

Estudio PSICE

PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN

CONTEXTOS EDUCATIVOS

La Salud Mental de los Adolescentes en Contextos Educativos: Reflexiones derivadas del Estudio PSICE





Consejo General
de la **Psicología**
ESPAÑA





ESTUDIO PSICE

Psicología basada en la
evidencia en contextos
educativos

La salud mental de los
adolescentes en contextos
educativos: reflexiones
derivadas del estudio PSICE



Investigador Principal

Eduardo Fonseca Pedrero

Profesor Titular de Universidad. Universidad de La Rioja.

Coordinador Nacional

Pilar Calvo Pascual

Coordinadora de la División de Psicología Educativa del Consejo General de la Psicología. Decana del Colegio Oficial de Psicología de La Rioja.

Citación

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Al-Halabí, S. (2023). La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE. Consejo General de la Psicología de España.

Editado

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3 planta

28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15

Web: <http://www.cop.es>

E-mail: secop@cop.es

Diseño y maquetación

Andrea Cuervo Carrión

Cristina García Martínez

Ilustraciones

Andrea Cuervo Carrión

ISBN en trámite

Junio de 2023



ESTUDIO PSICE

Psicología basada en la evidencia en contextos educativos

La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE



Fonseca-Pedrero, Eduardo¹; Calvo, Pilar²; Díez-Gómez, Adriana¹; Pérez-Albéniz, Alicia¹; Lucas-Molina, Beatriz³ y Al-Halabí, Susana⁴

¹Universidad de La Rioja, España, ²Colegio Oficial de la Psicología de España, ³Universidad de Valencia, España y ⁴Universidad de Oviedo

RESUMEN

Los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, en población infanto-juvenil se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad a nivel mundial y nacional. Suponen un problema a nivel personal, educativo, familiar y socio-sanitario, y no solo para la sociedad presente, sino también futura. Se hace necesario abordar este reto social emergente mediante el estudio y la implementación de estrategias de promoción del bienestar psicológico y prevención de los problemas de salud mental en contextos educativos. En este contexto surge el estudio PSICE (*PSicología basada en la evidencia en Contextos Educativos*).

En España existen escasos estudios que analicen la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en muestras amplias de adolescentes escolarizados. Existe, por lo tanto, una brecha de conocimiento sobre el estado de la salud mental de esta población al que la Psicología debe dar respuesta. En este contexto, el principal objetivo del presente estudio fue analizar las tasas de prevalencia de dificultades en el ajuste emocional y conductual, en contextos educativos, en una muestra de adolescentes de la población general.

Un total de 8749 estudiantes participaron en la encuesta. La media de edad fue 14,1 años ($DT = 1,6$ años, rango de edad 11 a 18 años). El 54,2% ($n = 4740$) se identificó como mujer. Los instrumentos de

medida utilizados fueron: el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) versión adolescente, el *Generalised Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7), el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) versión autoinforme y la escala SENTIA de conducta suicida para adolescentes.

El 12% de los adolescentes presentaron puntuaciones compatibles con riesgo de problemas emocionales y conductuales. El 6% de los adolescentes informaron de síntomas graves de depresión, mientras que un 26% presentaron síntomas de depresión de intensidad moderada. Además, el 15% de los jóvenes refirieron síntomas de ansiedad graves, mientras que el 20% informaron de síntomas de ansiedad moderados. Un 4,9% de los adolescentes indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.

Los hallazgos encontrados sugieren que las tasas de prevalencia de problemas emocionales y las dificultades de ajuste psicológico en adolescentes españoles son elevadas. El estudio PSICE pone de manifiesto la ineludible necesidad de promover, proteger y cuidar la salud mental durante la infancia y la adolescencia en los entornos educativos. La promoción del bienestar psicológico y la prevención de los problemas de salud mental en contextos educativos supone la mejor inversión por parte de la sociedad, los gobiernos y las instituciones.

Palabras clave: adolescencia, ansiedad, depresión, prevención, salud mental, psicología educativa, contextos educativos.

