martínez, Morales, et al., 2019; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Se ha argumentado que los progenitores pudieran necesitar un periodo superior de tiempo para detectar cambios significativos en cómo la ansiedad infantil continúa o no afectando a diferentes áreas de la vida. Esta interpretación se ve apoyada por los resultados en la medida de la interferencia de la ansiedad por parte de los adultos de éste y otros estudios (Fernández-Martínez et al., 2020).

En cuanto a los síntomas depresivos, a pesar de los beneficios significativos hallados en el post-test (ver resultados 1/discusión 1), las mejorías no se mantuvieron en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses. Otros estudios de eficacia a largo plazo de SSL sí señalan disminuciones estadísticamente significativas en los síntomas depresivos un año después del tratamiento (Fernández-Martínez et al., 2020; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Cabe destacar la diferencia muestral respecto a estos estudios, estando realizados con muestras de prevención indicada. La literatura apunta a mayores beneficios de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad y el estrés postraumático en la infancia en comparación con la depresión infantil (Rith-Najarian et al., 2019). Así, se pueden encontrar tasas de recidiva de los trastornos depresivos del 26% en niños que recibieron tratamiento (Kovacs et al., 1984) y ausencia de diferencias entre los niños que reciben tratamiento para la depresión y aquellos que no un año después de la intervención (Weisz et al., 2006). Es posible que añadir sesiones de

refuerzo contribuyera a mantener los beneficios post-tratamiento, a pesar de que no se cuenta con una explicación establecida de porqué las ganancias en los síntomas depresivos no se mantienen a largo plazo. Es igualmente importante resaltar que los programas transdiagnósticos basados en la terapia cognitivo-conductual para los síntomas internalizantes en la infancia encuentran beneficios en los síntomas depresivos tras la intervención y a los 12 meses cuando los síntomas son evaluados por los adultos, pero no cuando lo son por los niños (Bilek y Ehrenreich-May, 2012; Loevaas et al., 2020). Se ha apuntado que las medidas parentales son mejores predictores de los trastornos depresivos en los niños cuando estos son menores de 12 años (Lewis et al., 2012).

Respecto a la eficacia a medio y largo plazo de SSL en el nivel general de dificultades, tanto los niños como sus cuidadores principales refirieron mejorías significativas en el nivel global de dificultades a corto y largo plazo, manteniéndose en los diferentes seguimientos hasta un año después de la intervención. Los ensayos previamente realizados obtienen resultados similares a corto y largo plazo (Fernández-Martínez et al., 2020; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). Hallar beneficios tras la intervención en síntomas comórbidos es de especial relevancia práctica, puesto que la comorbilidad es habitual en los contextos clínicos y la eficacia de los tratamientos recomendados para los trastornos emocionales se encuentra menos establecida en cuanto a beneficios a largo plazo en niños con condiciones comórbidas (Rith-Najarian et al., 2019).

Asimismo, los datos de permanencia y abandono prematuro del programa desde el comienzo hasta el seguimiento anual (permanencia del 88%-97%) son similares a los encontrados en la literatura sobre programas grupales transdiagnósticos para niños con trastornos emocionales (Bilek y Ehrenreich-May, 2012; Djurhuus y Bikic, 2019). Los niños con mayores niveles de ansiedad en la línea base fueron los que completaron en mayor medida el programa. Es posible que las familias cuyos hijos/as presentan mayor clínica ansiosa se encuentren más motivadas para completar el tratamiento y acudir a las visitas de seguimiento. Estos resultados son coherentes con los encontrados en un ensayo clínico con características similares, señalando que menores niveles de interferencia de

la ansiedad se asociaron con discontinuación prematura del tratamiento transdiagnóstico (Caiado et al., 2022).

La duración de 8 sesiones de Super Skills for Life y su aplicación en formato grupal pueden contribuir a reducir la carga que para las familias supone continuar padeciendo el malestar de los niños y seguir asistiendo a las sesiones de intervención, previniendo así el abandono prematuro y reduciendo la congestión de los servicios de salud mental del Sistema Público de Salud. Estos aspectos no obstante son objeto de estudio de viabilidad y eficiencia, además de requerir nuevas investigaciones de eficacia a corto y largo plazo.

# Conclusiones

En esta sección se sintetizan las principales conclusiones extraídas de los estudios que componen la presente Tesis Doctoral.

- Los resultados de los estudios que componen esta Tesis Doctoral se encuentran entre los primeros en examinar la eficacia del programa Super Skills for Life en niños con un diagnóstico confirmado de salud mental.
- El programa Super Skills for Life en formato grupal ha demostrado eficacia a corto plazo en niños de entre 8 y 12 años con un trastorno internalizante en síntomas emocionales (ansiedad y depresión), interferencia de la ansiedad, remisión del diagnóstico clínico, problemas con iguales, autoestima y dificultades globales.
- La eficacia a largo plazo de Super Skills for Life en formato grupal en muestras clínicas de niños se observa a nivel de síntomas de ansiedad, remisión de diagnóstico clínico, interferencia de la ansiedad y nivel global de dificultades hasta un año después de haber finalizado el tratamiento.
- Los síntomas depresivos de los niños atendidos en unidades especializadas presentan una buena respuesta al tratamiento Super Skills for Life a corto plazo, no siendo así a medio y largo plazo, requiriendo investigaciones y acciones que mejoren la eficacia en estos síntomas a largo plazo.
- El programa Super Skills for Life es igualmente eficaz en niños que en niñas con un trastorno emocional en las variables de resultado correspondientes a síntomas internalizantes y externalizantes, a excepción de los síntomas obsesivo-compulsivos (mejor respuesta asociada al género masculino) y las facetas académica y social de la autoestima (mejor respuesta asociada al género femenino).

- La capacidad de retención del programa a corto y largo plazo fue elevada ( $\geq 88\%$ ). Únicamente la menor presencia de ansiedad se asoció con la tendencia a abandonar prematuramente el programa y los seguimientos.
- El programa Super Skills for Life aparece como un útil recurso para las unidades de salud mental que atienden niños con problemas internalizantes y comorbilidad frecuente, permitiendo el acceso a tratamientos aplicados con el encuadre requerido para ser eficaces. No obstante, se requiere de nuevas investigaciones que refrenden los presentes resultados.
- Los programas transdiagnósticos grupales, como Super Skills for Life, permiten la aplicación a gran escala de intervenciones empíricamente validas en contextos clínicos con recursos limitados, atendiendo así a un mayor número de niños con problemas emocionales.
- Los resultados de la presente Tesis Doctoral señalan que Super Skills for Life puede ser efectivo para el abordaje de síntomas internalizantes y externalizantes en un contexto de práctica clínica habitual, contribuyendo a la transferencia de estudios de investigación a contextos clínicos reales.

# Limitaciones y desarrollos futuros

Los hallazgos obtenidos en los estudios que componen la presente Tesis Doctoral deben interpretarse a la luz de algunas limitaciones. Considerando estas limitaciones, así como las conclusiones extraídas en esta Tesis Doctoral, se plantean líneas de investigación futuras que permitan continuar avanzando en el tratamiento de los trastornos emocionales en la infancia.

La mayor parte de las limitaciones de esta Tesis Doctoral son comunes a los tres estudios que la integran, puesto que la metodología es compartida.

El tamaño muestral de los estudios es limitado y pertenece a un área específica de la Comunidad Valenciana, comprometiendo así la generalización de los resultados a otras áreas regionales y/o otras unidades de salud mental infanto-juvenil. Sería recomendable contar con ensayos clínicos que dispongan de mayores tamaños muestrales y participantes procedentes de diversas unidades y localidades. De este modo, el análisis de eficacia del programa Super Skills for Life permitiría el estudio de un mayor número de variables, factores mediadores y modulares de resultados, así como análisis separados para diferentes trastornos tanto a corto como a largo plazo. En relación con este aspecto, cabe destacar la baja representación de los trastornos depresivos en la muestra, contando únicamente con dos casos. Se requieren por tanto nuevas investigaciones acerca de la eficacia del programa en estos trastornos.

La mayor parte de los datos se recogieron recurriendo a medidas auto y heteroinformadas. Sin embargo, los síntomas depresivos fueron reportados por los niños sin contar con medidas adicionales parentales. La información multi-informante en esta variable, al igual que añadir a los datos de niños, padres y entorno clínico la información del contexto escolar, permitiría reportar con mayor precisión los efectos del programa.

Exceptuando el último estudio, el error tipo I se estableció en un valor de 0.05 siguiendo investigaciones previas similares (Bilek & Ehrenreich-May, 2012; Essau et al., 2014; Martinsen et al., 2019). Por otro lado, el tamaño muestral cuenta con limitada potencia estadística para detectar efectos en las variables estudiadas.

Otras limitaciones las encontramos en la ausencia de ciego de participantes y terapeutas, pudiendo el efecto Hawthorne haber magnificado el efecto del programa tal y como ha sido sugerido en estudios similares (Fernández-Martínez et al., 2020). Asimismo, la eficacia de la intervención a corto plazo fue analizada en comparación con un grupo control lista de espera, no disponiendo de grupo control en los seguimientos a medio y largo plazo debido a cuestiones éticas. Por ende, es recomendable que futuros estudios incluyan diseños experimentales y que comparen Super Skills for Life con un grupo control activo tras la intervención y en los seguimientos.

Por último, el programa de intervención incluyó la participación de los padres a través de información sobre las sesiones y sugerencias en papel para reforzar la práctica y generalizar las habilidades aprendidas. Otros programas transdiagnósticos como el programa EMOTION (Martinsen et al., 2019) o el Protocolo Unificado para niños UP-C (Kennedy et al., 2018) incluyen sesiones familiares como parte del programa. Sería interesante analizar si añadir sesiones parentales a Super Skills for Life reporta efectos positivos adicionales. Asimismo, variables como las interacciones familiares disfuncionales, las estrategias parentales, los recursos personales de los padres, la motivación de éstos hacia el tratamiento, la presencia de psicopatología en ellos, etc. pueden interferir en el proceso terapéutico y ejercer influencia en la salud mental de los niños. Convendría que las siguientes investigaciones exploraran variables de los cuidadores principales y realizaran estudios de desmantelamiento de componentes que identifiquen mecanismos activos de cambio.

# Referencias

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Arboleda-Flórez, J., y Sartorius, N. (Eds.). (2008). *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*. John Wiley y Sons.
- Beato, A., Pereira, A. I., y Barros, L. (2017). Parenting strategies to deal with children's anxiety: Do parents do what they say they do? *Child Psychiatry and Human Development*, 48(3), 423–433. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0670-3>
- Bilek, E. L., y Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 43(4), 887–897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., Haan, E. De, Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., y Appelboom-Geerts, K. C. M. M. J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384–1394. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318189148e>
- Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D., y Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: A cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487–497. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9194-4>



- Breinholz, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., y Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 416–424. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- Brent, D. A., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, D. y Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906–914. <https://doi.org/10.1097/00004583-199809000-00010>
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., y Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9669-9>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Byrne, G., Connon, G., Martin, E., McHugh, S., y Power, L. (2021). Evaluation of a parent-led cognitive behaviour therapy programme in routine clinical practice: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 486–503. <https://doi.org/10.1111/bjc.12309>
- Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2022). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C) in Portugal: Feasibility study results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., y Arija-Val, V. (2018).

- Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., y Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Cano Vindel, A., y Moriana Elvira, J. A. (2018). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 133-149. [https://injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve\\_121\\_web.pdf](https://injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf)
- Carlucci, L., Saggino, A., y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Casabianca, R. (2010). Las ansiedades infantiles como conductas interaccionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 57–73. <https://revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=102>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. y Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy* 51(9),533–539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., y Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.005>

- Comeche, M. I. y, y Vallejo, M. (Eds.). (2012). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Dykinson.
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K. y Armer, M. (2004). Do you 'want' to play? Distinguishing between conflicted-shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244–258. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.244>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., y Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Del Barrio, V. (2015). Los trastornos depresivos y sus tratamientos. En R. González y I. Montoya-Castilla (Eds.), *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 295-326). Pirámide.
- Dekel, I., Dorman-Ilan, S., Lang, C., Bar-David, E., Zilka, H., Shilton, T., Lebowitz, E. R., y Gothelf, D. (2021). The feasibility of a parent group treatment for youth with anxiety disorders and obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 52(6), 1044–1049. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01082-6>
- Djurhuus, I. D., y Bikic, A. (2019). Is the cool kids programme working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574893>
- Egger, H.L., y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., y Barlow, D. H. (2008). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Oxford University Press.

- Essau, C. A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, *158*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.007>
- Essau, C.A., Conradt, J., Sasagawa, S. y Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: A universal school-based trial. *Behavior Therapy*, *43*, 450-464. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003>
- Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., y Ollendick, T. H. (2014). Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.056>
- Essau, C., y Ollendick, T. (2013). *The super skills for life programme*. University of Roehampton.
- Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2019). Super skills for life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *6*(3), 24–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.3.3>
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., y Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program super skills for life in reducing symptoms of anxiety and depression in young spanish children. *Psicothema*, *31*(3), 298–304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., y Essau, C. A. (2020). One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *262*, 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>

- Galindo-Domínguez, H. (2019). Standardization of the self-concept AF-5 scale by school year and gender in primary education. *Psicología Educativa*, 25(2), 117–125. <https://doi.org/10.5093/psed2019a9>
- Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K., y Weersing, V. R. (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: Test of cross-over effects. *Depression and Anxiety*, 33(10), 939–959. <https://doi.org/10.1002/da.22519>
- Garber, J., y Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- García, F., y Musitu, G. (Eds.). (2023). *AF-5. Autoconcepto forma-5 (5ª edición)*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Ginsburg, G. S., LaGreca, A. M. y Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175–185. <https://doi.org/10.1023/a:1022668101048>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Guo, T., Su, J., Hu, J., Aalberg, M., Zhu, Y., Teng, T., y Zhou, X. (2021). Individual vs. Group

cognitive behavior therapy for anxiety disorder in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.674267>

Halliday, E. R. y Ehrenreich-May, J. (2020). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents. En R. Friedberg y B. Nakamura (Eds.), *Cognitive behavioral therapy in youth: Tradition and innovation. neuromethods* (pp. 251-283). Springer.

Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A. y Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression. Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00148-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00148-5)

Hinton, P. R., McMurray, I., y Brownlow, C. (2004). *SPSS explained*. Routledge Taylor y Francis Group.

In-Albon, T., y Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15–24. <https://doi.org/10.1159/000096361>

Jaureguizar, J., Garaigordobil, M. y Bernaras, E. (2018). Self-concept, social skills, and resilience as moderators of the relationship between stress and childhood depression. *School Mental Health*, 10(4), 488-499. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9268-1>

Jeppesen, P., Wolf, R. T., Nielsen, S. M., Christensen, R., Plessen, K. J., Bilenberg, N., Thomsen, P. H., Thastum, M., Neumer, S. P., Puggaard, L. B., Pedersen, M. M. A., Pagsberg, A. K., Silverman, W. K., y Correll, C. U. (2021). Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(3), 250–260.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4045>

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., y Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>

Kennedy, S. M., Bilek, E. L., y Ehrenreich-May, J. (2018). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior Modification*, 014544551775394. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>

Kim, H. Y., Lundh, L. G., y Harvey, A. (2002). The enhancement of videofeedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety: A single-session experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 19–37. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(02\)00010-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(02)00010-1)

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. Multi-Health Systems.

Kovacs, M. (2011). *CDI. Inventario de depresión infantil*. TEA Ediciones.

Kovacs, M., Feinberg, T. L., Novak, M. C., Paulauskas, S. L., Pollock, M., y Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41(7), 643–649. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790180013001>

Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B., y Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 43–57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.005>

- Last, C., Perrins, S., Hersen, M., y Kazdin, A. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00012>
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., y Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362–372. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014>
- Lewis, K. J. S., Mars, B., Lewis, G., Rice, F., Sellers, R., Thapar, A. K., Craddock, N., Collishaw, S., y Thapar, A. (2012). Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 233–236. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.008>
- Liang, K.-Y., y Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
- Loevaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., Rasmussen, L. M. P., y Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: The results from the EMOTION study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00322-w>
- Long, E. E., Young, J. F., y Hankin, B. L. (2018). Temporal dynamics and longitudinal co-occurrence of depression and different anxiety syndromes in youth: Evidence for reciprocal patterns in a 3-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 234, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.074>



- Lyneham, H. J., Sbrulati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., y Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.008>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., y Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Pedersen, M. L., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Adolfsen, F., y Neumer, S. P. (2021). Change in quality of life and self-esteem in a randomized controlled CBT study for anxious and sad children: Can targeting anxious and depressive symptoms improve functional domains in schoolchildren? *BMC Psychology*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00511-y>
- Melero, S., Morales, A., Tomczyk, S., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2022). Who benefits most from an evidence-based program to reduce anxiety and depression in children? A latent profile analysis. *Development and Psychopathology*, 34(4), 1636–1644. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000249>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., y Morales, A. (2021). Spanish version of super skills for life in individual modality: Improvement of children’s emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2187–2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>
- Melero, S., Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2021). Influence of implementation fidelity on the effectiveness of a T-CBT program targeting emotional problems in childhood. *Studies in Educational Evaluation*, 68, 100975. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2021.100975>

- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., y McClintock, S. M. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 84–98. <https://doi.org/10.1097/PRA.000000000000132>
- Muñoz, I. (2020). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2019*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2019>
- Muris, P., Mannens, J., Peters, L., y Meesters, C. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.001>
- O'Neil, K. A., y Kendall, P.C. (2012). Role of comorbid depression and co-occurring depressive symptoms in outcomes for anxiety-disordered youth treated with cognitive behavioural therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 34(3), 197–209. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/07317107.2012.707086>
- Orgilés, M., Espada, J. P., Ollendick, T. H., y Essau, C. (2022). *Programa super skills. Manual del aplicador*. Universidad Miguel Hernández.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2019). Spanish version of super skills for life: short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Morales, A., Melero, S., y Espada, J. P. (2019). Spanish validation of the child anxiety life interference scale (CALIS-C): Psychometric properties, factorial structure and factorial invariance across gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(5), 756–763. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00879-4>

- Orgilés, M., Garrigós, E., Espada, J. P., y Morales, A. (2020). How does a CBT-based transdiagnostic program for separation anxiety symptoms work in children? Effects of super skills for life. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(2), 9-15. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.1>
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2020). Effectiveness of video-feedback with cognitive preparation in improving social performance and anxiety through super skills for life programme implemented in a school setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082805>
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2022). The child anxiety life interference scale for parents (CALIS-P): Psychometric properties of the Spanish version. *Current Psychology*, 41(5), 3156–3164. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00849-3>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence children's anxiety scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 271–281. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0265-y>
- Orgilés, M., Rodríguez-Menchón, M., Fernández-Martínez, I., Morales, A., y Espada, J. P. (2019). Validation of the parent report version of the Spence children's anxiety scale (SCAS-P) for Spanish children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 776–790. <https://doi.org/10.1177/1359104519835579>
- Orth, U., y Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in*

Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Boddien, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., y Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>

Palitz, S. A. y Kendall, P. C. (2020). Anxiety disorders in children. En E. Bui, M. Charney y A. Baker (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders* (pp. 141-156). Springer Nature.

Paradise, A. W., y Kernis, M. H. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 345–361. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.345.22598>

Pearl, S. B., y Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>

Priede, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruíz, P., y Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Infancia y adolescencia* (pp. 117–141). Pirámide.

Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., y Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the super skills for life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>

- Rhodes, S., Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Byford, S., Farrand, P. A., Gilbody, S., Hollon, S. D., Kuyken, W., Martell, C., O'Mahen, H. A., O'Neill, E., Reed, N., Taylor, R. S., Watkins, E. R., y Wright, K. A. (2014). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behaviour therapy for depression (COBRA): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *15*(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-29>
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., y Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101954. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- Rith-Najarian, L. R., Mesri, B., Park, A. L., Sun, M., Chavira, D. A., y Chorpita, B. F. (2019). Durability of cognitive behavioral therapy effects for youth and adolescents with anxiety, depression, or traumatic stress: A meta-analysis on long-term follow-ups. *Behavior Therapy*, *50*(1), 225–240. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.006>
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: the mixed effects of enhanced videofeedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1435–1451. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.004>
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Ballabriga, M. C. J., Viñas, 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. <https://psicothema.com/pi?pii=3775>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B., Cabré, G. J., y González-Blanch, C. (2017). A systematic review and critique of the economic impact and burden of common mental disorders in Spain. *Ansiedad y Estrés*, *23*(2–3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Santesteban-Echarri, O., Hernández-Arroyo, L., Rice, S. M., Güerre-Lobera, M. J., Serrano-Villar, M., Espín-Jaime, J. C., y Jiménez-Arriero, M. Á. (2018). Adapting the brief coping cat for children with anxiety to a group setting in the Spanish public mental health system: A hybrid effectiveness-implementation pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3300–3315. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1154-9>
- Seligman, L. D., y Ollendick, T. H. (2011). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 217–238. <https://doi.org/10.1016%2Fj.chc.2011.01.003>
- Schneider, B. H. (2009). An observational study of the interactions of socially withdrawn/anxious early adolescents and their friends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 799–806. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02056.x>
- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., y Skarphedinnsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168–180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>
- Silk, J. S., Price, R. B., Rosen, D., Ryan, N. D., Forbes, E. E., Siegle, G. J., Dahl, R. E., McMakin, D. L., Kendall, P. C., y Ladouceur, C. D. (2019). A longitudinal follow-up study examining adolescent depressive symptoms as a function of prior anxiety treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(3), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.012>

- Silverman, W. K., Marin, C. E., Rey, Y., Kurtines, W. M., Jaccard, J., y Pettit, J. W. (2019). Group- versus parent-involvement CBT for childhood anxiety disorders: Treatment specificity and long-term recovery mediation. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 840–855. <https://doi.org/10.1177/2167702619830404>
- Silverman, W. K., Pina, A. A., y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>
- Snell, T., Knapp, M., Healey, A., Guglani, S., Evans-Lacko, S., Fernandez, J., Meltzer, H., y Ford, T. (2013). Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 977-985. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12055>
- Southam-Gerow, M. A., Rodríguez, A., Chorpita, B. F., y Daleiden, E. L. (2012). Dissemination and implementation of evidence based treatments for youth: Challenges and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 527–534. <https://doi.org/10.1037/a0029101>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S. H., Donovan, C., y Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211–221. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.2.211>
- Stadelmann, S., Grunewald, M., Gibbels, C., Jaeger, S., Matuschek, T., Weis, S., Klein, A. M., Hiemisch, A., von Klitzing, K., y Döhnert, M. (2017). Self-esteem of 8–14-year-old children with psychiatric disorders: Disorder- and gender-specific effects. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1), 40–52.

<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0651-6>

Sterba, S. K., Printein, M. J., y Cox, M. J. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: Heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 19(2), 345–366. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070174>

Sukumaran, S., Vickers, B., Yates, P., y Garralda, M. E. (2003). Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(4), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0312-8>

Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J., y Chorpita, B. F. (2019). Treatment features associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(1), S269–S283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>

Tirlea, L., Bonham, M., Dordevic, A., Bristow, C., Day, K., Brennan, L., Haines, T., y Murray, M. (2019). Measuring self-esteem changes in children and adolescents affected by overweight or obesity: A scoping review of instruments currently used in multicomponent weight-management interventions. *Childhood Obesity*, 15(8), 485–501. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0058>

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., y Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381–390. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>

Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E., y De La Peña, F. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Espanolas de Psiquiatría*, 34(1), 36–40. Researchgate.



[https://www.researchgate.net/publication/7252226\\_Inter-rater\\_reliability\\_of\\_the\\_Spanish\\_Version\\_of\\_Schedule\\_for\\_Affective\\_Disorders\\_and\\_Schizophrenia\\_for\\_School-Age\\_Children-Present\\_and\\_Life\\_time\\_Version\\_K-SADS-PL](https://www.researchgate.net/publication/7252226_Inter-rater_reliability_of_the_Spanish_Version_of_Schedule_for_Affective_Disorders_and_Schizophrenia_for_School-Age_Children-Present_and_Life_time_Version_K-SADS-PL)

Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., y Neumer, S. P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(9), 751–764. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>

Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V., y Canals, J. (2017). The natural course of anxiety symptoms in early adolescence: Factors related to persistence. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(6), 671-686. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1347642>

Weisz, J. R., McCarty, C. A., y Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 51*, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>

Whalen, D. J., Luby, J. L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., y Belden, A. C. (2016). Latent class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: Predictors, outcomes, and gender effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 57*(7), 794-804. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12518>

Willner, C. J., Gatzke-Kopp, L. M., y Bray, B. C. (2016). The dynamics of internalizing and externalizing comorbidity across the early school years. *Development and Psychopathology, 28*(4pt1), 1033-1052. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000687>

- Wiltsey Stirman, S., y Comer, J. S. (2018). What are we even trying to implement? Considering the relative merits of promoting evidence-based protocols, principles, practices, or policies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12269. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12269>
- Wolf, R. T., Jeppesen, P., Pedersen, M. M. A., Puggaard, L. B., Thastum, M., Bilenberg, N., Thomsen, P. H., Silverman, W. K., Plessen, K. J., Neumer, S. P., Correll, C. U., Pagsberg, A. K., y Gyrd-Hansen, D. (2022). Cost-effectiveness of a transdiagnostic psychotherapy program for youth with common mental health problems. *BMC Health Services Research*, 22(1), 819. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08187-9>
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: Recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347–351. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/lwolgensinger>
- Wright, B., Tindall, L., Scott, A. J., Lee, E., Cooper, C., Biggs, K., Bee, P., Wang, H., Gega, L., Hayward, E., Solaiman, K., Teare, M. D., Davis, T., Wilson, J., Lovell, K., McMillan, D., Barr, A., Edwards, H., Lomas, J., ... Marshall, D. (2022). One session treatment (OST) is equivalent to multi-session cognitive behavioral therapy (CBT) in children with specific phobias (ASPECT): Results from a national non-inferiority randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 39-49. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13665>
- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V, Zhou, X., y Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence Based Mental Health*, 24(4), 153–160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>

# Anexos

## Publicación 1

### Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting

Sara Diego<sup>1,2</sup>, Alexandra Morales<sup>2</sup> y Mireia Orgilés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Clínico Universitario de Valencia*

<sup>2</sup>*Universidad Miguel Hernández de Elche*

## Artículo publicado en Behavior Therapy

### Referencia

Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting. *Behavior Therapy*.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.003>

## **Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting**

**Sara Diego**

Miguel Hernández University

Hospital Clínico Universitario de Valencia

**Alexandra Morales**

**Mireia Orgilés**

Miguel Hernández University

### **Abstract**

Super Skills for Life (SSL) is a CBT-transdiagnostic group intervention currently being translated and validated in multiple countries. In Spanish children, it has shown a positive impact on anxious and depressive symptoms, as well as other variables such as self-concept, prosocial behaviors, or behavioral problems. However, the effectiveness of the program to treat internalizing symptoms in children with a mental disorder in a clinical setting has not been examined so far. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of SSL in a Spanish sample of children with a major internalizing disorder. Participants aged 8–12 years (71.6% boys) were randomly allocated to the SSL group ( $n = 43$ ) or the waiting list control (WLC) group ( $n = 43$ ). All children and their parents completed a series of measures before the first session and after the last session or at about

the same time in the WLC group. The effectiveness of the intervention was assessed using generalized estimating equations. Significant reductions from pretest to posttest across multiple outcomes were found in children who participated in SSL group compared to those in the WLC group, including anxiety symptoms (SCAS,  $p = .02$ ), anxiety interference (CALIS,  $p = .002$ ), depressive symptoms (CDI,  $p = .033$ ) and remission from diagnosis (K-SADS,  $p < .001$ ). This study provides initial support for SSL as an effective treatment for children with emotional disorders in clinical settings. Future studies are needed to analyze long-term effects and broader benefits of the program in clinical contexts.

**Keywords:** anxiety; depression; children; transdiagnostic; treatment

Anxiety and depressive disorders are among the most common mental health problems in children and adolescents, with international prevalence ranging from 5–20% for anxiety (Orgilés et al., 2020) and 3–20% for depression (Garber et al., 2016). The point prevalence of depressive disorders and depressive symptoms in Spanish schoolchildren is 3.4% and 11.6%, respectively, with a rate of 11.8% for anxiety disorders (Priede et al., 2021). Both conditions are considered emotional disorders: disorders associated with anxiety, mood, and other related problems such as somatic or dissociative symptoms (Bullis et al., 2015). In Spain, anxiety and depression are considered the most important emotional disorders, accounting for about 50% of annual mental health costs (Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Both conditions, as reported in previous studies, tend to co-occur (Muris et al., 2017), suggesting a strong association between anxiety and depressive symptoms in children and adolescents. Comorbidity rates are up to 82%

(Romero-Acosta et al., 2010), specifically the prevalence for the co-occurrence of depression in children with a primary anxiety disorder is 73–82%, while 17–32% children have anxiety symptoms in the presence of a prior depressive disorder (Muris et al., 2017, Romero-Acosta et al., 2010). Prevalence studies in Spanish samples yielded similar numbers (Canals-Sans et al., 2018, Canals et al., 2019, Fernández-Martínez et al., 2019a). In addition, it is reported that anxiety and depressive symptoms remain relatively stable throughout childhood, increase in late childhood if left untreated, and are associated with a chronic course and the development of later depressive disorders, anxiety disorders, and substance use disorders in adolescence or adulthood (Broeren et al., 2013, Essau et al., 2014, Long et al., 2018, Sterba et al., 2007).

Furthermore, the presence of internalizing symptoms, related to symptoms occurring and experienced in the person's inner world, such as sadness, worry, nervousness, feelings of loneliness, difficulty concentrating, headache, abdominal pain, and other physical symptoms, among others, are often ignored in infancy and in many cases go untreated into adulthood (Cano-Vindel & Moriana, 2018). Different reasons have been described for this scenario, including the low mean ratio of child and adolescent clinical psychologists in the Spanish public health system. It has recently been reported that Spain is one of the two European countries where there is still no specialization in clinical child and adolescent psychology; additionally, the Spanish ratio of clinical psychologists is three times lower than the overall European one (Muñoz, 2020). Second, the appearance of first anxiety or depressive symptoms is oftentimes not considered severe enough to warrant referral to specialized services (i.e., Child and Adolescent Mental Health Units), which have insufficient resources and cannot provide treatment at the frequency required to be effective. In addition, the lack of specialized professionals

in more accessible services such as primary care results in absence of help from the public health system. Eventually, whenever impairment is high and a referral is considered, the extended time between the referral and the assistance would increase family burden and impairment, resulting in greater disability, more varied and severe symptoms, and an increased risk of poorer treatment response and a chronic course (Cano-Vindel & Moriana, 2018). This situation underscores the importance of providing universal early access to treatment for children and their families with emotional disorders.

Group transdiagnostic intervention programs provided cost-effective and efficient treatment options (Bullis et al., 2015, Essau et al., 2014). Transdiagnostic treatments were developed to address high comorbidity rates, question validity of mental health diagnosis in diagnostic manuals, and difficulties in differential diagnosis. Identified common mechanisms and underlying components in emotional disorders, such as negative affect, maladaptive cognitions, selective attention, avoidance, and dysfunctional emotion regulation strategies, are part of the foundation of this perspective. Moreover, previous studies have found that CBT interventions to manage childhood anxiety have a protective factor for the onset of depressive disorders in youth (Kreuze et al., 2018, Silk et al., 2019). Efficacy studies of transdiagnostic programs for anxiety and depression reported significant reductions in anxiety and depressive symptoms, suggesting greater effects compared to specific programs (García-Escalera et al., 2016).

Meta-analysis studies suggest that there are no differences in clinical outcomes when children receiving group treatment for anxiety are compared to those receiving individual treatment (In-Albon and Schneider, 2006, Sigurvinsdóttir et al., 2020). Moreover, as Santesteban-Echarri et al. (2018) reported, the group format may enhance long-term engagement in child and youth services and generalization of treatment to other

settings, as group interventions provide a therapeutic context representative of everyday situations where generalization is desired. Therefore, implementing transdiagnostic group programs in specialized public mental health services may provide effective treatment to a larger population. There are two CBT group programs translated to Spanish samples for emotional disorders in children: The Super Skills for Life program (SSL; Orgilés et al., 2022a) and the Unified Protocol for children (UP-C; Ehrenreich-May et al., 2021). To our knowledge, efficacy data of the translated UP-C program in Spanish samples have not yet been provided, although there is some evidence of its feasibility and potential usefulness in Portuguese children with an emotional disorder (Caiado et al., 2022). SSL is an 8-week preventive program for 6- to 18-year-olds that targets common risk factors for internalizing disorders such as cognitive distortions, avoidance, emotional management, low self-esteem, social skills deficits, and coping strategies (Priede et al., 2021). The effectiveness of the Spanish program has been proven in nonclinical studies in different age groups and formats: group format with 6- to 8-year-old children (Fernández-Martínez et al., 2019b) and 8- to 12-year-old children (Orgilés et al., 2019a), and individual format with 8- to 11-year-old children (Melero et al., 2021). Faced with the challenge of accessing intensive care for emotional disorders within the Spanish public health system, due to resource constraints such as long waiting lists and an insufficient average ratio of child and adolescent psychologists (Santesteban-Echarri et al., 2018), the characteristics of SSL (length, components, group format) facilitated its implementation in Spanish public mental health services. However, SSL efficacy studies have some limitations, underscoring the need for new studies with control groups and measures reported by children and adults to confirm the promising results. Furthermore, there is no published data from clinical trials or remission of anxiety or depressive disorders. Therefore, the objective of this study is to evaluate the short-term effectiveness of the SSL group version



to reduce anxiety and depressive symptoms in children with a major depressive disorder, anxiety disorder, or trauma- or stress-related disorder with emotional symptoms. This study is particularly relevant because it examines for the first time the benefits of transdiagnostic SSL intervention in real clinical practice. Based on previous preventive studies (Orgilés et al., 2019a), a reduction in anxiety and depressive symptoms in children with clinical diagnoses is expected.

## **Method**

### **PROCEDURE**

Study protocols, procedures, and informed consent forms were approved by the Research Ethics Committee of The Hospital Clínico Universitario in Valencia following Declaration of Helsinki. The clinical trial is registered with ClinicalTrials.gov (NCT05482724) where the full protocol and procedure can be accessed. The participants were referred by the Child and Adolescent Mental Health Department of The Hospital Clínico Universitario in Valencia, Spain. Specifically, to be eligible to participate in the present study, children must meet the following inclusion criteria: (a) were between 8 and 12 years of age, (b) had a diagnosis of an anxiety disorder, a depressive disorder, and/or a trauma- or stress-related disorder with anxiety and/or depressive symptoms, confirmed by a structured diagnostic interview, (c) children and caregivers were able to understand, write and read Spanish; and (d) caregivers agreed to attend all sessions and to receive feedback and suggestions after each session. On the other hand, the exclusion criteria were that the children: (a) had a diagnosis of intellectual disability; (b) had symptoms or a diagnosis of a conduct disorder or an autism spectrum disorder whose severity precluded continued treatment; (c) were at the same time in psychological treatment; and (d)

children who received a psychopharmacological intervention that was unstable and required modification during the study. To validate eligibility children and their parents completed child mental health assessment tools and the informed consent. Assessment was individual, by appointment, paper and pen, and took place in one session at the mental health department facilities so that children and their families could get the support they needed (i.e., understand a word, phrase, or punctuation mark) when they completed the child and parental self-assessment tools. Subsequently, on the same day, a semistructured interview was conducted by an advanced clinical psychology doctoral student with children and parents in the same settings. Participants who met the inclusion criteria and underwent thorough baseline assessment were randomly assigned to the intervention group and wait-listed control group conditions (allocation ratio 1:1) using a factorial design. Simple randomization was performed by an independent investigator via an Excel file while sample size was determined in terms of beta strength and clinical need. Neither parents nor children received any compensation for their participation in this study.

### *Intervention Group*

Participants assigned to the intervention group participated in the Spanish version of the SSL group program (Orgilés et al., 2022a). The intervention was delivered in the Child and Adolescent Mental Health Unit by two hospital clinical psychologists with 3 to 4 years of residency after receiving intensive training in the program, goals, procedures, and session content. To ensure accurate implementation of the protocol, facilitators also received a leader's handbook, which provided a detailed outline of each session, and participants received a children's workbook. In addition, the facilitators attended one meeting per week with a study researcher to clarify questions, highlight key aspects of each session, and monitor the adequacy of implementation. The contents of the program

were conveyed through playful activities in groups of 4 to 6 children. A description of each session and the objectives can be seen at Table 1. Sessions were held by one therapist after school hours once a week for 8 weeks, with each session lasting approximately 1 hour. After each session, parents received a sheet with information on the content of the session and how to reinforce the techniques at home and apply them in a real context. Children and their parents completed a series of measures before the first session (pretest) and after the last session (posttest). The evaluation was performed by an advanced doctoral student in clinical psychology in one session, according to the procedure described in the relevant subsection. The same procedure was used for the pre- and posttest. During the 8 weeks of the program, the children in this group did not participate in any one-on-one psychiatric or psychologist consultations.

Table 1. Description of the Goals and Activities in Each Session

Session	Contents
1 Psychoeducation	<p>Concepts of anxiety and self-esteem.</p> <p>Recognition of anxiety.</p> <p>Improvement in self-esteem.</p>
2 Emotional education	<p>Concept of emotion.</p> <p>Emotion recognition.</p> <p>Assessment and control of subjective well-being.</p>
3 Cognitive restructuring	<p>Concept of thoughts.</p> <p>Recognizing positive and negative thoughts.</p> <p>Recognizing and modifying maladaptive thoughts.</p>
4 Explanation of the ABC scheme	<p>The link between thoughts, emotions, and behaviour.</p> <p>Recognizing and differentiating body signals.</p>
5 Relaxation techniques	<p>Relaxation.</p> <p>Specific regulation strategies (practice).</p>

6	Social skills training	Basic social skills to interact with others. Role-play practice.
7	Problem-solving training	Problem-solving techniques. Practicing through social conflicts posed by children.
8	Review	Review the skills learned so far in the program.

---

### *Wait-List Group*

Participants in the wait-list group (WLC) received no psychological (public or private) intervention during the 8-week duration of the program. Nevertheless, they attended the psychiatric meetings already set up in the psychiatric facilities, when available, to ensure urgent treatment was not required. Both the children and their parents would complete the assessment, conducted by an advanced doctoral student in clinical psychology, at about the same time and following the same process as the intervention group (pretest and after 8 weeks). Families have been informed that children in this group will receive the intervention once the posttest visit is completed.

## PARTICIPANTS

A total of 74 children between the ages of 8 and 12 ( $M = 10.07$ ,  $SD = 1.22$ ) took part. Of these, 53 were boys (71.6%) and 21 girls (28.4%). Most of them did not receive any pharmacotherapeutic treatment (77%). The most common disorders among the participants were separation anxiety disorders, generalized anxiety disorders, specific phobias, and adjustment disorders. The frequencies of all diagnoses for both groups are presented in Table 2.

Table 2. Frequency of Diagnosis at Pretreatment

Diagnosis	SSL ( <i>n</i> = 38)	WLC ( <i>n</i> = 36)
<b>Anxiety disorders</b>		
Separation anxiety disorder	12	9
Generalized anxiety disorder	8	6
Agoraphobia	2	1
Panic disorder	1	0
Obsessive compulsive disorder	1	1
Social anxiety disorder	3	3
Specific Phobia	16	13
Selective mutism	2	2
Other specified	1	1
<b>Trauma- and stress-related disorders</b>		
Adjustment disorders	17	18
Other specified	2	2
<b>Depressive disorders</b>		
Other specified	1	1

*Note:* SSL = Super Skills for Life; WLC = Wait-list group.

Most mothers and fathers were Spanish (mothers = 98.6%, fathers = 86.5%), currently employed (mothers = 79.7%, fathers = 82.4%), married (68.9%) and in their early 40s (mothers:  $M = 42.64$ ,  $SD = 5.30$ ; fathers:  $M = 41.53$ ,  $SD = 9.35$ ). Thirty-two mothers (43.2%) indicated a past or current mental health problem, while 13 fathers (17.6%) reported having a history of mental health problems. Data on the socio-demographic characteristics of all the participants and separately for the intervention group and the wait-list group are shown in Table 3.