INTRODUCCIÓN

Las personas, y en particular los menores, merecen una atención psicológica accesible, oportuna, inclusiva, pública y de calidad. De acuerdo con la Constitución española, es necesario “reconocer el derecho a la protección de la salud, así como organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. A este respecto, cabe también mencionar el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2018) referido a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”. En particular, el indicador 3.4 tiene la meta de “reducir para 2030 en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”. No cabe duda de que en la última década se han logrado numerosos avances en materia de salud mental tanto de la población adulta como infanto-juvenil. El nivel de comprensión del comportamiento humano y el acceso a tratamientos psicológicos, entre otros, han mejorado, al igual que se ha reducido el estigma y tabú asociado. No obstante, si lo miramos desde otro ángulo, la respuesta a esta realidad es bien distinta, pues los avances en liderazgo, gobernanza y financiación en salud mental son insuficientes (World Health Organization, WHO, 2023). No se debe olvidar que “sin salud mental, no hay salud”.

La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad y debe pivotar, necesariamente, sobre el bienestar psicológico y la salud mental de las personas. La Psicología reconoce abiertamente la naturaleza multicausal, multidimensional, dinámica, plural, interactiva, contextual y funcional del comportamiento humano. Desde esta perspectiva los problemas psicológicos son considerados entidades interactivas, más que enfermedades fijas, naturales, ahí-dadas (Pérez-Álvarez, 2021). La causa material de la que están hechos los problemas psicológicos serían los “problemas de la vida” (véase también adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, traumas, etc.) (Pérez-Álvarez, 2020), y no supuestas “averías” intrapsíquicas o mentales. Se considera esencial rescatar una visión radicalmente psicológica de los problemas de salud mental, situando las “raíces” de la conducta en el contexto intersubjetivo, interpersonal y socio-cultural. Resultaría obvio defender que los determinantes sociales y, por tanto, del entorno escolar, tienen un impacto en la salud mental de las personas y en el uso de los servicios socio-sanitarios (Verhoog et al., 2022).

Los problemas de salud mental y las dificultades de ajuste psicológico se encuentran entre uno de los principales desafíos a los que se tienen que enfrentar los sistemas familiares, educativos, sanitarios y sociales. Los problemas psicológicos se hallan entre las primeras causas de discapacidad asociada y carga de enfermedad a nivel mundial entre las personas jóvenes (Gore et al., 2011; Walker et al., 2015). Los trastornos mentales representan en población de 0-24 años una cuarta parte de todos los años vividos con discapacidad (Erskine et al., 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2022) en su *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos* apostilla que mil millones de personas en todo el mundo reciben un

diagnóstico de trastorno mental (más de uno de cada ocho adultos y adolescentes). La depresión, con 280 millones de personas, y la ansiedad, con 301 millones de personas, constituyen las etiquetas diagnósticas más prevalentes. Los trastornos de conducta, los trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, por citar algunos, también afectan a cientos de miles de personas en todo el mundo. Y sin olvidar la conducta suicida y las muertes causadas por suicidio. Más aún el *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD) 2019 (Ferrari, 2022) reveló que los trastornos mentales permanecieron entre las diez principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo, sin evidencia de una reducción global de la misma desde 1990. Desde el punto de vista económico, la pérdida anual de capital humano por trastornos de salud mental en el grupo de edad de 0 a 19 años es de 387.200 millones de dólares, de los cuales 340.200 millones están relacionados con los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022). Además, la carga real de morbilidad asociada a estos síndromes clínicos es considerablemente mayor debido a la marcada mortalidad prematura de este grupo poblacional. El resultado: millones de personas en todo el mundo sufren por este motivo sin que, en ocasiones, puedan recibir la atención necesaria.

La prevalencia vital de padecer problemas emocionales y conductuales en población infanto-juvenil es del 13,4% (Intervalo Confidencial (IC) del 95%, 11,3-15,9%) (Polanczyk et al., 2015). UNICEF, en su informe *Estado Mundial de la Infancia 2021*, indica que un 13% de los adolescentes de entre 10 y 19 años padece un trastorno mental diagnosticado. Concretamente, los trastornos de ansiedad y de depresión son la clase más común de problemas referidos durante la adolescencia (Kessler et al., 2012). En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud España 2011/2012 encontró que el 4% de los menores presentaban algún problema emocional o comportamental (Basterra, 2016). Esta misma encuesta, llevada a cabo con la versión heteroinforme del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997) en el año 2017, halló que un 13,2% de los menores de entre 4 y 14 años se encontraban en riesgo de tener problemas de salud mental. Otros estudios indican que la prevalencia estimada para cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes españoles es del 11,8%, mientras que para cualquier trastorno depresivo es del 3,4%, y del 12% para la presencia de síntomas depresivos (Canals et al., 2019).

Además de las tasas de prevalencia comentadas, el suicidio es la primera causa de muerte no natural, por encima de los accidentes de tráfico (Al-Halabi & Fonseca-Pedrero, 2023). Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), publicados en febrero de 2023, indican que, en el año 2021, murieron por suicidio 4003 personas (tasa ajustada por edad de 8,45 personas por cada 100 000 habitantes). Según el INE un total de 3475 menores españoles (desde los 5 hasta los 19 años) han fallecido por suicidio en el periodo temporal de 1980-2021. Y 132 486 personas (de todos los rangos de edad) han sido registradas como muerte por suicidio desde que se recoge este fenómeno por el INE. Además, si por cada muerte por suicidio se calculan unos 20 intentos, se estimarían en este periodo temporal un total de 2 649 720 personas con tentativas de suicidio u otras conductas suicidas.

La edad de inicio, el género, la gravedad, la persistencia y la comorbilidad son factores a tener en cuenta en el estudio de los problemas psicológicos en población adolescente (Fusar-Poli, 2019). La mayoría de los diagnósticos de trastornos mentales se reciben durante los primeros 25 años de vida. En el 50% de los casos, los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años, mientras que el 35% comienzan antes de los 14 años (Solmi et al., 2021). Otros trabajos de revisión sugieren que las dificultades en el ajuste emocional o comportamental se suelen iniciar, en la mitad de los casos, antes de los 15 años y en un 75%, antes de los 25 años (Fusar-Poli, 2019). Además, el desarrollo del primer trastorno mental parece que se presenta antes de los 14 años en un tercio de los casos y antes de los 18 años en casi la mitad (48,4%). Un reciente metaanálisis ha encontrado que el pico de edad de inicio para el desarrollo de cualquier trastorno mental es de 14,5 años (Solmi et al., 2022). A la luz de estos hallazgos, no cabe duda de que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que se asientan las bases del posterior desarrollo adulto. Es, por lo tanto, una ventana óptima para la implementación de intervenciones de promoción del bienestar psicológico y prevención de problemas de salud mental.

Muchos de estos problemas referidos anteriormente se presentan de forma comórbida con otros trastornos médicos y psicológicos y se mantienen estables hasta la adultez (Kessler et al., 2012). Igualmente, se han observado diferencias de género en las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, siendo estos más frecuentes entre las mujeres (Canals et al., 2019; Merikangas et al., 2010). Estas diferencias de género que empiezan a observarse a los 12 años (con una ratio aproximada de 2:1 a favor de las mujeres), alcanzan el pico entre los 13 y 15 años (con una ratio de 3:1) y decrecen a partir de los 16, manteniéndose estables durante la adultez. En relación con la persistencia, el 52,9% de los adolescentes diagnosticados con cualquiera de los trastornos de ansiedad, refieren síntomas de ansiedad después de un seguimiento de 2 años (Canals et al., 2019). Por su parte, la persistencia de síntomas depresivos en adolescentes españoles es del 37,4% (Canals-Sans et al., 2018). Atendiendo a la comorbilidad, y también en población adolescente, las personas con problemas de ansiedad tienen un mayor riesgo de tener otros problemas del estado de ánimo (Canals et al., 2019) y viceversa (Canals-Sans et al., 2018). Por ejemplo, en un estudio realizado en España con adolescentes se encontró que entre el 71,9 y el 80% de aquellos con trastornos de tipo depresivo también presentaban un trastorno de ansiedad (Canals-Sans et al., 2018). En estudios previos internacionales, realizados con población adolescente, se encuentra que aproximadamente el 40% de las personas participantes presentan dos trastornos concomitantes (Merikangas et al., 2010).