Table 3. Sociodemographic Characteristics of Baseline Participating Children by Intervention Condition

Characteristics	SSL ( <i>n</i> = 38)	Control ( <i>n</i> = 36)	Total ( <i>n</i> = 74)	<i>p</i> - value
Male, <i>N</i> (%)	25 (65.8)	28 (77.8)	53 (71.6)	.25
Mean age ( <i>SD</i> ), years	10.13 (1.16)	10.00 (1.28)	10.07 (1.22)	.64
8 years	5 (13.2)	7 (19.4)	12 (16.2)	.89
9 years	6 (15.8)	5 (13.9)	11 (14.9)	
10 years	8 (21.1)	8 (22.2)	16 (21.6)	
11 years	17 (44.7)	13 (36.1)	30 (40.5)	
12 years	2 (5.3)	3 (8.3)	5 (5.8)	
Pharmacotherapy, <i>N</i> (%)				.33
Yes	7 (18.4)	10 (27.8)	17 (23)	
No	31 (81.6)	26 (72.2)	57 (77)	
Mothers' Mean age ( <i>SD</i> ), years	42.58 (4.70)	42.69 (5.94)	42.64 (5.30)	.46
Fathers' Mean age ( <i>SD</i> ), years	41.87 (9.13)	41.17 (9.69)	41.53 (9.35)	.37
Mean number of siblings ( <i>SD</i> )	1.87 (.52)	2.03 (.94)	1.95 (.75)	.36
Mothers' nationality, <i>N</i> (%)				.30
Spanish	38 (100)	35 (97.2)	73 (98.6)	
Other	0 (0)	1 (2.8)	1 (1.4)	
Fathers' nationality, <i>N</i> (%)				.20
Spanish	35 (92.1)	29 (80.6)	64 (86.5)	
Other	1 (2.6)	5 (13.9)	6 (8.1)	

	Missing data	2 (5.3)	2 (5.3)	4 (5.4)	
Mothers' marital status, <i>N</i> (%)					
	Married	28 (73.7)	23 (63.9)	51 (68.9)	.63
	Separated or Divorced	8 (21.1)	11 (30.6)	19 (25.7)	
	Single	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	
Fathers' marital status, <i>N</i> (%)					
	Married	28 (73.7)	23 (63.9)	51 (68.9)	.63
	Separated or Divorced	8 (21.1)	11 (30.6)	19 (25.7)	
	Single	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	
Does the mother work?, <i>N</i> (%)					
	Yes	31 (81.6)	28 (77.8)	59 (79.7)	.68
	No	7 (18.4)	8 (22.2)	15 (20.3)	
Does the father work?, <i>N</i> (%)					
	Yes	33 (86.8)	28 (77.8)	61 (82.4)	.50
	No	3 (7.9)	6 (16.7)	9 (12.2)	
Mothers' history of mental health problems, <i>N</i>					
(% )					
	Yes	15 (39.5)	17 (47.2)	32 (43.2)	.50
	No	23 (60.5)	19 (52.8)	42 (56.8)	
Fathers' history of mental health problems, <i>N</i>					
(% )					
	Yes	5 (13.2)	8 (22.2)	13 (17.6)	.58
	No	32 (84.2)	27 (75)	59 (79.7)	
	Missing data	1 (2.6)	1 (2.8)	2 (2.7)	
Mothers' educational level, <i>N</i> (%)					
	Primary education	16 (42.1)	16 (44.4)	32 (43.2)	.97
	Compulsory secondary education	13 (34.2)	12 (33.3)	25 (33.8)	

	Higher education	9 (23.7)	8 (22.2)	17 (23)	
Fathers' educational level, <i>N</i> (%)					.99
	Primary education	19 (50)	18 (50)	37 (50)	
	Compulsory secondary education	10 (26.3)	9 (25)	19 (25.7)	
	Higher education	7 (18.4)	7 (19.4)	14 (18.9)	
	Missing data	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	

---

*Note:* SSL = Super Skills for Life; SD = Standard Deviation.

## MEASURES

### *Sociodemographic Variables for Parents and Children*

Sociodemographic variables were collected through questionnaires and prior information, including age, gender, number of siblings, country of birth, and pharmacotherapy in children; and maternal and parental: age, country of birth, education, socioeconomic status, work status, and history of mental health problems.

### *Diagnosis Based on DSM-5 Criteria*

The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for schoolage youths—Present and Lifetime version (K-SADS-PL) was used to assess current emotional disorders. The K-SADS-PL is a semistructured interview for children and adolescents aged 6 to 18 years according to DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 2002). Scores are determined according to the interview questions and specifications. Values of 0 indicate no information, a value of 1 indicates no symptom is present, a value of 2 indicates symptoms are below threshold or that symptoms are suspected or probable but not confirmed, and a value of 3 indicates the presence of threshold symptoms.



Additional questions were included in this study to obtain a diagnosis according to the current DSM-5 classification. Regarding the proposal of this study (e.g., examine the efficacy of SSL to treat anxiety and depressive-related disorders in children), only the diagnosis of any anxiety disorder, depressive disorder, and trauma or stress-related disorder involving anxiety and/or depressive symptoms were considered in the analysis. Considering the diagnosis frequencies (see Table 2), disorders were recoded into the categories K-SADS-PL anxiety, K-SADS-PL depression, and K-SADS-PL trauma to perform a statistically more appropriate analysis.

### *Depression*

Depression symptoms were assessed with the Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). The CDI is a 27-item self-report questionnaire that assesses depressive symptoms experienced in the past 2 weeks in youth ages 7 to 18 (Kovacs, 1992). It provides an overall score and two dimensions values: dysphoria and negative self-esteem. The answer options ranged from 0 (*no symptom present*) to 2 (*severe symptom present*), indicating higher scores with more severe symptoms. In the current study, the Spanish-validated version was used (Kovacs, 2011). Reliability was calculated using ordinal alpha, which can be rated as high for the total score (ordinal alpha = 0.90) and the two subscales: dysphoria (ordinal alpha = 0.83) and negative self-esteem (ordinal alpha = 0.83) (Hinton et al., 2004).

### *Anxiety Symptoms*

The Spence Children's Anxiety Scale Parent-Child Report was used to measure participants' current anxiety (SCAS and SCAS-P; Spence, 1998). The SCAS is used as a

measure of symptom severity of the DSM-IV anxiety disorders in children (American Psychiatric Association, 2002). It consists of 44 items in the children's version (SCAS) and 38 items in the parent-report version (SCAS-P). Symptom frequency is recorded on a 3-point Likert scale from 0 (*never*) to 3 (*always*), with higher scores indicating greater severity of symptoms. Spanish-validated versions of SCAS (Orgilés et al., 2012) and SCAS-P (Orgilés, et al., 2019b) were used. Ordinal alpha in the current study was high (0.89 and 0.94 for child and parent reports respectively). Reliability was also high for the subscales (child and parent reports respectively): panic and agoraphobia (ordinal alpha = 0.85 and 0.89), generalized anxiety disorder (ordinal alpha = 0.83 and 0.81), obsessive-compulsive disorder (ordinal alpha = 0.82 and 0.79), social phobia (ordinal alpha = 0.75 and 0.75) and separation anxiety reported by parents (ordinal alpha = 0.79). Moderate coefficients of reliability were found for the subscales: physical injury fears (ordinal alpha = 0.52 and 0.54 for child and parent reports respectively) and separation anxiety reported by children (ordinal alpha = 0.67).

### *Anxiety-Related Interference*

Children and parents provided measures of anxiety life interference by completing the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS-C and CALIS-P; Lyneham et al., 2013). CALIS-C is a 9-item self-report scale that assesses life interference and impairment related to anxiety in the child's school, social, and home/family settings. The items are grouped into two subscales: at home and outside home interference. Children are asked to rate each item on a 5-point Likert scale from 0 (*not at all*) to 4 (*a great deal*). The parent's version uses three subscales, two of which measure children's anxiety-related impact on their own life (inside home and outside home), and the other focuses on how child anxiety impacts the parents' life. Parents are asked to rate each item using

the same Likert scale. CALIS-C and CALIS-P total score is calculated by adding the scores of all the items. Higher scores indicate larger child anxiety-related interference. In the current study, using the Spanish version of the CALIS-C (Orgilés et al., 2019c) and CALIS-P (Orgilés et al., 2022b), reliability was excellent for the total scale (ordinal alpha = 0.91 and 0.90 respectively).

## STATISTICAL ANALYSIS

Statistical analysis was performed using SPSS v.27 software (IBM Corp, 2020). Descriptive statistics were used to describe the sample characteristics. The Mann-Whitney-*U* test was conducted to determine the equivalence of the two conditions (intervention and control) for all variables. This method was chosen since the variables were not normally distributed ( $p > .05$ ) and groups had  $<50$  cases. Cross-tabulation ( $\chi^2$ ) was used for categorical variables. In addition, differences between children who dropped out from the study and those who did not were examined using an attrition analysis performed with the Mann-Whitney-*U* test. Rosenthal's *r* (Rosenthal, 1991) was used when statistically significant differences were found. The effectiveness of the intervention at posttest was assessed using generalized estimating equations (GEE), similar to previous studies evaluating SSL (Fernández-Martínez et al., 2019b, Fernández-Martínez et al., 2020). GEE models are considered a robust method to verify the effectiveness of interventions in randomized controlled trials, even with a reduced sample size (Liang & Zeger, 1986). GEE approach presents a number of advantages compared to other general linear modelling procedures (Liang and Zeger, 1986, Zorn, 2001): (a) does not require that the data be normally distributed, an assumption that is rarely met, and (b) does not assume that the observations are independent for the same individual over time. In fact, GEE models control for correlation in repeated measures within subjects, and (c)

is a valid procedure even when there are missing data since it is not sensitive to attrition. GEE is applicable to data in which the outcome variables take on a wide range of forms (Zorn, 2001), and an exchangeable working correlation matrix for all GEE models is assumed. All models were controlled for gender, age, and baseline measures. Variables were assessed separately, using participants as the unit of analysis and randomization. Finally, reliability for the current sample was calculated according to ordinal alpha for ordinal measures (using *R Studio*; RStudioTeam, 2020).

## **Results**

### ATTRITION

The study design and the flow of participants at baseline and posttest is shown at Figure 1. A total of 38 children and their families (11.6% dropout rate) completed the posttest within the intervention group. The dropout rate for the WLC was 16.3%. Dropouts were due to children and parents not responding to the posttest or stopping attending the Mental Health Unit. The results showed that children who dropped out of the study were similar to those who stayed, with the exception of depressive symptoms, suggesting that children who remained in the program had a higher baseline score of depression than those who discontinued the study ( $p = .01$ ,  $r = .25$ ).

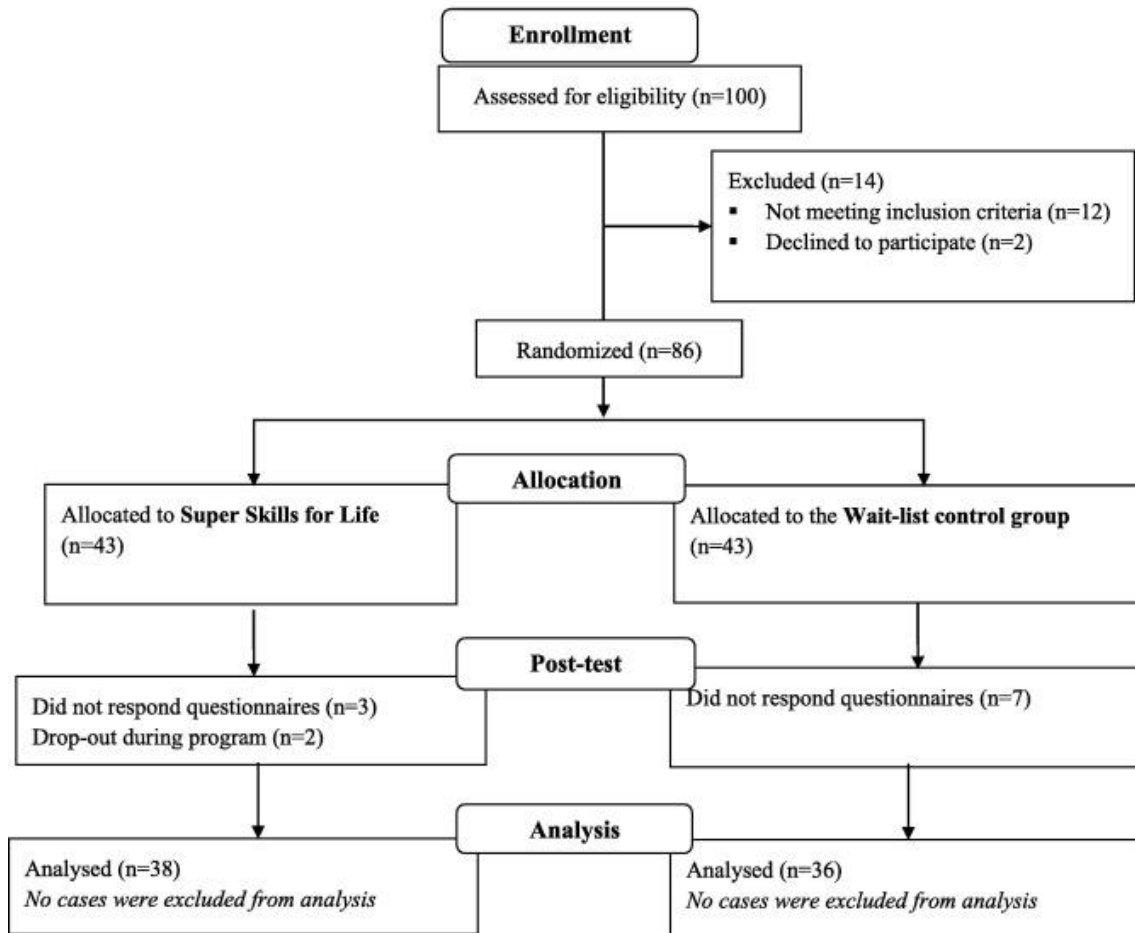


Figure 1. Flow of participants at baseline and posttest.

## BASELINE

Table 3 shows the sociodemographic characteristics of the participants at baseline assessment by groups. At baseline, the intervention and control groups did not differ significantly in terms of sociodemographic characteristics ( $p > .05$ ).

According to the results of the Mann Whitney- $U$  test, there were no significant differences between the groups. At baseline, SSL and WLC scores were equal for depressive symptoms, anxious symptoms, and life interference related to anxiety. Mean values and standard deviations of the pre- and postintervention outcomes reported by group condition are provided in Table 4.

Table 4. Preintervention and Postintervention Means (SD) of the Outcomes

Outcomes	SSL ( <i>n</i> = 38)		Control group ( <i>n</i> = 36)	
	Pre	Post	Pre	Post
<b>Interviews</b>				
K-SADS-PL anxiety	34 (89.5)	5 (13.2)	29 (80.6)	28 (77.8)
K-SADS-PL trauma	17 (55.7)	1 (2.6)	20 (55.6)	20 (55.6)
K-SADS-PL depression	1 (2.6)	0 (0)	1 (2.8)	1 (2.8)
<b>Self-reported</b>				
<b>Depression (CDI total score)</b>	13.79 (5.85)	10.50 (7.43)	15.28 (8.84)	14.78 (6.94)
Dysphoria	8.97 (3.73)	6.68 (4.99)	9.86 (5.81)	9.53 (4.26)
Negative self-esteem	4.82 (2.56)	3.82 (3.08)	5.42 (3.57)	5.25 (3.07)
<b>Anxiety (SCAS total score)</b>	41.05 (15.29)	32.95 (17.65)	44.31 (21.11)	42.14 (18.11)
Panich attack and agoraphobia	6.13 (4.31)	4.95 (4.77)	6.33 (6.13)	5.61 (4.86)
Separation anxiety	8.47 (3.35)	6.34 (4.06)	9.42 (4.09)	9.11 (3.58)
Physical injury fears	5.50 (2.95)	4.55 (3.05)	5.25 (3.29)	5.22 (2.79)
Social phobia	7.03 (3.38)	5.68 (3.50)	7.72 (4.62)	7.61 (3.98)
Obsessive compulsive	5.05 (3.48)	3.79 (3.60)	6.28 (4.70)	5.69 (4.44)

Generalized anxiety disorder / overanxious disorder	8.87 (4.02)	7.63 (4.22)	9.31 (4.67)	8.89 (4.34)
<b>Anxiety Life Interference (CALIS total score)</b>	13.05 (9.12)	8.63 (7.76)	14.25 (10.02)	15.08 (10.01)
Outside home	5.37 (5.13)	3.26 (4.28)	5.75 (5.45)	6.47 (5.66)
Inside home	6.26 (4.07)	4.74 (3.73)	6.83 (4.45)	7.03 (4.45)
<b>Parent reports</b>				
<b>Anxiety (SCAS total score - parents)</b>	33.55 (15.80)	28.87 (14.69)	34.72 (17.49)	33.72 (17.55)
Panich attack and agoraphobia	4.29 (4.21)	3.37 (3.50)	4.08 (4.29)	3.81 (3.97)
Separation anxiety	7.00 (4.08)	6.03 (3.54)	7.64 (4.13)	6.97 (4.12)
Physical injury fears	4.95 (2.91)	4.37 (2.74)	5.03 (3.05)	5.31 (3.20)
Social phobia	6.95 (2.98)	6.05 (3.51)	7.19 (4.10)	7.17 (3.37)
Obsessive compulsive	2.45 (2.34)	2.37 (2.83)	2.75 (3.12)	2.67 (3.15)
Generalized anxiety disorder / overanxious disorder	7.92 (3.49)	6.68 (3.51)	8.03 (4.01)	7.81 (3.94)
<b>Anxiety Life Interference (CALIS total score parents)</b>	28.33 (13.89)	23.29 (13.69)	26.14 (13.70)	25.58 (12.36)

Outside home	8.10 (4.75)	6.60 (5.25)	7.77 (4.73)	7.58 (4.34)
Inside home	8.34 (3.68)	6.65 (3.82)	7.80 (3.99)	7.69 (3.66)
Parent Life	11.86 (7.43)	10.02 (6.83)	10.55 (7.47)	10.30 (6.92)

---

*Note:* SSL = Super Skills for Life; SD = Standard Deviation.

## EFFECTS OF INTERVENTION

The program's effectiveness to treat internalizing symptoms in children with a mental disorder is presented in Table 5. Significant reductions from pretest to posttest across multiple outcomes were found in children who participated in SSL compared to those in the WLC.

Table 5. Generalized Linear Model-Based Estimates 95% Confidence Intervals (CI), and Significance Tests for Intervention Effect on the Outcomes

Outcomes	Pre-post		Sex comparison	
	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value
<b>Interviews</b>				
K-SADS anxiety	.70 (.56, .84)	<.001	-.01 (-.16, .14)	.887
K-SADS trauma	.48 (.32, .63)	<.001	-.05 (-.16, .05)	.326
K-SADS depression	.02 (-.02, .08)	.310	-.004 (-.01, .005)	.368
<b>Self-reported</b>				
<b>Depression (CDI total score)</b>	3.39 (.27, 6.51)	.033	1.28 (-1.32, 3.89)	.334
Dysphoria	2.30 (.38, 4.21)	.019	.71 (-1.13, 2.56)	.449



Negative self-esteem	1.14 (-.29, 2.44)	.118	.52 (-.63, 1.68)	.377
<b>Anxiety (SCAS total score)</b>	7.14 (1.14, 13.13)	.020	-3.53 (-8.66, 1.59)	.177
Panich attack and agoraphobia	.49 (-1.40, 2.38)	.612	.61 (-.79, 2.02)	.39
Separation anxiety	2.21 (.77, 3.66)	.003	-.90 (-2.09, .29)	.141
Physical injury fears	.85 (-.31, 2.03)	.153	-.71 (-1.62, .19)	.124
Social phobia	1.49 (.29, 2.69)	.015	-.58 (-1.79, .62)	.342
Obsessive compulsive	1.41 (-.37, 3.21)	.121	-1.47 (-2.95, -.001)	.050
Generalized anxiety disorder / overanxious disorder	1.05 (-.41, 1.97)	.160	-.71 (-2.34, .90)	.387
<b>Anxiety Life Interference (CALIS total score)</b>	5.89 (2.15, 9.62)	.002	-.01 (-3.12, 3.09)	.992
Outside home	2.96 (.84, 5.08)	.006	1.32 (-.59, 3.24)	.175
Inside home	2.05 (.40, 3.71)	.015	-.66 (-2.01, .68)	.333
<b>Parent reports</b>				
<b>Anxiety (SCAS total score - parents)</b>	4.21 (-.71, 9.14)	.094	-2.21 (-7.13, 2.69)	.377
Panich attack and agoraphobia	.64 (-.70, 1.98)	.352	-.49 (-2, 1.02)	.525
Separation anxiety	.54 (-.66, 1.75)	.378	-.62 (-1.78, .54)	.296
Physical injury fears	.99 (-.03, 2.03)	.059	-.87 (-1.89, .14)	.093
Social phobia	1.03 (-.24, 2.52)	.112	-.45 (-1.55, .64)	.418
Obsessive compulsive	.12 (-.91, 1.16)	.812	-.39 (-1.67, .88)	.543
Generalized anxiety disorder / overanxious disorder	1.06 (-.35, 2.47)	.141	-.11 (-1.38, 1.15)	.862

<b>Anxiety Life Interference</b>	3.42 (-1.20, 8.05)	.147	.69 (-3.28, 4.66)	.732
<b>(CALIS total score parents)</b>				
Outside home	1.13 (-.72, 3)	.232	-.15 (-1.77, 1.45)	.847
Inside home	1.28 (.16, 2.40)	.024	.82 (-.38, 2.04)	.182
Parent Life	.91 (-1.86, 3.70)	.517	-.19 (-2.49, 2.11)	.871

After the intervention, the remission rates (partial or full) based on the DSM-5 criteria (American Psychiatric Association, 2014) for the compound of disorders were 88.46% in the SSL group and 2% in the WLC group. Remission rates for each diagnostic category were: anxiety disorders: 85.29% (29/34) for SSL and 3.45% (1/29) for WLC; depressive disorders: 100% (1/1) for SSL and 0% (0/1) for WLC; trauma or stress related disorders: 94.12% (16/17) for SSL and 0% (0/20) for WLC.