El impacto mencionado no se limita únicamente a las elevadas tasas de problemas emocionales con significación clínica, sino también a aquellos fenómenos que no alcanzan el umbral clínico, esto es, síntomas subclínicos. La prevalencia de este tipo de problemas en el ajuste emocional y conductual durante la adolescencia varía entre estudios (Balázs et al., 2013; Bertha & Balázs, 2013; Ortuño-Sierra et al., 2018). Por ejemplo, en el estudio de Balázs et al. (2013), el 32% de las y los adolescentes mostraba ansiedad subclínica y un 29,2% depresión subclínica, con alta comorbilidad subclínica entre ambos

fenómenos. Más aún, dicha sintomatología subclínica en adolescentes se asoció con discapacidad, psicopatología y riesgo de suicidio. Al mismo tiempo, los síntomas subclínicos son un predictor importante para desarrollar un trastorno mental en etapas posteriores de la vida (Mulraney et al., 2021; Thapar et al., 2022). En este sentido, las dificultades psicológicas se extienden más allá de las fronteras clínicas establecidas por los manuales clasificatorios, demostrando una estructura claramente dimensional.

Las consecuencias asociadas al mal ajuste psicológico tienen repercusiones en diversas esferas de la vida de los jóvenes (personal, familiar, escolar, social, económico, etc.) a corto, medio y largo plazo (Gore et al., 2011; Walker et al., 2015). Investigaciones previas parecen indicar que aquellos jóvenes con problemas emocionales, como ansiedad y depresión -tanto a nivel clínico como subclínico-, refieren, entre otros aspectos, peor calidad de vida, autoestima y rendimiento escolar (p. ej., suspensos, absentismo), problemas de aprendizaje, mayor comportamiento disruptivo y más problemas de salud (Arrondo et al., 2022; Balázs et al., 2013; Carli et al., 2014; Fonseca-Pedrero, 2017). Estos resultados son particularmente destacados en los problemas de ansiedad y depresión (p.ej., Thapar et al., 2022). Por ejemplo, padecer un trastorno depresivo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de abandono académico y de desempleo en la edad adulta (Clayborne et al., 2019).

El estigma (incluido el autoestigma) es otra barrera importante que limita el progreso en el campo de la salud mental. A menudo se supone que las personas con problemas psicológicos son perezosas, débiles, poco inteligentes, difíciles y, a veces, violentas y peligrosas (Cuijpers et al., 2023). A este respecto, la información, la formación, la sensibilización y la concienciación sobre salud mental, esto es, la alfabetización de diferentes profesionales, familiares y población general es una de las mejores herramientas de las que disponemos para su prevención. Difundir información veraz, científica, disminuyendo el tabú y el estigma es una medida de prevención universal (Al-Halabí & Fonseca-Pedrero, 2021).

En general, estos hallazgos ponen de relieve que, en España, los trastornos emocionales de tipo ansioso-depresivo son un importante problema de salud en edad infanto-juvenil. Por lo tanto, se debe mejorar y optimizar las estrategias para su detección precoz y prevención temprana, así como el acceso a una intervención eficaz y efectiva. Existe una clara necesidad de diseñar e implementar intervenciones preventivas apropiadas sobre la base de evidencias científicas. A este respecto los centros educativos son el contexto por excelencia para realizar este tipo de actuaciones, por ser un entorno natural, donde los menores pasan la mayor parte del tiempo debido a su obligatoriedad en nuestro sistema educativo (hasta los 16 años).

El papel de los centros educativos

Ningún sistema educativo es eficaz si no promueve la salud y el bienestar de su comunidad educativa. El centro educativo es, sin lugar a duda, el motor de la salud y la promoción del bienestar psicológico que posibilita la atención a la infancia y a los adolescentes vulnerables dentro de un sistema verdaderamente equitativo e inclusivo.

Ya lo comentaba a la perfección el informe Delors de la UNESCO en su título *La educación encierra un tesoro* (Delors, 1996).