The number of children meeting criteria for an anxiety disorder, a trauma or stress-related disorder, and/or a depressive disorder decreased largely from posttest compared to baseline in the intervention group, while in only one case in the WLC group did it decrease (see Table 4). In the SSL group these reductions reach statistically significant differences for anxiety disorders ( $p < .001$ ) and trauma or stress-related disorders ( $p < .001$ ), but not for depressive disorders ( $p = .31$ ) due to the small number of cases ( $n = 1$ ). In the WLC group, there were no statistically significant reductions for anxiety disorders ( $p = .89$ ), trauma or stress-related disorders ( $p = .33$ ), or depressive disorders ( $p = .37$ ).

Furthermore, after the 8 weeks of intervention, the children in the SSL group reported significant decreases in depression ( $p = .03$ ), dysphoria ( $p = .02$ ), anxiety ( $p = .02$ ), separation anxiety ( $p = .003$ ), social phobia ( $p = .02$ ), and anxiety life

interference ( $p = .002$ ), both outside home ( $p = .006$ ) and inside home ( $p = .02$ ) compared to the WLC. Reductions for the following subscales did not reach statistical significance: negative self-esteem, panic and agoraphobia, physical injury fears, generalized anxiety and obsessive-compulsive symptoms.

As for parent measures, they reported statistically significant improvements in children's anxiety interference inside home ( $p = .02$ ) and a marginally significant improvement in anxiety symptoms ( $p = .09$ ) and physical injury fears ( $p = .06$ ). However, parents did not report significant reductions in their child's anxiety interference, neither outside home nor in their own lives, nor in symptoms of panic and agoraphobia, separation anxiety, social phobia, generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder.

In addition, GEE analysis was performed comparing changes in the outcomes after the intervention between boys and girls (Table 5). The study shows no significant differences between boys and girls in the improvements in almost all variables after participating in the SSL intervention, except for the obsessive-compulsive subscale ( $p = .05$ ).

## **Discussion**

The present study aims to evaluate the short-term efficacy of transdiagnostic Super Skills for Life group program in Spanish children with an internalizing DSM-5 disorder. To our knowledge, this study is among the first to examine the effectiveness of a manualized transdiagnostic group intervention for Spanish children with diagnosed emotional disorders delivered in a real-world setting by mental health services staff.

Regarding treatment retention, 88.4% of children and their families completed the treatment program and assessment in the SSL group and 83.7% in the WLC group. Previous research on manual transdiagnostic group programs for children with emotional disorders reported similar retention rates, around 82–85% (Bilek and Ehrenreich-May, 2012, Djurhuus and Bikic, 2019). At study entry, 14% of the sample were excluded. Exclusion rates found during enrollment in similar studies range from 18.5% to 41% (Bilek and Ehrenreich-May, 2012, Caiado et al., 2022, Villabø et al., 2018). In the referring mental health unit, comorbidity between internalizing and externalizing problems was common, and the main reason children screened for eligibility did not participate was a moderate to severe externalizing problem requiring specific gold-standard treatment ( $n = 12$ ). These are important aspects to consider in the future development and testing of programs adapted to the needs of the Spanish public health system.

Results showed significant immediate reductions in overall self-reported anxiety and depression symptoms, with a marginally significant improvement in parent-reported anxiety symptoms. Similarities in results can be found in other transdiagnostic treatment efficacy studies with similar samples, such as the UP-C (Bilek & Ehrenreich-May, 2012). This study found a significant reduction in child-reported anxiety symptoms but did not find a significant effect for parent-reported anxiety symptoms. Because internalizing symptoms are evaluated, these results can be related to the literature supposing that children are the best reporters of experiences related to infants' internal worlds (Comeche & Vallejo, 2012). Previous literature has suggested that because of the intrapersonal nature of the internalized symptomatology, children are more sensitive to it than their parents, making it difficult for parents to properly assess these difficulties (Achenbach et

al., 1987). In addition, post-interventional changes for boys and girls were analyzed separately, with no gender-specific differences in treatment effectiveness being shown overall. Only the obsessive-compulsive subscale was affected differently, with girls showing more severe symptoms than boys. We do not have a clear explanation for these results. In the original study (Essau et al., 2014) and in a Spanish long-term efficacy study (Orgilés et al., 2019a), gender differences identified at posttest disappear at 12-month follow-up. These authors state that the reason why the gender differences disappeared at follow-up is unclear. Future studies might examine these aspects.

Remission rates in children enrolled in SSL were high compared to those in the WLC group, with over 85% of children not meeting criteria for a major emotional disorder and demonstrating no need for an additional reinforcement visit until the 3-month follow-up appointment. The results are similar to other manual transdiagnostic CBT programs for children with emotional disorders such as the UP-C, with posttreatment remission rates reported by nearly 78% of participants for anxiety disorders and 80% for depressive disorders (Bilek & Ehrenreich-May, 2012). Other community studies in Europe, such as the Norwegian Coping Cat group program (Villabø et al., 2018), achieved lower rates of remission, with 65% of children not meeting their primary anxiety disorder criteria. The group Coping Cat program has also been used in the Spanish public mental health context, reporting a significant decrease in anxiety symptoms after 8 weeks of treatment, yet lacking information on remission rates (Santesteban-Echarri et al., 2018). Both UP-C and SSL target anxiety and depressive symptoms, in contrast to Coping Cat, which focuses specifically on anxiety disorders. Due to the closeness and similarities in the Spanish and Portuguese populations, the UP-C study conducted in Portugal deserves special mention (Caiado et al., 2022). This study supports the feasibility

and acceptability of the UP-C in the Portuguese population and found significant reductions in child-reported anxiety and depression and their impairment in child and family life, based on parent-child reports (Caiado et al., 2022).

In relation to secondary subscales outcomes, we found statistically significant differences in children participating in SSL in symptoms of dysphoria, separation anxiety, and social phobia. On the other hand, we found no significant changes in negative self-esteem, panic/agoraphobia symptoms, fears of physical harm, obsessive-compulsive symptoms, and overanxiety. These results are consistent with other SSL short-term efficacy studies in which fears of physical injury, obsessive-compulsive symptoms, panic/agoraphobia symptoms, generalized anxiety symptoms, and negative self-esteem were not consistently significant (Melero et al., 2021, Orgilés et al., 2020). Previous research on long-term effects of SSL found that variables that failed to reach significance at posttest (e.g., negative self-esteem, generalized anxiety symptoms) showed significant improvement at follow-up (Fernández-Martínez et al., 2020, Orgilés et al., 2020). These results underscore the importance of tracking symptoms and evaluating the results over time, as more positive effects are expected based on similar studies (Fernández-Martínez et al., 2020, Orgilés et al., 2019a).

Regarding anxiety's impairment in life, children reported significant reductions in anxiety life interference in school, social, and home settings. As for parents, they reported significant reductions in child's anxiety interference inside home while not perceiving a positive impact outside the home or in their own lives. A possible explanation for this result could be that parents may not be able to properly observe certain behavioral changes in contexts where they are not present (e.g., school). Reports from other informants could provide valuable information in this regard. Furthermore, previous SSL

short-term efficacy studies provided similar results (Fernández-Martínez et al., 2019b) and hypothesized that the 2-month period between pre- and posttest assessments may not be long enough for parents to perceived significant changes in the interference of their children's anxiety in various areas of their own lives. Also, dysfunctional parenting strategies previously developed to deal with children's anxiety (Beato et al., 2017, Casabianca, 2010) may not yet be modified during this period. This explanation is supported by the evidence from long-term SSL efficacy studies, which show a significant reduction in child anxiety-related interference at 1-year follow-up after the intervention (Fernández-Martínez et al., 2020). Other efficacy studies of manualized transdiagnostic treatment programs in Europe, such as the Danish Cool Kids program study (Djurhuus & Bikic, 2019), found similar results with significant treatment effects reducing anxiety interference reported by both children and parents. In this naturalistic efficacy study, the authors suggest that significant effects that were expected and not found might be related to differences in the process of seeking and receiving treatment (Djurhuus & Bikic, 2019). It is argued that actively pursuing treatment requires more parental resources than standard public health referral. Therefore, potential differences in socioeconomic status, treatment motivation, and mental health resources can be found in families attending the public health system. This can impact parents' ability to successfully apply the techniques learned after treatment is complete, as well as family attendance and homework compliance.

In SSL, parents received information and suggestions to help their children manage emotions and practice useful skills (e.g., problem solving, social skills). Other transdiagnostic programs for children such as EMOTION (Martinsen et al., 2019) or the UP-C (Kennedy et al., 2018) have incorporated family sessions into the program. It would

be interesting to test if family sessions added to SSL could bring additional benefits. Disassembly studies of transdiagnostic group programs that attempt to identify active mechanisms of change and the extent of change attributable to specific components are particularly important for the Spanish public mental health system, which faces resource constraints.

Additionally, psychoeducation and emotion recognition are key components of SSL. Therefore, it may be the case that children and their parents may be better at identifying and reporting cognitions, emotions, and feelings related to anxiety and depression after the intervention. For this reason, coping skills, self-confidence, impairment, and general well-being are important variables to consider when assessing the effectiveness of treatments for clinical symptoms.

Taken together, these results suggest that the 8-week intervention could be an intervention in daily clinical practice in the Spanish public mental health system, although this result should be verified by future studies.

## LIMITATIONS

This study has some limitations that can be considered when interpreting the results. First, the sample is from a specific area of the Valencian community and is not necessarily representative of other Spanish areas or child and adolescent mental health units.

In addition, the sample size is small, and the reductions for some subscales (e.g., negative self-esteem) may not have reached statistical significance because of the limited



statistical power to detect effects associated with small samples. Although depressive symptoms were common, only two cases were diagnosed with a depressive-related disorder. Therefore, its effectiveness in depressive disorders needs further investigation. Masking of participants and therapists was not achievable, and possible intervention effects were reported by the unmasked participants. Also, a WLC group was used to determine whether SSL was better than no intervention, but positive effects related to the Hawthorne effect may have exaggerated the program's effect size, as suggested by previous studies (Fernández-Martínez et al., 2020). Therefore, future research should include strategies to ensure masking and compare SSL with an active control group. Long-term follow-up data is also needed to determine if benefits persist at this point and beyond. According to previous similar studies (Bilek and Ehrenreich-May, 2012, Essau et al., 2014, Martinsen et al., 2019), Type-I error rate was maintained at the specified threshold ( $\alpha = .05$ ), although it may have increased based on multiple comparisons.

## CONCLUSIONS

Due to the high prevalence of comorbid internalizing symptoms in children attending mental health services and limited public resources, Super Skills for Life represents a promising alternative to improve children's well-being by reducing clinical symptoms of anxiety and depression while avoiding long waiting lists and long time between visits. Despite the limitations identified, this study provides initial support for SSL as a valuable resource for clinical entities in the Spanish public mental health system providing children and their families with access to effective treatment for emotional disorders.

## References

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.) [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)]. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* (4a. ed. rev.) [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th-text rev ed.)]. Elsevier Masson.
- Beato, A., Pereira, A. I., & Barros, L. (2017). Parenting strategies to deal with children's anxiety: Do parents do what they say they do? *Child Psychiatry and Human Development*, *48*(3), 423–433. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0670-3>
- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, *43*(4), 887–897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9669-9>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of

- emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2022). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C) in Portugal: Feasibility study results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., & Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2018). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: Un enfoque transdiagnóstico [Treating emotional problems in adolescence: A transdiagnostic approach]. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 133–149. [https://injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve\\_121\\_web.pdf](https://injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf)
- Casabianca, R. (2010). Children anxieties as interactional behaviors. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(1), 57–73. <https://revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=102>
- Comeche, M. I., & Vallejo, M. (Eds.). (2012). *Manual de terapia de conducta en la*

*infancia* [Handbook of child behavior therapy]. Dykinson.

Djurhuus, I. D., & Bikic, A. (2019). Is the cool kids programme working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *73*(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574893>

Ehrenreich-May, J., Kennedy, S., Sherman, J., Bilek, E., & Barlow, D. (2021). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en niños* [Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children]. Pirámide.

Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., & Ollendick, T. H. (2014). Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.056>

Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2019a). Super skills for life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles [Super skills for life: Efficacy of an indicated prevention program for emotional problems in children]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *6*(3), 24–31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.3.3>

Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019b). Effectiveness of the program super skills for life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema*, *31*(3), 298–304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>

Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020).

One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 258–266.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>

Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K., & Weersing, V. R. (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: Test of cross-over effects. *Depression and Anxiety*, 33(10), 939–959.  
<https://doi.org/10.1002/da.22519>

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>

Hinton, P. R., McMurray, I., & Brownlow, C. (2004). *SPSS explained*. Routledge Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203642597>

IBM Corp. (2020). *IBM SPSS statistics for Windows, version 27.0*. IBM Corp.

In-Albon, T., & Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15–24.  
<https://doi.org/10.1159/000096361>

Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2018). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior Modification*, 43(3), 1–31.  
<https://doi.org/10.1177/0145445517753940>

- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (2011). *CDI. Inventario de depresión infantil* [CDI. Children's depression inventory]. TEA Ediciones.
- Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B., & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 60*, 43–57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.005>
- Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika, 73*(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
- Long, E. E., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2018). Temporal dynamics and longitudinal co-occurrence of depression and different anxiety syndromes in youth: Evidence for reciprocal patterns in a 3-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 234*, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.074>
- Lynham, H. J., Sburlati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the child anxiety life interference scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders, 27*(7), 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.008>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic emotion program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2021). Spanish version of super

skills for life in individual modality: Improvement of children's emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2187–2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>

Muñoz, I. (2020). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental: 2019* [Human rights in the field of mental health - status information: 2019]. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2019/>

Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.001>

Orgilés, M., Espada, J. P., Ollendick, T. H., & Essau, C. (2022a). *Programa super skills. Manual del aplicador* [Super skills for life program. Therapist's guide]. Universidad Miguel Hernández.

Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2019a). Spanish version of super skills for life: Short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>

Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Morales, A., Melero, S., & Espada, J. P. (2019c). Spanish validation of the child anxiety life interference scale (CALIS-C): Psychometric properties, factorial structure and factorial invariance across gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(5), 756–763. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00879-4>

- Orgilés, M., Garrigós, E., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How does a CBT-based transdiagnostic program for separation anxiety symptoms work in children? Effects of super skills for life. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 9-15. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.1>
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2022b). The child anxiety life interference scale for parents (CALIS-P): Psychometric properties of the Spanish version. *Current Psychology*, 41(5), 3156–3164. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00849-3>
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence children's anxiety scale. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 271–281. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0265-y>
- Orgilés, M., Rodríguez-Menchón, M., Fernández-Martínez, I., Morales, A., & Espada, J. P. (2019b). Validation of the parent report version of the Spence children's anxiety scale (SCAS-P) for Spanish children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 776–790. <https://doi.org/10.1177/1359104519835579>
- Priede, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruíz, P., & Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes [Transdiagnostic approach in psychotherapy with children and adolescents]. In E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Infancia y adolescencia* [Handbook of psychological treatment: Childhood and adolescence] (pp. 117–141). Pirámide.
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Ballabriga, M. C. J., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del



SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años [Comorbidity between SCARED anxiety factors and depressive symptoms in children aged 8 to 12 years]. *Psicothema*, 22(4), 613–618. <https://psicothema.com/pi?pii=3775>

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Sage Publications.

RStudioTeam. (2020). *RStudio: Integrated development for R*. RStudio, PBC.

Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B., Cabré, G. J., & González-Blanch, C. (2017). A systematic review and critique of the economic impact and burden of common mental disorders in Spain. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>

Santesteban-Echarri, O., Hernández-Arroyo, L., Rice, S. M., Güerre-Lobera, M. J., Serrano-Villar, M., Espín-Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. A. (2018). Adapting the brief coping cat for children with anxiety to a group setting in the Spanish public mental health system: A hybrid effectiveness-implementation pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3300–3315. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1154-9>

Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168–180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>

Silk, J. S., Price, R. B., Rosen, D., Ryan, N. D., Forbes, E. E., Siegle, G. J., Dahl, R. E., McMakin, D. L., Kendall, P. C., & Ladouceur, C. D. (2019). A longitudinal follow-

up study examining adolescent depressive symptoms as a function of prior anxiety treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(3), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.012>

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)

Sterba, S. K., Printein, M. J., & Cox, M. J. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: Heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology*, 19(2), 345–366. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070174>

Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S. P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 751–764. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>

Zorn, C. J. W. (2001). Generalized estimating equation models for correlated data: A review with applications. *American Journal of Political Science*, 45(2), 470–490. <http://dx.doi.org/10.2307/2669353>

## Publicación 2

### **Benefits of Super Skills for Life in a randomized controlled trial in clinical settings for Spanish children with comorbid conditions**

Sara Diego, Alexandra Morales y Mireia Orgilés

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

### **Artículo publicado en Development and Psychopathology**

#### **Referencia**

Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Benefits of Super Skills for Life in a Randomized Controlled Trial in Clinical Settings for Spanish Children with Comorbid Conditions. *Development and Psychopathology*, 1-10.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579423001189>

Regular Article

# Benefits of Super Skills for Life in a randomized controlled trial in clinical settings for Spanish children with comorbid conditions

Sara Diego , Alexandra Morales and Mireia Orgilés

Department of Health Psychology, Miguel Hernández University of Elche, Elche, Spain

## Abstract

Emotional disorders in children are often associated with low self-concept and problems with peers, and in many cases externalizing symptoms. Super Skills for Life (SSL) is a transdiagnostic treatment for emotional problems in children that has also shown benefits in other comorbid symptoms. This study aimed to examine, for the first time, the effect of SSL on a clinical sample of Spanish children aged 8 to 12 years with a major emotional disorder and comorbid externalizing symptoms and low self-concept. Methods: A quasi-experimental design with two groups, pre-test and post-test, was carried out. 38 children received the SSL intervention, and 36 children were assigned to a wait-list control group (WLC). Results: Children in SSL showed statistically fewer post-test emotional symptoms ( $p < .001$ ), peer problems ( $p = .002$ ) and overall internalizing and externalizing difficulties ( $p = .005$ ) compared to children in WLC, in addition to higher post-test self-concept ( $p = .002$ ). There were no differences in the postinterventional changes between boys and girls in internalizing and externalizing symptoms. However, significant

differences were found in some facets of self-concept. Conclusions: The results of this study suggest that the SSL protocol may be useful in Spanish clinical contexts. Still, more research is needed to overcome some of the inherent limitations.

**Keywords:** disorder, comorbidity, treatment, transdiagnostic, children.

## **Introduction**

Mental health problems in children are often divided into internalizing and externalizing disorders. Internalizing symptoms include anxiety, sadness, low self-esteem, and somatic discomfort, while externalizing symptoms are related to behavioural problems such as disobedience, impulsiveness, overactivity, or aggressive behaviour. In children, comorbidity between disorders within each category and between internalizing and externalizing problems is common. This comorbidity leads to greater distress and disability, more severe symptoms, an increased risk of physical problems and poorer treatment outcomes (Dol et al., 2022; Melton et al., 2016).

Cognitive behavioural interventions are the recommended treatment for internalizing and externalizing symptoms in childhood. However, its effectiveness is limited as it is effective in 50% of children with anxiety (Lebowitz et al., 2020) and is associated with moderate to low effects on depressive symptoms (Oud et al., 2019; Sun et al., 2019). Therefore, despite treatment, almost half of the children seeking help would still have significant emotional symptoms and life limitations. Several explanations may be related to these results. First, comorbidity between anxiety and behavioural problems is common in children, but there are not enough treatments that adequately address anxiety symptoms and behavioural problems at the same time (Byrne et al., 2021). Next,

disorder-specific interventions have positive effects on the disorder for which they are designed, but effects on other comorbid symptoms are limited or absent (Garber et al., 2016). Furthermore, CBT efficacy studies are typically conducted in research settings, which can compromise the generalization of the results (Orgilés et al., 2020). In clinical settings, mental health professionals have to grapple with multiple dilemmas related to these questions, deciding whether to use the gold standard treatment for each disorder at the same time, one specific protocol and the other later, or select components from both protocols but not the whole validated program. All these questions can compromise the effectiveness of the treatment and the limited results.

These limitations, together with data from investigative studies reporting shared features and mechanisms in emotional disorders and benefits in comorbidity symptoms when treating a main disorder (Priede et al., 2021); led to the development of transdiagnostic protocols. Transdiagnostic CBT interventions for example are now recognized as an effective treatment for comorbid symptoms of anxiety and depression in children (García-Escalera et al., 2016; Sandín et al., 2019).

A proposed transdiagnostic construct is self-esteem (García-Escalera et al., 2016). Self-concept and self-esteem are related to psychosocial well-being (Daemen et al., 2021). High self-esteem appears to play a protective role in the development of mental health problems (Martinsen et al., 2021). On the contrary, low self-esteem is associated with the development and perpetuation of mental health problems, with approximately 45% of youth seeking help reporting low self-esteem (Daemen et al., 2021). The role of self-esteem in the ethology of depressive symptoms and their severity has been widely reported (Stadelmann et al., 2017), but is also related to other internalizing disorders such as anxiety disorders (Martinsen et al., 2021; Stadelmann et al., 2017). The literature

indicates that children with mental health problems have lower self-esteem than children without these problems (Martinsen et al., 2021).

Children are frequently not the ones seeking help, while parents and teachers are often the ones who see them as needing help. These circumstances can result in less motivation for the treatment and a handicap for the professional to overwhelm. For this reason, group treatments can be a helpful resource for clinicians, as they reduce the stigma of treatment and increase motivation. Additionally, group interventions have unique components: peer modelling, peer reinforcement, and group feedback to identify and offer alternatives to thoughts and behaviours (Silverman et al., 2019; Wolgensinger, 2015). This is particularly important for treatment effectiveness, as children have more credibility and confidence in peer support and advice (Santesteban-Echarri et al., 2018). On top of that, some authors suggest that group interventions in community mental health settings may increase self-esteem (Rippon et al., 2022). In addition, group interventions allow for the management of relationship difficulties and social anxiety as they enable to practice social skills and exposure in a more similar real-world context.

There are several available group transdiagnostic CBT programs for children: EMOTION (Martinsen et al., 2019), Unified Protocol for children (UP-C) (Ehrenreich-May et al., 2008), and Super Skills for Life (SSL) (Essau & Ollendick, 2013). However, only two of them have been translated into Spanish, UP-C and SSL. Furthermore, while there is empirical support for the original English UP-C version (Kennedy et al., 2018), there are no clinical studies examining the effectiveness of the Spanish UP-C protocol.

Super Skills for Life (SSL) is a transdiagnostic intervention that addresses transdiagnostic shared constructs such as low self-concept/esteem and poor social skills. The program includes psychoeducation, behavioural activation, social skills, relaxation

strategies, problem solving techniques and videofeedback with cognitive preparation. The SSL program was originally developed for use in the school context (Essau & Ollendick, 2013) but has also been applied in other contexts with positive results (i.e. Ramdhonee-Dowlot et al., 2021). The Spanish SSL program has empirical support as an indicated prevention program for children aged 6 to 8 (Fernández-Martínez et al., 2019), 8 to 12 in a group format (Orgilés et al., 2019) and 8 to 12 in an individual format (Melero et al., 2021). The effectiveness of the program as a prevention program has been demonstrated in the short and long term (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019). Based on these results, benefits can also be expected in clinical samples. However, up to date no studies have examined the effectiveness of SSL in children with a diagnosed mental disorder.

This study is part of the Super Skills for Life randomized controlled trial in a clinical setting (ClinicalTrials.gov NCT05482724), with the aim to evaluate the effectiveness of the program in Spanish children with a clinical diagnosis (based on international manual classifications) in real clinical contexts. A previous related study presented results of SSL in anxiety and depression (Diego et al., 2023). Now we present the efficacy of SSL as a treatment program for common comorbid symptoms. This research is particularly relevant as it demonstrates for the first time the benefits of transdiagnostic SSL intervention for comorbid symptoms in Spanish children with a clinical diagnosis. The limitations and gaps in the presented literature highlighted the need for research that efficiently address comorbid symptoms in children. If not properly managed, they can be associated with poorer current and future well-being (Daemen et al., 2021), limited treatment outcomes (Dol et al., 2022), and lack of treatment effects on comorbid symptoms (Garber et al., 2016). There is also a need for results from clinical



settings that demonstrate benefits to this population as opposed to community sampling or research settings.

A quasi-experimental design with two groups (control and experimental), pre-test and post-test, was performed to evaluate the effects of the Spanish version of transdiagnostic SSL in a clinical sample of Spanish children aged 8 to 12 years with a main emotional disorder. The main objective was to examine changes in internalizing and externalizing symptoms before and after the intervention. Based on previous promising results, we hypothesized: a) reductions in emotional symptoms, behavioural problems, peer difficulties, and hyperactivity symptoms, and b) positive improvements in self-concept.

## **2. Methods**

### **2.1. Procedure**

The data in the present study are part of the Super Skills for Life randomized controlled study in clinical settings in Valencia, Spain. The study protocols, procedures, and informed consent forms were approved by the Ethics Committee of the Biomedical Research Institute INCLIVA following the Declaration of Helsinki. Clinical trial is registered with ClinicalTrials.gov (NCT05482724). Child and adolescent psychiatric leaders at the Hospital Clínico Universitario in Valencia informed children and their parents who were already attending the Child and Adolescent Mental Health Unit about the programme. Interested families were contacted by a study investigator to provide additional information, confidentiality and voluntary consent to participate, as well as full pre-test assessment. Sample size was determined in terms of beta strength and clinical need. A total of 100 Spanish-speaking children and their parents were recruited at baseline assessment. Participants with a clinical diagnosis who met the inclusion criteria (N=88)

and agreed to participate (N=86) were randomly assigned (1:1) to the intervention group (N=43) and the wait-list control group (N=43). Inclusion and exclusion criteria of the participants can be found in Table 1. The comorbidity in the sample was high: 87.84% (N=65) of the children met the criteria for two disorders and 45.95% (N=34) for three or more. The list of all diagnoses is presented in Table 2. Simple randomization was performed by an independent investigator via an Excel file. Neither parents nor children received any compensation for their participation in this study. For a discussion of the participants' CONSORT flowchart, see Diego et al. (2023). Post-treatment assessments were individual, by appointment, paper and pen, and were conducted in one session simultaneously at the mental health department facilities for the intervention group and the wait-list control group. These sessions were conducted by an advanced clinical psychology doctoral student who was unrelated to the study and had no knowledge of the allocation of participants.

**Table 1.** Inclusion and exclusion criteria of the participants

---

**Inclusion criteria**

- Children were between 8 and 12 years of age.
- Children had a diagnosis of an anxiety disorder, a depressive disorder, and/or a trauma- or stress-related disorder with anxiety and/or depressive symptoms, confirmed by a structured diagnostic interview.
- Children and caregivers were able to understand, write and read Spanish.
- Caregivers agree to attend all sessions and to receive feedback and suggestions after each session.

**Exclusion criteria**

- Children had a diagnosis of intellectual disability.
  - Children had symptoms or a diagnosis of a conduct disorder whose severity precluded continued treatment.
  - Children had an autism spectrum disorder, the severity of which interferes with program comprehension and implementation.
  - Children were at the same time in psychological treatment.
  - Children who received a psychopharmacological intervention that was unstable and required modification during the study.
-

### *Wait-list group*

Participants in the wait-list group received no psychological (public or private) intervention during the eight-week duration of the SSL program. They were informed that children in this group will receive the intervention once the follow-up visit is completed. The frequencies of all diagnoses in the wait-list group and the intervention group are shown in Table 2.

**Table 2.** Frequency of the principal and comorbid diagnosis in the pretreatment

Diagnosis	SSL ( <i>n</i> = 38)	WLC ( <i>n</i> = 36)
<b>Anxiety disorders</b>		
Separation anxiety disorder	12	9
Generalized anxiety disorder	8	6
Agoraphobia	2	1
Panic disorder	1	0
Obsessive compulsive disorder	1	1
Social anxiety disorder	3	3
Specific Phobia	16	13
Selective mutism	2	2
Other specified	1	1
<b>Trauma- and stress-related disorders</b>		
Adjustment disorders	17	18
Other specified	2	2
<b>Depressive disorders</b>		
Other specified	1	1
<b>Other disorders</b>		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	12	13
Autism spectrum disorder	3	2

*SSL = Super Skills for Life; WLC = Wait-list group.*

### *Intervention group*

Participants assigned to the intervention group participated in the Spanish version of the Super Skills for Life program. For the therapist manual and children's workbook

corresponding to the Spanish version of the program, see Orgilés et al. (2022). Participant diagnoses are presented in Table 2.

The intervention was administered by a clinical psychologist at 3-4 years of residency who received an intensive one-day training on SSL. Sessions were held after school hours once a week for eight weeks, with each session lasting one hour and conducted at the Mental Health Service facilities. The contents of the program were conveyed through playful activities in groups of 4 to 6 children. The program includes a therapist manual with structured steps for conducting the sessions, an 8-session workbook for children, exercises to be completed between sessions, and post-session information for parents (i.e., goals, exercises practiced, guidelines and assigned homework for the next session). The program teaches children skills and techniques that are highlighted in the literature and play a relevant role in the development and treatment of emotional disorders: social skills, behavioural activation, cognitive restructuring, self-monitoring, relaxation techniques, and problem-solving techniques. The content of the 8 sessions of the Super Skills for Life program is presented in Table 3. Sessions are structured with adapted explanations and examples, lectures, role-plays, group and individual activities and games, video analysis with cognitive preparation and feedback, and easy homework to practice skills learned between sessions. All information about the program, materials and training can be found on <http://superskillsforlife.com> and <https://superskills.umh.es/>.

**Table 3.** Description of the SSL components in each session

Session	Objectives and activities
1 Psychoeducation	Concepts of anxiety and self-esteem. Recognition of anxiety. Improvement in self-esteem.
2 Emotional education	Concept of emotions.

	Emotion recognition.
	Assessment and control of subjective well-being.
	Behavioural activation.
3 Cognitive restructuring	Concept of thoughts. Recognizing positive and negative thoughts. Recognizing and modifying maladaptive thoughts. Skills development: steps and practice.
4 Explanation of the ABC scheme	The link between thoughts, emotions, and behaviour. Recognizing and differentiating body signals.
5 Relaxation techniques	Relaxation. Specific regulation strategies (practice).
6 Social skills training	Basic social skills to interact with others. Role-play practice.
7 Problem-solving training	Problem-solving techniques. Practicing through social conflicts posed by children.
8 Review	Review the skills learned so far in the program.

---

## 2. 2. Measures

### *Sociodemographic variables for parents and children*

Sociodemographic variables were collected using an ad hoc questionnaire and prior information. All analyzed variables are listed in Table 4.

### *Difficulties and strengths*

Emotional and behavioural difficulties and positive attributes (Children-report version SDQ and parent-report version SDQ-P, Goodman, 1997). The SDQ measures children's overall difficulties and positive attributes across five subscales: Emotional symptoms, Conduct problems, Hyperactivity/Inattention, Peer relationships (difficulties) and Pro-social behaviour. The psychometric properties of the SDQ-P were confirmed,

showing reasonable internal consistency and satisfactory validity (Goodman, 2001). In the current study total reliability was high for the parent report version (ordinal alpha=.80) and moderate for the child report version (ordinal alpha=.67). Reliability for the subscales was also high in the parent version: Emotional symptoms (ordinal alpha=.73), Conduct problems (ordinal alpha=.83), Hyperactivity (ordinal alpha=.82), Peer relationship problems (ordinal alpha=.77) and Prosocial behaviour (ordinal alpha=.77). The ordinal alpha for the child version was moderate for Emotional symptoms (ordinal alpha=.56), Conduct problems (ordinal alpha=.56), Hyperactivity (ordinal alpha=.66) and Prosocial behaviour (ordinal alpha=.69); while for Peer relationship problems (ordinal alpha=.71) was high.

### *Self-concept*

Self-Concept Form 5 (AF-5, García & Musitu, 2023). The AF-5 measures five dimensions of self-concept: Social; Academic/Professional; Emotional; Family; and Physical. The literature supports the reliability, internal consistency, structural validity, and convergent validity of the AF-5 (García et al., 2013). In the current study, children rated the questionnaire using a 5-point Likert scale, as suggested by Galindo-Domínguez (2019). Cronbach's alpha was 0.79 for the AF-5 total score and ranged from 0.62 to 0.80 for the subscales: Academic (Cronbach's alpha=.80), Social (Cronbach's alpha=.68), Emotional (Cronbach's alpha=.54), Familiar (Cronbach's alpha=.62) and Physical (Cronbach's alpha=.75).

### 2.3. Statistical analysis

SPSS v.27 software was used to performed statistical analysis. A  $p$ -value less than .05 is considered statistical significance. Groups had < 50 cases and variables were not normally distributed ( $p > .05$ ); therefore, the Mann Whitney  $U$  test was performed to

determine the equivalence of the two conditions (SSL and WLC). Cross-tabulation (2) was used for categorical variables. The effectiveness of the post-test intervention was assessed using generalized estimating equations (GEE) since they are considered a robust method to check the effectiveness of interventions in randomized controlled trials, even with a reduced sample size (Liang & Zeger, 1986). Analyses were adjusted for sex, age, and baseline measurements. All variables were assessed separately using participants as the unit of analysis and randomization. Estimates indicate the estimated difference units in the outcome between the SSL group and the WLC in the posttest, compared to the pretest. For example, a value of 3.01 indicates an estimated difference of 3.01 units in the outcome between the treatment group and the WLC in the posttest compared to pretest. This means that, on average, the treatment group is expected to have an outcome value 3.01 units lower than the control group. The associated 95% confidence interval (CI 95% = 0.90, 5.12) provides an estimation of the coefficient's precision. Cohen's (1988) effect size ( $d$ ) was also calculated to provide an additional effect size indicator. It can be interpreted with Cohen's (1988) convention: small effect:  $d \approx 0.2$ , medium effect:  $d \approx 0.5$ , and large effect:  $d \approx 0.8$ . Finally, the reliability for the current sample was calculated according to Cronbach's internal consistency coefficient and the ordinal alpha for ordinal measures (using *R* Studio).

### **3. Results**

#### **3.1. Baseline**

At baseline, the intervention group and the WLC group did not differ significantly in terms of sociodemographic children's characteristics ( $p > .05$ ): age, pharmacotherapy, number of siblings; parents: age, family situation, educational level, nationality, work

status and mental health history. The sociodemographic characteristics of the participants assessed at pre-test by group are shown in Table 4.

**Table 4.** Sociodemographic characteristics of baseline participating children by intervention condition

Characteristics	SSL ( <i>n</i> = 38)	Control ( <i>n</i> = 36)	Total ( <i>n</i> = 74)	<i>p</i> - value
Male, <i>N</i> (%)	25 (65.8)	28 (77.8)	53 (71.6)	.25
Mean age ( <i>SD</i> ), years	10.13 (1.16)	10.00 (1.28)	10.07 (1.22)	.64
8 years	5 (13.2)	7 (19.4)	12 (16.2)	.89
9 years	6 (15.8)	5 (13.9)	11 (14.9)	
10 years	8 (21.1)	8 (22.2)	16 (21.6)	
11 years	17 (44.7)	13 (36.1)	30 (40.5)	
12 years	2 (5.3)	3 (8.3)	5 (5.8)	
Pharmacotherapy, <i>N</i> (%)				.78
No	31 (81.6)	26 (72.2)	57 (77)	
Methylphenidate	5 (13.2)	7 (19.4)	12 (16.2)	
Atomoxetine	1 (2.6)	1 (2.8)	2 (2.7)	
Guanfacine	1 (2.6)	1 (2.6)	2 (2.7)	
Aripiprazole	0 (0)	1 (2.8)	1 (1.4)	
Mothers' Mean age ( <i>SD</i> ), years	42.58 (4.70)	42.69 (5.94)	42.64 (5.30)	.46
Fathers' Mean age ( <i>SD</i> ), years	41.87 (9.13)	41.17 (9.69)	41.53 (9.35)	.37
Mean number of siblings ( <i>SD</i> )	1.87 (.52)	2.03 (.94)	1.95 (.75)	.36
Mothers' nationality, <i>N</i> (%)				.30
Spanish	38 (100)	35 (97.2)	73 (98.6)	
Other	0 (0)	1 (2.8)	1 (1.4)	
Fathers' nationality, <i>N</i> (%)				.20
Spanish	35 (92.1)	29 (80.6)	64 (86.5)	
Other	1 (2.6)	5 (13.9)	6 (8.1)	
Missing data	2 (5.3)	2 (5.3)	4 (5.4)	
Mothers' marital status, <i>N</i> (%)				.63
Married	28 (73.7)	23 (63.9)	51 (68.9)	
Separated or Divorced	8 (21.1)	11 (30.6)	19 (25.7)	
Single	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	
Fathers' marital status, <i>N</i> (%)				.63
Married	28 (73.7)	23 (63.9)	51 (68.9)	
Separated or Divorced	8 (21.1)	11 (30.6)	19 (25.7)	
Single	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	
Does the mother work?, <i>N</i> (%)				.68
Yes	31 (81.6)	28 (77.8)	59 (79.7)	
No	7 (18.4)	8 (22.2)	15 (20.3)	
Does the father work?, <i>N</i> (%)				.50



Yes	33 (86.8)	28 (77.8)	61 (82.4)	
No	3 (7.9)	6 (16.7)	9 (12.2)	
Mothers' history of mental health problems, <i>N</i> (%)				.50
Yes	15 (39.5)	17 (47.2)	32 (43.2)	
No	23 (60.5)	19 (52.8)	42 (56.8)	
Fathers' history of mental health problems, <i>N</i> (%)				.58
Yes	5 (13.2)	8 (22.2)	13 (17.6)	
No	32 (84.2)	27 (75)	59 (79.7)	
Missing data	1 (2.6)	1 (2.8)	2 (2.7)	
Mothers' educational level, <i>N</i> (%)				.97
Primary education	16 (42.1)	16 (44.4)	32 (43.2)	
Compulsory secondary education	13 (34.2)	12 (33.3)	25 (33.8)	
Higher education	9 (23.7)	8 (22.2)	17 (23)	
Fathers' educational level, <i>N</i> (%)				.99
Primary education	19 (50)	18 (50)	37 (50)	
Compulsory secondary education	10 (26.3)	9 (25)	19 (25.7)	
Higher education	7 (18.4)	7 (19.4)	14 (18.9)	
Missing data	2 (5.3)	2 (5.6)	4 (5.4)	

In addition, the two groups did not differ in any of the study variables at the start of the study. Table 5 shows mean values and standard deviations of outcome measures reported by group condition. Mann-Whitney *U* test results show that scores were equal ( $p > .05$ ) for the intervention group and the WLC group for difficulties and strengths: SDQ self-report and parent-report, and self-concept: AF-5 self-report.

### 3.2. Effects of intervention

Table 5 shows the SSL and WLC means and standard deviations before and after the intervention. Significant reductions from pre-test to post-test were observed on several variables in children participating in SSL compared to those in the WLC (Table 6).

**Table 5.** Preintervention and postintervention means (SD) of the outcomes

Outcomes	SSL ( <i>n</i> = 38)		Control group ( <i>n</i> = 36)	
	Pre	Post	Pre	Post
<b>Self-reported</b>				
<b>Total difficulties (SDQ total score)</b>	17.11 (4.70)	13.24 (5.45)	18.17 (5.19)	16.81 (4.63)
Emotional symptoms	5.18 (2.06)	3.26 (1.89)	5.06 (2.34)	4.92 (2.15)
Conduct problems	3.21 (1.97)	2.50 (1.67)	3.69 (1.75)	3.19 (1.95)
Hyperactivity/Inattention	6.08 (2.17)	5.42 (2.54)	6 (2.23)	5.81 (2.24)
Peer relationship problems	2.63 (1.88)	2.05 (1.95)	3.42 (2.35)	2.89 (1.75)
Prosocial behaviour	8.63 (1.53)	9.32 (3.44)	8.56 (1.61)	8.86 (1.19)
<b>Self-esteem (AF-5 total score)</b>	80.92 (14.42)	87.05 (13.25)	80.39 (17.82)	79.50 (17.33)
Academic self-concept	17.55 (4.71)	18.82 (3.77)	16.64 (4.95)	16.78 (5.21)
Social self-concept	16.61 (4.97)	18.03 (4.20)	17.14 (4.91)	16.50 (5.32)
Emotional self-concept	10.00 (5.33)	11.84 (5.43)	9.86 (8.44)	9.92 (5.82)
Familiar self-concept	20.53 (3.31)	20.95 (3.10)	20.17 (3.36)	19.94 (3.39)
Physical self-concept	16.24 (4.82)	17.42 (4.75)	16.58 (5.51)	16.36 (5.39)
<b>Parent reports</b>				
<b>Total difficulties (SDQ total score - parents)</b>	18.63 (5.52)	15.03 (5)	20.33 (6.08)	19.53 (6.14)
Emotional symptoms	5.79 (2.28)	4.37 (2.45)	5.97 (2.42)	5.78 (2.38)
Conduct problems	2.97 (1.93)	2.92 (1.63)	3.67 (2.29)	3.33 (2.13)
Hyperactivity/Inattention	6.16 (2.66)	5.50 (1.90)	7.17 (2.31)	6.67 (2.68)
Peer relationship problems	3.71 (2.54)	2.24 (2.24)	3.53 (2.49)	3.75 (2.29)
Prosocial behaviour	7.89 (2.01)	8.11 (1.67)	7.94 (1.75)	8.11 (1.80)

### *Global difficulties*

At baseline, children from both conditions scored 17-20 on the SDQ total difficulties subscale, which is consistent with Goodman's proposed cutoff for the abnormal/borderline band (<http://www.sdqinfo.org>). Children who participated in SSL were placed in the normal range after intervention, while children in WLC were still placed in the abnormal/borderline group at post-test.