Los centros educativos son el lugar “natural” e idóneo para desarrollar e implementar actuaciones para la promoción del bienestar psicológico y, en concreto, para la prevención de las dificultades de ajuste psicológico y la conducta suicida (Al-Halabi & Fonseca-Pedrero, 2023). La mayoría de los niños y adolescentes pasan amplios periodos temporales en las aulas, siendo los centros educativos uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y la promoción de un desarrollo y aprendizaje óptimo. El centro educativo, por lo tanto, es el contexto ideal para la prevención puesto que, después del ámbito familiar, es el lugar donde más se interactúa, generando experiencias significativas que les ayudan a construir su identidad, establecer relaciones interpersonales y desarrollar competencias emocionales, sociales, conductuales, como la autorregulación, el asertividad y la resiliencia. Igualmente, mantener un entorno escolar seguro e inclusivo y que brinde apoyo es una parte central de la misión general de los centros educativos. A este respecto, la *Guidelines on School Health Services* (WHO, 2021) destaca que las escuelas son esenciales para la adquisición de conocimientos, de competencias socioemocionales, así como de aquellas habilidades de pensamiento crítico necesarias para un futuro saludable. Los programas de educación emocional parecen mejorar las habilidades y actitudes emocionales y sociales la conducta prosocial y el rendimiento académico, así como reducir los problemas de conducta, el malestar emocional y el consumo de drogas (Durlak et al., 2022). A su vez, una buena salud está vinculada a una menor tasa de abandono escolar y a un mayor rendimiento académico, así como a un mayor nivel de estudios y de empleo. Además, diversos estudios (Datu & King, 2018) evidencian los efectos recíprocos entre el rendimiento académico y el bienestar psicológico, de modo que un mayor bienestar predice un mejor rendimiento académico y a la inversa. En este sentido, valorando la importancia de los entornos naturales para la prevención e intervención de la salud mental en la infancia y adolescencia, los centros educativos se han convertido en uno de los contextos más importantes para la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas (Fonseca-Pedrero, 2021; Lucas-Molina & Giménez-Dasí, 2019).

De acuerdo con Fonseca-Pedrero et al. (2023), un argumento adicional que justifica los centros educativos como lugares idóneos donde implementar actuaciones con apoyo empírico para la promoción del bienestar emocional, es que las variables que lo sustentan no se circunscriben a lo individual o personal. Aunque el nivel individual sea clave, la investigación muestra que en “la ecuación del bienestar” se incluyen otros niveles igualmente relevantes. Por ejemplo, el enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1979; Simões et al., 2021) ha servido como marco para la comprensión de fenómenos que ocurren en el contexto educativo como, por ejemplo, el acoso escolar (Salmivalli et al., 2021; Swearer & Hymel, 2015) y como base para el desarrollo de intervenciones relacionadas con la prevención de dificultades como, por ejemplo, las adicciones (González-Roz et al., 2023) o la conducta suicida (Valido et al., 2023; Wyman et al., 2010). En este mismo sentido, el enfoque contextual defendido más arriba (Pérez-Álvarez & Fonseca-Pedrero, 2021), se apoya en evidencias empíricas sobre el potencial

de determinadas variables del ámbito escolar para aumentar las dificultades (p. ej., actitudes hacia la violencia, estigma relacionado con las dificultades de salud mental, bajo nivel de implicación de los compañeros en situaciones de acoso escolar) o para atenuarlas (p. ej., sentimiento de pertenencia al centro, clima escolar, presencia de apoyo por parte del profesorado o alumnado). En conclusión, el contexto deja de ser simplemente un lugar para convertirse en un agente activo cuyas dinámicas impactan de manera directa en el bienestar psicológico y, por tanto, en su promoción.