Statistically significant decreases from the baseline to follow-up on total difficulties were reported by children ( $p = .005$ , Estimates = 3.01, 95% CI: .90, 5.12). and parents ( $p = .006$ , Estimates = 3.40, 95% CI: .95, 5.84). The size of the Cohen's effect for

this variable was medium when assessed by the children (Cohen's  $d = 0.70$ ) and large when assessed by adults (Cohen's  $d = 0.80$ ).

### *Emotional symptoms*

Children of both groups were initially classified by their parents in the abnormal band for emotional problems (mean value close to 6). After the test, the children in the SSL group descend to a lower level of categorization, while the WLC group maintained the emotional problem level.

A significant reduction in emotional symptoms from baseline to follow-up was observed in children from the intervention group when these symptoms were reported by the children ( $p < .001$ , Estimates = 1.72, 95% CI: .83, 2.61) and by their parents ( $p = .005$ , Estimates = 1.35, 95% CI: .41, 2.28). The effect size of these differences was medium when assessed by parents (Cohen's  $d = 0.58$ ) and large when assessed by children (Cohen's  $d = 0.82$ ).

### *Conduct problems*

Considering the three bands proposed by Goodman, children belonging to both conditions were themselves classified in the normal band for conduct problems at pre- and post-test (mean value close to 3), while parents' reports placed them in the borderline band before and after the intervention (SSL pre- and post-test, WLC pre- and post-test) (mean value close to 3).

Differences on the SDQ and SDQ-P behavioural problems subscales did not reach the level of statistical significance ( $p$ -values  $> 0.05$ ).

### *Hyperactivity and inattention symptoms*

No changes in hyperactivity and inattention symptoms reached the alpha threshold when reported by the children or their parents ( $p$ -values  $> 0.05$ ).

However, reductions in the hyperactivity/inattention subscale were associated with changes in the Goodman classification. Children from WLC were classified at the abnormal band (SDQ-P) or borderline band (SDQ) at pre- and post-test (mean values close to 6-7). In contrast, children who participated in SSL were classified in the borderline band at pre-test (SDQ and SDQ-P) and close to normal after the intervention (SDQ and SDQ-P mean values close to 5).

#### *Peer relationship problems*

A significant reduction in parent-measured peer problems was observed in children who participated in SSL ( $p = .002$ , Estimates = 1.55, 95% CI: .58, 2.51). Cohen's effect size of these differences was medium (Cohen's  $d = 0.66$ ).

Benefits were also noted in Goodman classification. Children in the SSL and the WLC groups could initially be placed in the borderline group (mean value approximately 3). The WLC group remained in this category at post-test, while the children in SSL reached the normal range (mean value approximately 2).

Children reported a smaller effect on this variable and did not result in statistically significant changes ( $p = .184$ , Estimates = 0.63, 95% CI: -.30, 1.55).

#### *Prosocial behaviours*

No significant benefits were found for prosocial behaviours as measured by the SDQ. SDQ and SDQ-P scores at pre- and post-test indicated that children in SSL and WLC groups could be placed within the normal range for prosocial behaviours both before and after the intervention (values 6-10).

No statistically significant benefits for children's prosocial behaviours were reported by children or parents ( $p$ -values  $> 0.05$ ).

### *Self-concept*

Children in the SSL condition showed significantly greater improvements in global self-concept compared with children in the WLC condition (AF-5 total score  $p = .002$ , Estimates = -6.93, 95% CI: -11.41, -2.45). The effect size of these differences was medium (Cohen's  $d = 0.48$ ).

On the self-concept subscales, there were marginally significant improvements for academic self-concept ( $p = .09$ , Estimates = -1.33, 95% CI: -2.9, 0.22), social self-concept ( $p = .06$ , Estimates = -1.64, 95% CI: -3.38, 0.09) and emotional self-concept ( $p = .05$ , Estimates = -1.91, 95% CI: -3.84, 0.013).

### *Gender-based assessment*

The GEE analysis was performed to compare post-intervention changes between boys and girls (Table 6). After participating in the SSL intervention, boys and girls improved equally in the internalizing and externalizing symptoms as measured by the SDQ/SDP-Q. However, significant differences were found in some self-concept subscales: academic self-concept ( $p = .05$ ) and social self-concept ( $p = .04$ ) (Table 6). Girls presented higher academic and social self-concept compared to boys.

**Table 6.** Generalized linear model-based estimates 95% confidence intervals (CI), and significance tests for intervention effect on the outcomes

Outcomes	Pre-post			Sex comparison		
	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Cohen's <i>d</i>	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Cohen's <i>d</i>
<b>Self-reported</b>						
<b>Total difficulties (SDQ total score)</b>	3.01 (.90, 5.12)	.005	0.70	.71 (-1.57, 2.99)	.542	
Emotional symptoms	1.72 (.83, 2.61)	<.001	0.82	.10 (-.73, .95)	.801	
Conduct problems	.45 (-.30, 1.22)	.241		.22 (-.64, 1.08)	.618	
Hyperactivity/Inattention	.40 (-.56, 1.38)	.410		.22 (-.57, 1.01)	.589	
Peer relationship problems	.63 (-.30, 1.55)	.184		.42 (-.55, 1.40)	.396	
Prosocial behaviour	-.46 (-1.64, .72)	.445		.04 (-1.23, 1.31)	.948	
<b>Self-concept (AF-5 total score)</b>	-6.93 (-11.41, -2.45)	.002	0.48	-1.86 (-6.71, 2.98)	.450	
Academic self-concept	-1.33 (-2.90, .22)	.093		-1.40 (-2.80, .001)	.050	2.25
Social self-concept	-1.64 (-3.38, .09)	.065		-1.78 (-3.46, .11)	.036	2.57
Emotional self-concept	-1.91 (-3.84, .013)	.052		1.01 (-1.21, 3.15)	.351	
Familiar self-concept	-.78 (-1.95, .39)	.193		-.46 (1.74, .81)	.478	
Physical self-concept	-1.32 (3.02, .37)	.127		.09 (-1.55, .01)	.907	
<b>Parent reports</b>						
<b>Total difficulties (SDQ total score - parents)</b>	3.40 (.95, 5.84)	.006	0.80	.31 (-1.30, 1.94)	.703	
Emotional symptoms	1.35 (.41, 2.28)	.005	0.58	-.40 (-1.34, .68)	.409	
Conduct problems	-.007 (-.84, .83)	.987		.27 (-.26, .82)	.320	
Hyperactivity/Inattention	.42 (-.41, 1.25)	.321		.20 (-.32, .74)	.439	
Peer relationship problems	1.55 (.58, 2.51)	.002	0.66	.36 (-.42, 1.16)	.364	
Prosocial behaviour	-.05 (-.80, .69)	.884		.12 (-.57, .81)	.734	

#### **4. Discussion**

Overall, the results of the present study suggest that the SSL intervention, used for the first time in a clinical sample of Spanish children with a mental disorder, had a positive short-term impact on internalizing symptoms, externalizing symptoms, and self-concept.

Regarding the first objective of the research, statistically significant reductions in emotional symptoms and total difficulties reported by children and parents, and parent-reported peer difficulties were found. As a novelty in SSL research, in this study we tested the intervention in a clinical sample with a DSM-5 diagnosis and jointly present clinical data from parents and children for the same variables.

The fact that parents, not children, are the best informants about externalizing symptoms (Grills & Ollendick, 2003) and the strong component of emotional regulation strategies (psychoeducation, emotion recognition, regulation strategies, control of subjective well-being) and social skills training (basic skills, role playing, problem solving strategies applied to social conflicts); may explain the benefits of the SSL program for emotional symptoms, overall difficulties, and peer relationships in Spanish clinical children.

Both children and parents reported a significant reduction in children's suffering and disability in a short period of time (8 weeks), making SSL a promising treatment to avoid difficulties and limitations often associated with comorbid conditions, especially in the context of public health (clinical treatment dilemmas, worse treatment outcomes, higher burden). Short-term effects on depressive symptoms, anxiety symptoms, and remission from diagnosis were further examined in a previous related publication (Diego et al., 2023).

In contrast to previous SSL effectiveness studies, statistically significant short term benefits (rather than long-term benefits) were found in peer difficulties (Essau et al., 2014; Fernández-Martínez et al., 2019), underlining the importance of our results. Our sample was composed by children with a clinical diagnosis, as contrast to subclinical or community samples from previous research, suggesting that children attending mental health services (with higher levels of stigma frequently associated with low self-concept) may be particularly benefit from the unique advantages of group interventions such as SSL.

Like previous SSL studies, we found no significant short-term reductions in hyperactivity/inattention symptoms and conduct problems. However, statistically significant improvements in these variables are obtained at 6-month/1-year follow-up studies (Fernández-Martínez et al., 2020; Orgilés et al., 2019). These findings suggest the importance of long-term assessments as a better estimate of SSL effectiveness. Long-term positive effects are also expected to be identified in our sample. Nevertheless, these results should be evaluated in further studies as the benefits observed in previous studies with non-clinical samples could not be extrapolated to children with a clinical diagnosis.

It is also important to emphasize that 31.6% of the children in the intervention group (and 36% in the WLC group) had an additional ADHD diagnosis (pharmacotherapy remained unchanged throughout the study). This fact might help explain why changes in the Goodman classification were reported, but the results did not reach statistical significance.

As for conduct problems, a possible floor effect in SDQ measures and SSL not being designed to address behavioural problems may be behind these results. Furthermore, CBT gold standard programs for hyperactivity and behaviour problems in



children usually incorporate parent sessions. Therefore, adding family sessions to SSL may boost these outcomes and should be tested in future studies.

A second objective was to test the effectiveness of SSL on self-concept. SSL showed a significant improvement in global self-concept compared to the WLC group. Increases in academic, social, and emotional self-concept were also found. Girls showed higher academic ( $p=0.05$ ) and social ( $p=0.04$ ) self-concept than boys after the test, suggesting that the program may be more effective on these variables for girls. However, long-term data and further research should confirm these results.

Positive effects on emotional symptoms and peer interactions, as well as emotional and social skills learned during the program, may be related with greater children's self-efficacy and satisfaction. Likewise, changes in hyperactivity/inattention, along with reductions in impairment associated with decreases in internalizing and externalizing symptoms, may be associated with improvements in academic self-concept.

Short-term impact could be enhanced at long-term follow up with more opportunities to practice the skills learned and a greater quantity of positive experiences. These have been examined in previous work (Orgilés et al., 2020) and it was found that academic, social, emotional and physical self-concept increased significantly at the 12-month follow-up.

Positive benefits on all dimensions of self-concept may have important implications for internalizing and externalizing symptoms. Recent work in this area (Melero et al., 2021) has shown that increases in self-concept dimensions mediate the long-term effect of SSL on internalizing and externalizing symptoms. These findings are consistent with previous research that linked self-esteem to mental wellbeing and viewed the dimension as a transdiagnostic construct that may lie behind a different set of mental

health symptoms. Again, these results (Melero et al., 2021; Orgilés et al., 2020) were not performed in a clinical sample and there is no previous literature on the short- and long-term effects of SSL on self-esteem in clinical children. It is also important to note that the children enrolled in the program are of pre-adolescent age and are beginning to experience puberty-related changes, which tend to be associated with a decline in self-esteem (Martinsen et al., 2021; Tirlea et al., 2019).

Taken together, these results suggest that the 8-week SSL intervention could be an effective intervention for comorbidities in daily clinical practice in the Spanish public psychiatric healthcare system, although this result should be confirmed by future studies. Previous studies examining the effectiveness of transdiagnostic treatment in children with emotional problems typically present results on symptoms of anxiety and depression, while information on possible benefits in other comorbidities is lacking (e.g. Bilek & Ehrenreich-May, 2012; Djurhuus & Bikic, 2019; Kennedy et al., 2018; Loevaas et al., 2020; Martinsen et al., 2019). Therefore, the results of this study on the benefit of transdiagnostic SSL on symptom externalization and self-concept are of particular relevance.

#### 4.1. Limitations

Research limitations should be considered when interpreting the results. The sample size was small and precedent from a specific area in Spain. Blinding of participants and therapists was not achievable, and possible intervention effects were reported by the unblinded participants. In addition, the control group received no intervention and was not an active control group. The interpretation of the results should take into account the internal consistency of certain SDQ subscales, as well as the potential presence of a floor effect. It would be interesting to measure symptoms on other

scales and in other relevant contexts (e.g., school) as it can be difficult for parents to assess changes in contexts where they are not present. This could help us better understand the impact of the intervention on variables that reach statistical significance and on measures that do not reach the threshold of statistical significance. Future research addressing these limitations will lead to clinical and scientific advances.

## 5. Conclusion

Despite the limitations mentioned, the present study has some strengths that need to be highlighted. This is one of the first studies to evaluate the short-term effectiveness of SSL in children ages 8 to 12 with a confirmed diagnosis of a mental disorder, in addition, parent- and child-reported measures are included. It provides preliminary support for the short-term effectiveness of SSL group version on emotional symptoms, peer problems, overall difficulties, and self-concept. The research extends the evidence supporting SSL's effectiveness by examining it with a control condition. Our results suggest that SSL appears to be a promising program that, with further research, can contribute to the transferability of evidence-based interventions to real-world clinical settings.

## References

- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy, 43*(4), 887–897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
- Byrne, G., Connon, G., Martin, E., McHugh, S., & Power, L. (2021). Evaluation of a parent-led cognitive behaviour therapy programme in routine clinical practice: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 60*(4), 486–503. <https://doi.org/10.1111/bjc.12309>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daemen, M., Postma, M. R., Lindauer, R., der Meulen, I. H., Nieman, D., Delespaul, P., Breedvelt, J. J. F., van der Gaag, M., Viechtbauer, W., Schruers, K., van den Berg, D., Bockting, C., van Amelsvoort, T., & Reininghaus, U. (2021). Efficacy of a transdiagnostic ecological momentary intervention for improving self-esteem (SELFIE) in youth exposed to childhood adversity: study protocol for a multi-center randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 641. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05585-y>
- Diego, S., Morales, A., & Orgilés, M. (2023). Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting. *Behavior Therapy*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.003>
- Djurhuus, I. D., & Bikic, A. (2019). Is the Cool Kids programme working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574893>
- Dol, M., Reed, M., & Ferro, M. A. (2022). Internalizing-Externalizing Comorbidity and Impaired Functioning in Children. *Children*, 9, 1547. <https://doi.org/10.3390/children9101547>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2008). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., & Ollendick, T. H. (2014). Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of

- childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 167, 261–267.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.056>
- Essau, C., & Ollendick, T. (2013). *The super skills for life programme*. University of Roehampton.
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program super skills for life in reducing symptoms of anxiety and depression in young spanish children. *Psicothema*, 31(3), 298–304.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020). One-Year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 258–266.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>
- Galindo-Domínguez, H. (2019). Standardization of the self-concept AF-5 scale by school year and gender in primary education. *Psicologia Educativa*, 25(2), 117–125.  
<https://doi.org/10.5093/psed2019a9>
- Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K., & Weersing, V. R. (2016). Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: test of cross-over effects. *Depression and Anxiety*, 33(10), 939–959.  
<https://doi.org/10.1002/da.22519>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147–175.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>

- García, F., & Musitu, G. (Eds.). (2023). *AF-5. Autoconcepto forma-5 (5ª edición)* [Five-Factor Self-Concept Questionnaire (5th ed.)]. Hogrefe TEA Ediciones.
- García, F., Gracia, E., & Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the Five-Factor Self-Concept Questionnaire. *Psicothema*, 25(4), 549–555. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.33>
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30–40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00008>
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2018). A randomized controlled pilot trial of the Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior Modification*, 43(3), 1-31. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-Based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362–372. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014>
- Liang, K.Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear

- models. *Biometrika*, 73(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
- Loevaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., Rasmussen, L. M. P., & Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: The results from the EMOTION study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 15. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00322-w>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Pedersen, M. L., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Adolfsen, F., & Neumer, S. P. (2021). Change in quality of life and self-esteem in a randomized controlled CBT study for anxious and sad children: Can targeting anxious and depressive symptoms improve functional domains in schoolchildren? *BMC Psychology*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00511-y>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2021). Spanish version of Super Skills for Life in individual modality: Improvement of children's emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2187–2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>
- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., & McClintock, S. M. (2016). Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 84–98. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000132>

- Orgilés, M., Espada, J. P., Ollendick, T. H., & Essau, C. (2022). *Programa Super skills. Manual del aplicador* [Super skills for life program. Therapist's guide]. Universidad Miguel Hernández.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>
- Orgilés, M., Garrigós, E., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How does a CBT-based transdiagnostic program for separation anxiety symptoms work in children? Effects of Super Skills for Life. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(2), 9-15. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.1>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Priede, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruíz, P., & Moriana, J. A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes [Transdiagnostic approach in psychotherapy with children and adolescents]. In E. Fonseca (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: Infancia y adolescencia* [Handbook of psychological treatment: Childhood and adolescence] (pp. 117–141). Pirámide.
- Ramdhonee-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A



- randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Rippon, D., Shepherd, J., Wakefield, S., Lee, A., & Pollet, T. V. (2022). The role of self-efficacy and self-esteem in mediating positive associations between functional social support and psychological wellbeing in people with a mental health diagnosis. *Journal of Mental Health*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069695>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., & Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents on the internet (iUP-A): Web application and protocol from a randomized control trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Santesteban-Echarri, O., Hernández-Arroyo, L., Rice, S. M., Güerre-Lobera, M. J., Serrano-Villar, M., Espín-Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. A. (2018). Adapting the brief Coping Cat for children with anxiety to a group setting in the Spanish public mental health system: A hybrid effectiveness-implementation pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3300–3315. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1154-9>
- Silverman, W. K., Marin, C. E., Rey, Y., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pettit, J. W. (2019). Group-Versus Parent-Involvement CBT for childhood anxiety disorders: Treatment specificity and long-term recovery mediation. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 840–855. <https://doi.org/10.1177/2167702619830404>
- Stadelmann, S., Grunewald, M., Gibbels, C., Jaeger, S., Matuschek, T., Weis, S., Klein,

- A. M., Hiemisch, A., von Klitzing, K., & Döhnert, M. (2017). Self-Esteem of 8–14-year-old children with psychiatric disorders: Disorder- and Gender-Specific effects. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1), 40–52. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0651-6>
- Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J., & Chorpita, B. F. (2019). Treatment features associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(1), S269–S283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>
- Tirlea, L., Bonham, M., Dordevic, A., Bristow, C., Day, K., Brennan, L., Haines, T., & Murray, M. (2019). Measuring self-esteem changes in children and adolescents affected by overweight or obesity: A scoping review of instruments currently used in multicomponent weight-management interventions. *Childhood Obesity*, 15(8), 485–501. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0058>
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: Recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347–351. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/lwolgensinger>



**Publicación 3**

**Efficacy of Super Skills for Life Transdiagnostic Program in Children with Mental Health Problems: One-Year Outcomes in a Clinical Setting**

Sara Diego, Alexandra Morales y Mireia Orgilés

*Universidad Miguel Hernández de Elche*

**Artículo en revisión en Evaluation and Program Planning**

# Evaluation and Program Planning

## **Efficacy of Super Skills for Life Transdiagnostic Program in Children with Mental Health Problems: One-Year Outcomes in a Clinical Setting**

**Sara Diego, Alexandra Morales and Mireia Orgilés**

Department of Health Psychology, Miguel Hernández University of Elche, Elche, Spain

### **Abstract**

Anxiety, depression, and disruptive behaviours represent a common disease in children. There are limitations that prevent the implementation of evidenced-based interventions in national mental health services. Additionally, a community setting may involve factors that limit effectiveness compared to a research setting. Objectives: The aim of the study was to test the short-, medium-, and long-term efficacy of the Super Skills for Life transdiagnostic program integrated into routine clinical practice. Method: 43 children (mean = 10.21 years, 65.1% boys) with a major emotional disorder participated. Results: Children who met criteria for an emotional disorder decreased significantly at all follow-up visits after the intervention (3-, 6- and 12-months). In addition, significantly lower scores were found for depression, anxiety, and general difficulties. Reductions in anxiety and global difficulties were statistically significant at 3-, 6-, and 12-months follow-up. Conclusions: The Super Skills for Life program implemented in a routine mental health service reduces the internalizing and externalizing symptoms and clinical diagnoses presented in children. Limitations associated with the study, such as sample size and the

lack of a control group, highlighted the need for replication studies. In addition, an improvement in the long-term effectiveness in depressive symptoms is required.

**Keywords:** disorder, treatment, transdiagnostic, children, clinical

## 1. Introduction

The development of gold standard treatments requires an improvement in the transition to clinical practice (Byrne et al., 2021). Although there are effective CBT interventions for childhood disorders, children continue to not receive the gold standard of care. The failure to implement evidenced based interventions in national mental health services may be due to limited mental health staff, lack of infrastructure and lack of funding.

Given that most evidence-based CBT programs are disorder-specific and relevant only to a subset of the population with common mental health problems (Wolf et al., 2022), applying traditional one-disorder protocols in clinical settings means that clinicians need to be trained in multiple protocols to treat multiple conditions. Additionally, when comorbid conditions are present, clinicians must decide whether delivered the protocols concurrently or sequentially, which consumes more time and resources than using a single protocol to treat different comorbid disorders (Carlucci et al., 2021; Wolf et al., 2022).

In the clinical context, group interventions and transdiagnostic approaches can help improve universal access to evidenced-based treatments.

Previous research reported that group CBT has unique components that may provide more opportunities for normalization, positive peer modelling, social support, exposure

to social situations, and reinforcement (Guo et al., 2021). In addition, group interventions are less expensive and could save healthcare resources (Guo et al., 2021). For this reason, some studies have highlighted the economic and practical benefits of group interventions to overcome the typically long waiting lists and limited resources in mental health services worldwide (Carlucci et al., 2021; Dekel et al., 2021).

In addition, transdiagnostic interventions can be considered more efficient for patients with comorbid conditions, because multiple conditions can be treated simultaneously rather than sequentially (Melero et al., 2022). Other clinical and practical benefits have been reported, such as the possibility of treating children with comorbid symptoms that do not meet the criteria for specific diagnostic categories (Carlucci et al., 2021), and heterogeneous children with emotional and behavioural problems (Wolf et al., 2022). There is evidence of a medium effect size ( $g = \pm 0.50$ ) for transdiagnostic treatments in children and adolescents (García-Escalera et al., 2016). Therefore, transdiagnostic treatment may facilitate the large-scale implementation of evidence-based treatments for mental health problems in children.

Super Skills for Life (SSL) is a transdiagnostic CBT intervention that is being translated and validated in different countries (e.g., Germany, Cyprus, Greece, Portugal, Spain, Turkey, Poland) (Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). The program addresses transdiagnostic common constructs that play a relevant role in the development and treatment of emotional disorders (i.e., low self-esteem, poor social skills, cognitive bias), using techniques such as social skills, behavioural activation, cognitive restructuring, self-monitoring, relaxation techniques, and problem-solving techniques.

The benefits of the Spanish SSL program for internalizing symptoms (e.g., anxiety, depression) and externalizing symptoms (e.g., conduct problems, peer problems) has been

supported as an indicated prevention program for children aged 6 to 8 (Fernández-Martínez et al., 2019), 8 to 12 in a group format (Orgilés et al., 2019) and 8 to 12 in an individual format (Melero et al., 2021). The effectiveness of the program as a prevention program has been demonstrated in the short and long term (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés et al., 2019). However, efficacy studies of Spanish SSL as an intervention program for emotional disorders are lacking.

This research aims to further explore the benefits of the Spanish SSL group program for common emotional disorders in children (i.e., disorders related to anxiety and depression). The present study included a Spanish sample of children attending the Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and was integrated into routine clinical practice. This is the first occasion the program has been evaluated for medium and long-term effects in the treatment of Spanish children with a mental disorder. Based on a previous short-term efficacy study (Diego et al., 2023) and indicated long-term prevention studies (Fernández-Martínez et al., 2020; Orgilés et al., 2019), a reduction in clinical diagnosis frequency, anxiety symptoms, depressive symptoms and global difficulties is expected in the medium and long term.

## **2. Method**

### **2.1. Procedure**

Participants were recruited from May 2018 through referrals from the Department of Child and Adolescent Mental Health of Hospital Clínico Universitario de Valencia, Spain. All procedures were conducted individually at the CAMHS (enrolment, participant information, informed consent, baseline assessment, posttreatment assessment, and follow-up assessments). Based on research showing that parental reports of children's symptoms differ significantly from children's self-reports (Grills & Ollendick, 2003;

Krain & Kendall, 2000), particularly when examining internalizing versus externalizing symptoms (Grills & Ollendick, 2003; Krain & Kendall, 2000), we collected data based on children and caregivers. In each assessment session, the child and their parents completed the self-assessment tools and a semi-structured interview.

## **2.2. Participants**

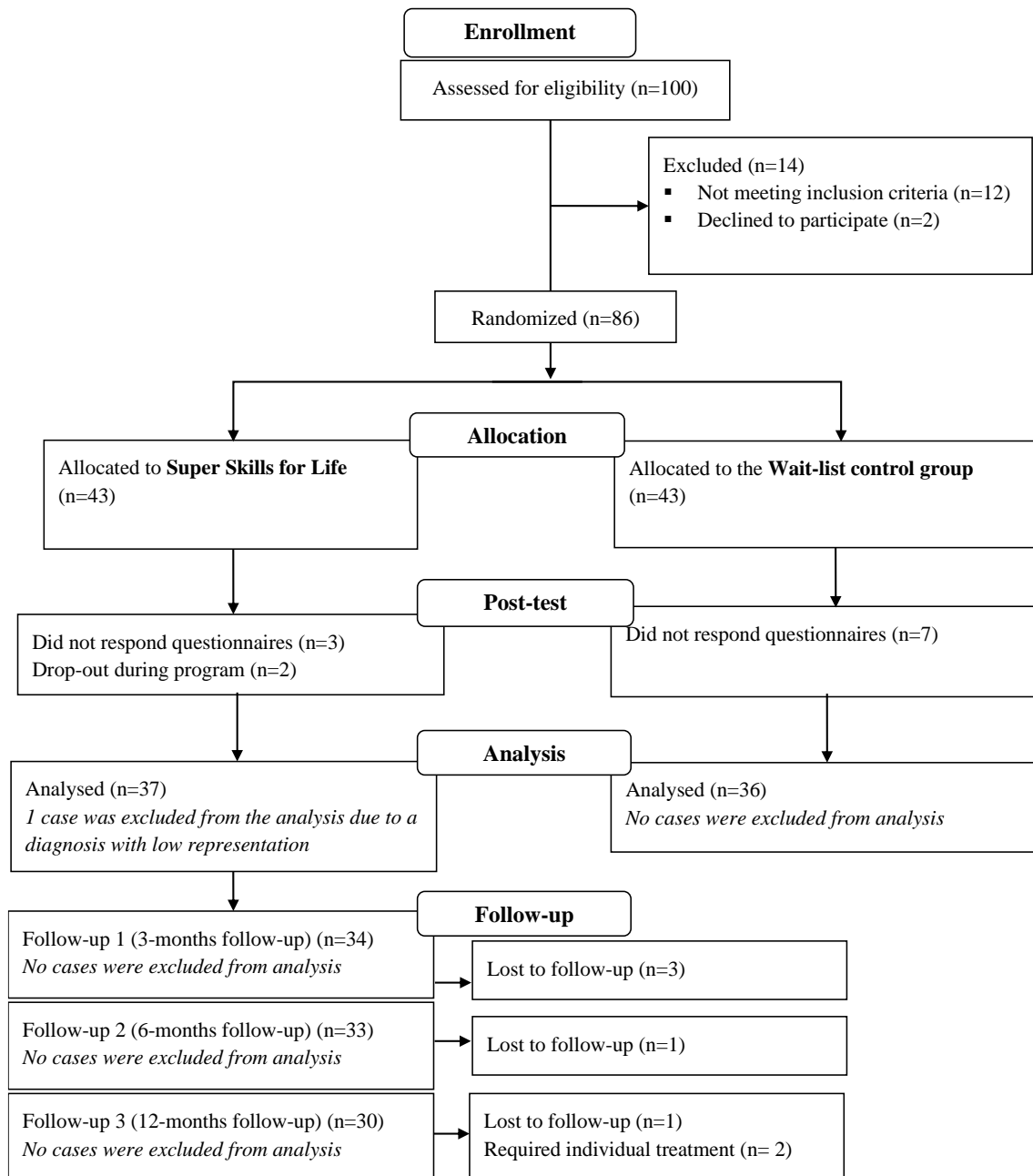
Study participants must meet the following inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: a) children were between 8 and 12 years of age, b) children had a diagnosis of an anxiety disorder, a depressive disorder, and/or a trauma- or stress-related disorder with anxiety and/or depressive symptoms, confirmed by a structured diagnostic interview, c) children and caregivers were able to understand, write and read Spanish and d) caregivers agree to attend all sessions and to receive feedback and suggestions after each session. Exclusion criteria were: a) children had a diagnosis of intellectual disability, b) children had symptoms or a diagnosis of a conduct disorder or an autism spectrum disorder whose severity precluded continued treatment, c) children were at the same time in psychological treatment or d) children who received a psychopharmacological intervention that was unstable and required modification during the study.

Participants who met the inclusion criteria were randomly assigned (1:1) to the intervention group (N=43) and the wait-list control group (N=43) and received a pre- and post-treatment assessment. Children participating in the intervention program received a 3-month follow-up, a 6-month follow-up, and a 12-month follow-up. Children in the wait-list control group received the intervention after the post-treatment assessment. The control group will not be included at follow-up because the clinical context and the research ethics committee prevent children from going untreated for this period. The



study design and the flow of participants at baseline, post-test and follow-up are shown at Figure 1.

**Figure 1.** Participant flow at baseline and follow-ups



The short-term efficacy of the treatment using a wait-list control group is already being published (Diego et al., 2023).

The current analysis presents the medium- and long-term benefits of incorporating SSL into routine clinical practice for the 43 children (mean=10.21 years, 65.1% boys) assigned to the intervention group (SSL) and recruited for the 3-, 6-, and 12-month follow-ups.

Major disorders among the participants before treatment were separation anxiety disorder (20.9%), generalized anxiety disorders (18.6%), adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct (16.3%) and adjustment disorder with anxiety and/or depressed mood (14%). The most common comorbid diagnoses were specific phobias (30.2%). Nine children did not meet criteria for a comorbid diagnosis (20.9%).

The frequencies of all primary and comorbid diagnoses are shown in Table 1. Most of the children did not receive any pharmacotherapeutic treatment (81.4%) (see Table 2).

**Table 1.** *Frequency of diagnosis at pretreatment*

	<b>Frequency (N=43)</b>
<b>K-SADS-PL Anxiety</b>	
Separation anxiety disorder	14
Generalized anxiety disorder	10
Agoraphobia	2
Panic disorder	1
Obsessive compulsive disorder	1
Social anxiety disorder	5
Specific Phobia	16
Selective mutism	2
Other specified anxiety disorder	1
<b>K-SADS-PL Trauma</b>	
Adjustment disorder with anxiety and/or depressed mood	9

Adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct	10
Other specified trauma- and stress-related disorder	2

### K-SADS-PL Depression

Other specified depressive disorder	1
-------------------------------------	---

*K-SADS-PL= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage*

*youths–Present and Lifetime version*

Most mothers (mean= 42.28 years) and fathers (mean=41.91 years) were Spanish (mothers = 97.7%, fathers = 88.4%), married (74.4%) and currently employed (mothers = 81.4%, fathers = 83.7%). Data on the socio-demographic characteristics of children and their caregivers are presented in Table 2.

**Table 2.** Demographic and clinical characteristics of the sample and estimated marginal means of the main outcomes at each time point

<b>Demographic and clinical characteristics</b>	Pre (n = 43)	Post (n = 37)	Follow-up 1 (n = 34)	Follow-up 2 (n = 33)	Follow-up 3 (n = 30)
Male, N (%)	28 (65.1)	25 (67.6)	24 (70.6)	23 (69.7)	20 (66.7)
Mean age (SD), years	10.21 (1.146)	10.11 (1.17)	10.09 (1.21)	10.12 (1.21)	10.13 (1.25)
8 years	5 (11.6)	5 (13.5)	5 (14.7)	5 (15.2)	5 (16.7)
9 years	6 (14)	6 (16.2)	6 (17.6)	5 (15.2)	4 (13.3)
10 years	10 (23.3)	8 (21.6)	6 (17.6)	6 (18.2)	5 (16.7)
11 years	19 (44.2)	16 (43.2)	15 (44.1)	15 (45.5)	14 (46.7)
12 years	3 (7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	2 (6.7)
Pharmacotherapy, N (%)					
No	35 (81.4)	30 (81.1)	27 (79.4)	26 (78.8)	24 (80)
Methylphenidate	6 (14)	5 (13.5)	5 (14.7)	5 (15.2)	4 (13.3)
Atomoxetine	1 (2.3)	1 (2.7)	1 (2.9)	1 (3)	1 (3.3)
Guanfacine	1 (2.3)	1 (2.7)	1 (2.9)	1 (3)	1 (3.3)
Child's nationality, N (%)					
Hispanic	43 (100)	37 (100)	34 (100)	33 (100)	30 (100)
Other	0	0	0	0	0
Mothers' Mean age (SD), years	42.28 (5.17)	42.38 (4.60)	42.35 (4.59)	42.36 (4.66)	42.77 (4.68)
Fathers' Mean age (SD), years	41.91 (9.07)	41.68 (9.17)	41.65 (9.46)	41.73 (9.60)	43.03 (7.89)
Mean number of siblings (SD)	1.98 (0.8)	1.89 (0.51)	1.88 (0.47)	1.91 (0.45)	1.90 (0.48)
Mothers' nationality, N (%)					
Hispanic	42 (97.7)	37 (100)	34 (100)	33 (100)	30 (100)
Other	1 (2.3)	0	0	0	0
Fathers' nationality, N (%)					
Hispanic	38 (88.4)	34 (91.9)	31 (91.2)	30 (90.9)	28 (93.3)
Other	3 (7)	1 (2.7)	1 (2.9)	1 (3)	1 (3.3)
Missing data	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)

Mothers' marital status, <i>N</i> (%)					
Married	32 (74.4)	27 (73)	24 (70.6)	24 (72.7)	24 (80)
Separated or Divorced	9 (20.9)	8 (21.6)	8 (23.5)	7 (21.2)	5 (16.7)
Single	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)
Fathers' marital status, <i>N</i> (%)					
Married	32 (74.4)	27 (73)	24 (70.6)	24 (72.7)	24 (80)
Separated or Divorced	9 (20.9)	8 (21.6)	8 (23.5)	7 (21.2)	5 (16.7)
Single	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)
Does the mother work?, <i>N</i> (%)					
Yes	35 (81.4)	30 (97.3)	28 (82.4)	27 (81.8)	24 (80)
No	8 (18.6)	7 (18.9)	6 (17.6)	6 (18.2)	6 (20)
Does the father work?, <i>N</i> (%)					
Yes	36 (83.7)	32 (86.5)	29 (85.3)	28 (84.8)	27 (90)
No	5 (11.6)	3 (8.1)	3 (8.8)	3 (9.1)	2 (6.7)
Missing data	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)
Mothers' history of mental health problems, <i>N</i> (%)					
Yes	18 (41.9)	14 (37.8)	13 (38.2)	12 (36.4)	10 (33.3)
No	25 (58.1)	23 (62.2)	21 (61.8)	21 (63.6)	20 (66.7)
Fathers' history of mental health problems, <i>N</i> (%)					
Yes	6 (14)	4 (10.8)	3 (8.8)	3 (9.1)	3 (10)
No	35 (81.4)	31 (83.8)	29 (85.3)	28 (84.8)	26 (86.7)
Missing data	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)
Mothers' educational level, <i>N</i> (%)					
Primary education	18 (41.9)	16 (43.2)	15 (44.1)	15 (45.5)	14 (46.7)
Compulsory secondary education	15 (34.9)	12 (32.4)	11 (32.4)	10 (30.3)	8 (26.7)
Higher education	10 (23.3)	9 (24.3)	8 (23.5)	8 (24.2)	8 (26.7)
Fathers' educational level, <i>N</i> (%)					
Primary education	21 (48.8)	18 (48.6)	17 (50)	17 (51.5)	17 (56.7)
Compulsory secondary education	11 (25.6)	10 (27)	9 (26.5)	8 (24.2)	6 (20)
Higher education	9 (20.9)	7 (18.9)	6 (17.6)	6 (18.2)	6 (20)
Missing data	2 (4.7)	2 (5.4)	2 (5.9)	2 (6.1)	1 (3.3)

<b>Outcomes</b>	Pre ( <i>n</i> = 43)	Post ( <i>n</i> = 37)	Follow-up 1 ( <i>n</i> = 34)	Follow-up 2 ( <i>n</i> = 33)	Follow-up 3 ( <i>n</i> = 30)
<b>Interviews</b>					
K-SADS-PL Anxiety					
Yes	38 (88.4)	5 (13.5)	3 (8.8)	1 (3)	0
No	5 (11.6)	32 (86.5)	31 (91.2)	32 (97)	30 (100)
K-SADS-PL Trauma					
Yes	21 (48.8)	1 (2.7)	0	0	0
No	22 (51.2)	36 (97.3)	34 (100)	33 (100)	30 (100)
K-SADS-PL Depression					
Yes	1 (2.3)				
No	42 (97.7)				
<b>Self-reported</b>					
Depression (CDI total score)	24.67 (0.5)	10.54 (1.20)	21.20 (1.22)	21.06 (1.30)	20.15 (1.43)
Anxiety (SCAS total score)	42.02 (2.45)	32.89 (2.66)	24.44 (2.27)	25.96 (2.95)	24.15 (3.50)
Anxiety Life Interference (CALIS total score)	12.65 (1.35)	8.71 (1.24)	6.49 (1.34)	8.84 (1.81)	6.53 (1.67)
<b>Parent reports</b>					
Anxiety (SCAS total score - parents)	35.09 (2.58)	28.66 (2.17)	21.71 (2.21)	22.70 (2.83)	21.50 (2.86)
Index of difficulties (SDQ total score - parents)	19.21 (0.6)	15 (0.82)	14.86 (0.52)	14.12 (0.76)	13.11 (0.93)

Anxiety Life Interference (CALIS total score - parents)	28.88 (2.06)	23.55 (2.18)	16.32 (2.25)	19.49 (3.32)	15.17 (3.16)
---	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

*SD= Standard Deviation. K-SADS-PL= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage youths–Present and Lifetime version. CDI= Child Depression Inventory. SCAS= Spence Children's Anxiety Scale. CALIS= Child Anxiety Life Interference Scale. SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire.*

## 2.3 Measures

### 2.3.1 Sociodemographic variables for parents and children

Sociodemographic variables were collected using an ad hoc questionnaire and prior information. All analysed variables are listed in Table 2.

### 2.3.2 Diagnosis based on DSM-5 criteria

The Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia–Present and Lifetime version (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997) is a semi-structured interview for children and adolescents aged 6 to 18 years according to the DSM criteria. Scores and diagnoses are determined according to the interview specifications and questions made to children and parents. Regarding the proposal of this study, only disorders related to emotional disorders (i.e., disorders where anxiety and depression are predominant) were considered in the analysis. Taking into account the diagnostic frequencies (see Table 1), the disorders were recoded into the categories K-SADS-PL anxiety, K-SADS-PL depression and K-SADS-PL trauma to perform a statistically more appropriate analysis.

### 2.3.3 Depression

The Child Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) is a 3-point, 27-item self-reported scale for assessing depressive symptoms in children and adolescents aged 7 to 18 years. Total CDI scores above 12 indicates the presence of significant depressive symptoms (Kovacs, 1992). Higher values indicate more severe symptoms. Reliability in this study using ordinal alpha was high (ordinal alpha =.87).

#### *2.3.4 Anxiety symptoms*

The Spence Children's Anxiety Scale Parent-Child Report (SCAS and SCAS-P; Spence, 1998) is a 44-item/38-item scale for anxiety symptoms. SCAS and SCAS-P measure anxiety symptoms severity according to DSM-IV, with total higher scores indicating greater symptom severity. The ordinal alpha in the current sample was high for child and parent versions (SCAS ordinal alpha = .87, and SCAS-P ordinal alpha = .94).

#### *2.3.5 Difficulties*

The Strengths and Difficulties Questionnaire Parent-Report version (SDQ-P; Goodman, 1997) is a 3-point, 25-item scale for children and adolescents aged 4 to 17 years that is answered by parents. It was designed to measure children's overall difficulties and positive attributes: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationships difficulties and pro-social behaviours. The SDQ total score (total difficulties) is the summation of scores on these subscales, with the exception of the prosocial behavior subscale. Higher scores indicate higher levels of difficulties, except on the prosocial subscale, where higher scores reflect a more positive attribute. In the current study total reliability was high (ordinal alpha = .82).

#### *2.3.6 Anxiety-related interference*

The Child Anxiety Life Interference Scale children-report version and parent-report version (CALIS-C and CALIS-P; Lyneham et al., 2013) is a 9-item self-report scale and a 16-item parent-report scale that assesses interference and impairment related to anxiety in the child's school, social, and home/family settings. The CALIS-C and CALIS-P total score is calculated by adding the scores of all the items. Higher scores indicate larger anxiety-related interference. The reliability in the current sample was

excellent for the children scale (Cronbach alpha =.89) and the parent scale (Cronbach alpha = .90).

#### **2.4. Intervention**

Participants received 8 sessions of the weekly SSL treatment program. During the 8 sessions, children will learn a variety of techniques typically used to treat emotional disorders: psychoeducation, behavioural activation, cognitive restructuring, social skills, relaxation strategies, and problem-solving techniques. SSL also includes video-feedback with cognitive preparation. After each session, the children were given a task to practice the skills they had learned, while the parents were given information about the session and opportunities to generalize what the children had learned. A detailed description of the program with goals and activities for each session can be found in Diego et al. (2023). To maximize attendance, meetings were scheduled after school hours. Treatment sessions were conducted at the CAMHS in groups of 4 to 6 children. In this study, SSL clinicians were clinical psychologists with 3-4 years of residency who were also trained in the program. The training consisted of an intensive workshop on the program, objectives, procedures, and session content. To ensure accurate implementation, the facilitators received a leader's manual with a detailed description of each session. To verify fidelity, the facilitators attended one meeting per week with a study researcher to clarify questions, highlight key aspects of each session, and monitor the adequacy of implementation.

#### **2.5. Data analysis**

Means (standard deviations) and frequencies (percentages) were calculated for all sociodemographic variables. Ordinal alpha (if the scale type was ordinal) and Cronbach's alpha (for the rest) were run to provide evidence of reliability of the measures in the current study. Attrition analyses were performed with logistic regressions to identify

differences in the main outcomes and children's sex and age between children who dropped out the study and those who did not. Failure to attend <6 treatment sessions or failure to complete questionnaires was considered a drop-out. One case was excluded from the analysis due to the low representation (see Table 1 and Figure 1). Intra-group changes in the outcome variables (diagnosis, anxiety symptoms, anxiety-related interference, depressive symptoms, and global difficulties) over time (baseline, post-treatment, 3-month follow-up, 6-month follow-up, and 12-month follow-up) were examined using a generalized estimating equations (GEE; GEE under GENLINE procedure in SPSS v27). The comparisons made were pretest-posttest, pretest-follow-up 1, pretest-follow-up 2, and pretest-follow-up 3. Analyses were adjusted for children's sex and age. GEE analysis is considered a robust strategy for longitudinal data in which the data are correlated and unbalanced across time points, even with a reduced sample size (Liang & Zeger, 1986). Bonferroni corrections were used because multiple tests in the GEE were run ( $p \leq 0.002$ ). Other studies evaluating SSL effects used the same data analytic plan (e.g. Melero et al., 2021; Orgilés et al., 2019). SPSS v27.0 was used to analyze the data in the current study, except for ordinal alpha that was run using *R* Studio (2022.12.0 Build 353 © 2009-2022 Posit Software, PBC).

### **3. Results**

#### **3.1 Attrition**

Of the 43 families that joined the study at baseline (SSL allocation), 38 completed the post-test (11.6% dropout rate). At follow-up 1 there were 34 participants, hence 8.10% was the dropout rate, compared to the post-test. Thirty-three participants responded the second follow-up, which represents 2.94% of dropout rate, compared to the follow-up 1. Finally, in the follow-up 3 there were 30 participants, hence the dropout rate compared to the follow-up 2 was 9.09%. Logistic regression analyses indicated that there were no



statistically significant differences in the baseline main outcomes, children's sex and age between families who responded the different assessments, compared to those who had dropped out of the study at that point ( $p > .05$ ), except for K-SADS-PL Anxiety ( $OR = .650$  (95% CI = 1.09, 38.63;  $p = .04$ ). A statistically significant higher proportion of children with anxiety in the baseline were retained in the post-test (82.9% vs 17.1%,  $p = .002$ ), follow-up 1 (75.6% vs 24.4%,  $p = .01$ ), follow-up 2 (75.6% vs 24.4%,  $p = .005$ ), and follow up 3 (68.3% vs 31.7%,  $p = .02$ ), compared to those who dropped out the study. In other words, children with lower baseline levels of anxiety tended to drop out of the study to a greater extent than those with higher levels of anxiety, suggesting that children with more anxiety symptomatology stayed until the end of the study. This aspect should be considered when interpreting the results. See Figure 1 for participant flow through the study and Table 2 for information on participant demographics and clinical variables.

### **3.2 Effects of intervention**

Table 3 displays the results of the GEE model analysis.

**Table 3.** *Generalized linear model-based estimates 95% confidence intervals and significance tests for intervention effect on the outcomes*

Outcomes	Pre-Post		Pre-Follow-up 1		Pre- Follow-up 2		Pre- Follow-up 3	
	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value	Estimates (95% CI)	<i>p</i> value
<b>Interviews</b>								
K-SADS-PL Anxiety	0.50 (0.43, 0.57)	≤.001	0.48 (0.41, 0.55)	≤.001	0.45 (0.40, 0.51)	≤.001	0.44 (0.39, 0.48)	≤.001
K-SADS-PL Trauma	0.61 (0.53, 0.70)	≤.001	0.59 (0.51, 0.68)	≤.001	0.59 (0.51, 0.68)	≤.001	0.59 (0.51, 0.67)	≤.001
<b>Self-reported</b>								
Depression (CDI total score)	1.02 (1.40, 1.42)	≤.001	0.04 (0.003, 0.568)	.01	0.03 (0.002, 0.59)	.02	0.01 (.001, 0.31)	.007
Anxiety (SCAS total score)	2.83 (1.03, 3.21)	≤.001	6.09 (1.15, 7.21)	≤.001	2.76 (1.67, 4.55)	≤.001	4.52 (2.12, 9.63)	≤.001
Anxiety Life Interference (CALIS total score)	0.01 (0.001, 0.17)	.001	0.001 (0.001, 0.04)	≤.001	0.01 (0, 0.82)	0.04	0.001 (0, 0.03)	≤.001
<b>Parent reports</b>								
Anxiety (SCAS total score - parents)	2.83 (0.008, 3.03)	≤.001	6.09 (1.15, 6.21)	≤.001	2.76 (1.67, 4.55)	≤.001	4.52 (2.12, 9.63)	≤.001
Index of difficulties (SDQ total score)	0.01 (0.002, 0.04)	≤.001	0.009 (0.002, 0.03)	≤.001	0.04 (0.001, 0.02)	≤.001	0.002 (0, 0.01)	≤.001
Anxiety Life Interference (CALIS total score parents)	.007 (0, 0.22)	.005	4.73 (2.31, 5)	≤.001	0.01 (0.13, 9.42)	≤.001	1.51 (0.01, 1.63)	≤.001

*CI= Confidence Interval. K-SADS-PL= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage youths– Present and Lifetime version. CDI= Child Depression Inventory. SCAS= Spence Children's Anxiety Scale. CALIS= Child Anxiety Life Interference Scale. SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire.*

### *Diagnosis based on DSM-5 criteria*

After the intervention, the frequency of anxiety-related and trauma- or stress-related diagnoses decreased largely compared to the pre-treatment (Table 3).

Children who met criteria for an anxiety disorder decreased significantly compared to baseline ( $p \leq .001$ ). Benefits persisted at 3-month follow-up ( $p \leq .001$ ), 6-month follow-up ( $p \leq .001$ ) and 12-month follow-up ( $p \leq .001$ ).

In addition, participants who met criteria for a trauma- or stress-related disorder demonstrated statistically significant improvements in diagnostic criteria both after the intervention ( $p \leq .001$ ) and at all follow-up visits: 3-months ( $p \leq .001$ ), 6-months ( $p \leq .001$ ), and 12-months ( $p \leq .001$ ).

### *Child-reported symptoms*

Compared to baseline, the children reported significantly lower scores for measures of depression ( $p \leq .001$ ), anxiety ( $p \leq .001$ ), and anxiety life interference ( $p = .001$ ) after the intervention. Reductions in anxiety symptoms and anxiety life interference were statistically significant at 3-, 6- and 12-month follow-up ( $p \leq .001$ , Table 3), except for anxiety life interference 6 months after the intervention ( $p = .04$ ). Improvements in depressive symptoms decreased at follow-up and were no longer statistically significant (3-month follow-up,  $p = .01$ ; 6-month follow-up,  $p = .02$ ; 12-month follow-up,  $p = .007$ ).

### *Parent-reported symptoms*

A statistically significant reduction in parent-reported child anxious symptoms ( $p \leq .001$ ), total difficulties ( $p \leq .001$ ) and anxiety life interference ( $p \leq .001$ ) was observed after the intervention. There were also statistically significant improvements in anxiety symptoms ( $p \leq .001$ ), anxiety life interferences ( $p \leq .001$ ) and global difficulties ( $p \leq .001$ ) reported by parents at 3-month follow up, 6-month follow-up and 12-month follow-up (Table 3).

## **4. Discussion**

This study evaluated SSL group intervention for emotional disorders, anxiety, depression, and global difficulties in children across follow-up time points. Previous SSL long-term research has been indicated preventive studies that only focused on subclinical children and/or with no formal diagnosis. In contrast, our primary objective was to assess whether the SSL group intervention integrated into routine clinical practice has positive short- and long-term effects on internalizing and externalizing symptoms in children participating in CAMHS with an emotional disorder. Overall, our results are encouraging regarding the benefits of SSL and its stability.

Efficacy rates of CBT therapies peak at around 50-70% for anxiety (Chu et al., 2016). Remission rates (partial or full) for anxiety disorders in children enrolled in SSL were over 87% at post-test, over 92% at 3-month follow-up, over 97% at 6-month follow-up and 100% at 12-month follow-up. Regarding trauma- or stress-related disorders, the remission rates were over 96% after the intervention and 100% at the follow-up visits after 3, 6 and 12 months. The children did not meet criteria for prior or other emotional disorders at the follow-up visits. Short-term outcomes are higher than traditional CBT and similar to other manual transdiagnostic CBT programs such as the UP-C, with nearly 78% of participants reporting post-treatment remission rates for anxiety disorders (Bilek & Ehrenreich-May, 2012). When considering community research, short-term remission rates work better for SSL compared to other European studies. For example the Norwegian Coping Cat group program achieved a 65% remission rate for primary anxiety disorder in children (Villabø et al., 2018). Our long-term results are promising given the reported relapse rates for CBT interventions for anxiety, depression and traumatic stress in children of up to 30% to 50% (Rith-Najarian et al., 2019). The lack of a control group limits the ability to control for natural remission, however, it is ethically and empathetically impossible to prevent treatment for such a long period of time, and there are significant differences among the CAMHS interventions in terms of number of sessions, treatment goals, techniques, content, and format, among others, that limit comparison with treatment as usual.

Regarding depressive symptoms, significant benefits in depressive symptoms were noted at post-test, but were not maintained at follow-up. Adding booster sessions may contribute to maintained treatment gains, but why the positive changes in depressive symptoms do not persist remains unclear. Possible explanations are recurrence rates in treated depressed children (Kovacs et al., 1984) and the lack of differences between

children who were treated for depression and those who did not one year after treatment (Weisz et al., 2006). Another possible explanation could be related to the measure used in this study. Transdiagnostic CBT programs for internalizing symptoms in children have reported a reduction in depressive symptoms assessed by parents at post-treatment (Bilek & Ehrenreich-May, 2012) and 12 months of follow-up (Loevaas et al., 2020), but not when those symptoms were rated by children. It was pointed out that parental reports are the best predictor of mood disorders in children under the age of 12 (Lewis et al., 2012). These are lines of future research.

As for anxiety symptoms, SSL showed preliminary efficacy on child- and parent-reported anxiety symptoms (SCAS, SCAS-P) and anxiety life interference at short- (CALIS) and long-term (CALIS, CALIS-P). These results are consistent with other SSL studies showing anxiety reductions that tend to decrease across post-test and follow-up assessments, and a positive short-term but potentially greater long-term effect (Fernández-Martínez et al., 2019, 2020; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). It has previously been hypothesized that it may take longer for parents to perceive significant changes in how their children's anxiety is affecting different areas of their own lives. This explanation is supported by the present CALIS-P results and the previous findings on the reductions in child anxiety-related interference reported by parents (Fernández-Martínez et al., 2020).

Regarding global difficulties presented by the children, benefits of SSL on comorbidities at short- and long-term had been previously reported on SSL indicated preventive efficacy studies (Fernández-Martínez et al., 2020; Orgilés, Fernández-Martínez, Espada, et al., 2019). This is the first study reporting medium- and long-term outcomes of the SSL intervention in Spanish children with a mental health disorder.

Significant improvements in global difficulties were perceived by parents after the SSL intervention and maintained during follow-up visits up to one year after the intervention. These results initially support SSL for comorbid symptoms one year after the intervention in the clinical setting. However, there is a need for further and more detailed mid- and long-term results regarding the efficacy of SSL in comorbidities in Spanish children with mental disorders.

Finally, dropout rates are similar to other transdiagnostic group programs for children with emotional disorders (Bilek & Ehrenreich-May, 2012; Djurhuus & Bikic, 2019). As a group and 8-session intervention, SSL could prevent family attrition and reduce congestion of mental health services. It is noticeable that children with higher levels of anxiety at baseline were retained more often than those who dropped out. Our results are consistent with a recent Portuguese clinical study, in which lower levels of anxiety life interference, as reported by parents, were associated with discontinuation of children's transdiagnostic treatment (Caiado et al., 2022). It is possible that families with higher levels of childhood anxiety are more motivated to continue treatment and attend follow-up visits. This is an area that needs further investigation for proper treatment advice.

#### **4.1 Limitations**

There are some limitations associated with this study. First, the sample was relatively small and came from a specific area in Valencia, Spain. Further studies should include larger sample sizes from different geographical areas. Although SSL was beneficial, evidence is needed for its efficacy versus an active treatment condition, as well as its separate efficacy for different types of disorders. The lack of blinding is another factor that mitigates the results. Finally, the SSL effects on depressive symptoms were

based on child reports. It would be useful to include measures reported by parents and children.

## **4.2 Conclusions**

The results of the current study contribute to the transition from efficacy research to clinical practice by demonstrating that the SSL group program implemented in a routine mental health service improves children's internalizing and externalizing symptoms and clinical diagnoses. Treatment was found to have effects on children's diagnosis, anxiety symptoms, and general difficulties up to a year after treatment. However, more research is needed to optimize long-term efficacy for depressive symptoms. In summary, we present opportunities to further advance the large-scale use of transdiagnostic group CBT in children with comorbid conditions in real-world settings.

### **Ethics approval and consent to participate**

This study is part of a larger clinical trial registered with ClinicalTrials.gov (NCT05482724), where the full protocol and procedure can be accessed. Study protocols, procedures, and informed consent forms were approved and registered by the INCLIVA Research Ethics Committee of Valencia (Spain) following the Declaration of Helsinki (2018/034). Before completing the baseline assessment, mothers and fathers signed the informed consent forms. Parents were informed that they had the right to refuse participation at any time.

### **Funding**

This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

## **CRedit authorship contribution statement**

All authors contributed to and have approved the final manuscript.

Sara Diego: Conceptualization, Methodology, Project administration, Writing - Original Draft. Alexandra Morales: Formal analysis, Writing - Review & Editing. Mireia Orgilés: Resources, Supervision, Writing - Review & Editing.

## **Declaration of Competing Interest**

None declared.

## **Acknowledgments**

The authors would like to thank everyone who participated in the study, particularly children and parents, as well as the program evaluators and facilitators.

## **References**

- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy, 43*(4), 887–897. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2012.04.007>
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., Haan, E. De, Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A. G., & Appelboom-Geerts, K. C. M. M. J. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1384–1394. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318189148e>
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 416–424.



<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>

Byrne, G., Connon, G., Martin, E., McHugh, S., & Power, L. (2021). Evaluation of a parent-led cognitive behaviour therapy programme in routine clinical practice: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 486–503. <https://doi.org/10.1111/bjc.12309>

Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2022). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C) in Portugal: Feasibility study results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1782. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031782>

Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87: 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>

Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.005>

Dekel, I., Dorman-Ilan, S., Lang, C., Bar-David, E., Zilka, H., Shilton, T., Lebowitz, E. R., & Gothelf, D. (2021). The feasibility of a parent group treatment for youth with anxiety disorders and obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 52(6), 1044–1049. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01082-6>

Diego, S., Morales, A., y Orgilés, M. (2023). Treating emotional disorders in Spanish children: A controlled randomized trial in a clinical setting. *Behavior Therapy*.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.003>

Djurhuus, I. D., & Bikic, A. (2019). Is the Cool Kids programme working in outpatient psychiatric clinics? A Danish naturalistic effectiveness study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *73*(2), 141–148. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574893>

Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program super skills for life in reducing symptoms of anxiety and depression in young spanish children. *Psicothema*, *31*(3), 298–304. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.336>

Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020). One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *262*, 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>

Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *21*(3), 147–175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30–40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00008>

Guo, T., Su, J., Hu, J., Aalberg, M., Zhu, Y., Teng, T., & Zhou, X. (2021). Individual vs. Group cognitive behavior therapy for anxiety disorder in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 674267. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.674267>

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Multi-Health Systems.

Kovacs, Maria, Feinberg, T. L., Novak, M. C., Paulauskas, S. L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41(7), 643–649. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790180013001>

Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 29(3), 328–335. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903\\_4](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_4)

Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020).

Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362–372. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014>

Lewis, K. J. S., Mars, B., Lewis, G., Rice, F., Sellers, R., Thapar, A. K., Craddock, N., Collishaw, S., & Thapar, A. (2012). Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 233–236. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.008>

Liang, K.-Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>

Loevaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., Rasmussen, L. M. P., & Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: The results from the EMOTION study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1):15. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00322-w>

Lyneham, H. J., Sburlati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.008>

Melero, S., Morales, A., Tomczyk, S., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2022). Who benefits most from an evidence-based program to reduce anxiety and depression in children?

- A latent profile analysis. *Development and Psychopathology*, 34(4), 1636–1644.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579421000249>
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2021). Spanish version of Super Skills for Life in individual modality: Improvement of children's emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2187–2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.23148>
- Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 72–78.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.001>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2019). Spanish version of Super Skills for Life: short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K., & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327–338.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.053>
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83: 101954. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>

- Rith-Najarian, L. R., Mesri, B., Park, A. L., Sun, M., Chavira, D. A., & Chorpita, B. F. (2019). Durability of cognitive behavioral therapy effects for youth and adolescents with anxiety, depression, or traumatic stress: A meta-analysis on long-term follow-ups. *Behavior Therapy, 50*(1), 225–240. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.006>
- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Ballabriga, M. C. J., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años [Comorbidity between SCARED anxiety factors and depressive symptoms in 8-12 year old children]. *Psicothema, 22*(4), 613–618. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3775>
- Silverman, W. K., Marin, C. E., Rey, Y., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pettit, J. W. (2019). Group-versus parent-involvement CBT for childhood anxiety disorders: Treatment specificity and long-term recovery mediation. *Clinical Psychological Science, 7*(4), 840–855. <https://doi.org/10.1177/2167702619830404>
- Southam-Gerow, M. A., Rodríguez, A., Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2012). Dissemination and implementation of evidence based treatments for youth: Challenges and recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 527–534. <https://doi.org/10.1037/a0029101>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S. P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(9), 751–

764. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>

Wolf, R. T., Jeppesen, P., Pedersen, M. M. A., Puggaard, L. B., Thastum, M., Bilenberg, N., Thomsen, P. H., Silverman, W. K., Plessen, K. J., Neumer, S. P., Correll, C. U., Pagsberg, A. K., & Gyrd-Hansen, D. (2022). Cost-effectiveness of a transdiagnostic psychotherapy program for youth with common mental health problems. *BMC Health Services Research*, *22*(1):819. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08187-9>