La literatura previa indica que las intervenciones psicológicas previenen los problemas de salud mental (Salazar de Pablo et al., 2020). También disponemos de intervenciones psicológicas empíricamente apoyadas para el abordaje de problemas psicológicos en la infancia y adolescencia (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Weisz & Kazdin, 2017). Igualmente, en la última década, se han probado una serie de intervenciones psicológicas para promover la salud mental y prevenir los problemas de salud mental en las escuelas con diversos grados de éxito (Feiss et al., 2019; Werner-Seidler et al., 2017). Investigaciones previas han encontrado, por ejemplo, que los programas de prevención universal para la depresión y la ansiedad en contextos educativos son efectivos inmediatamente después de la intervención (tamaños del efecto para la depresión $g = 0,21$ y para la ansiedad $g = 0,18$). Asimismo, los programas de prevención específicos (para jóvenes con factores de riesgo o síntomas) se asociaron con tamaños del efecto significativamente mayores en comparación con los programas universales para la depresión (Werner-Seidler et al., 2017). En general, los servicios de salud mental escolares parecen encontrar un efecto de pequeño a mediano ($g = 0,39$) en la reducción de los problemas de salud mental. En trabajos previos se ha encontrado que los tamaños del efecto para la intervención universal, selectiva e indicada son respectivamente, $g = 0,29$, $g = 0,67$, y $g = 0,76$ (Sánchez et al., 2018). No obstante, y reconociendo la relevancia de estos estudios, sigue siendo necesario la obtención de un mayor *corpus* científico (evidencia empírica más sólida y amplia) en el campo de la promoción y prevención de la salud mental en el ámbito escolar. Por ejemplo, entre algunas de las asignaturas pendientes se podrían mencionar la necesidad de desarrollar y validar programas de prevención para grupos vulnerables o de realizar estudios para analizar cuáles son los componentes eficaces de las intervenciones psicológicas en entornos educativos. Hay mucho espacio para la mejora.

Justificación del estudio

Las dificultades psicológicas de tipo emocional (ansiedad y depresión) en los jóvenes se erigen como un problema de salud pública, tanto por su prevalencia y morbilidad asociada, como por el potencial riesgo de prolongarse hasta la adultez y las consecuencias personales, familiares, educativas, laborales y sociosanitarias que llevan asociadas. Concretamente, estas problemáticas pueden tener un efecto negativo en el rendimiento académico y en los procesos de aprendizaje a corto, medio y largo plazo. La salud mental infanto-juvenil y sus problemas asociados son una preocupación importante, con una gran repercusión sociosanitaria a la que la Psicología y la sociedad tiene que dar respuesta. En este sentido, uno de los mejores contextos para

responder a esta situación son los centros escolares. Por ello, se hace necesario abordar este desafío educativo y social emergente mediante investigación que se fundamente en la obtención de pruebas empíricas.

Como se ha comentado, los centros educativos tienen un papel relevante en la promoción del bienestar y la prevención de posibles problemas emocionales. En este sentido, valorando la importancia de los entornos naturales para la prevención e intervención de la salud en la infancia y la adolescencia, los centros educativos, según la Organización Mundial de la Salud, se han transformado “en uno de los contextos más importantes para la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas en niños, niñas y jóvenes” (WHO, 2021). Los centros educativos, por ello, son el contexto idóneo para poder identificar y tratar los problemas emocionales de manera temprana, así como para promocionar el bienestar psicológico. El centro educativo resulta un lugar óptimo para la prevención e intervención puesto que, después del ámbito familiar, es el lugar donde más se interactúa con los menores, generando experiencias significativas que les ayudan a construir su identidad, establecer relaciones interpersonales y desarrollar habilidades emocionales como la resiliencia y el autocontrol. Por otra parte, y, desde el punto de vista del alumnado, este también prefiere disponer de recursos en los centros educativos en lugar de desplazarse a servicios externos. Supone una gran oportunidad el hecho de aprovechar estos contextos para desarrollar marcos de trabajo que permitan que la salud y la educación caminen de la mano. Todo ello facilita una atención escalonada que se centre, en primer lugar, en la detección temprana, en segundo lugar, en la intervención en el momento oportuno dentro del centro educativo y, por último, en caso de persistencia o gravedad del problema, pueda derivarse a centros externos.

El objetivo general del Proyecto PSICE (Fonseca-Pedrero et al., 2023) es mejorar y optimizar las estrategias para la detección y prevención de problemas emocionales. A nivel más concreto, trata de examinar la efectividad del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes (UP-A, *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents*) (Ehrenreich-May et al., 2019) en contextos educativos. La meta es prevenir los problemas emocionales, así como mejorar u optimizar el ajuste emocional y social, los procesos de aprendizaje y el rendimiento académico. Entre sus objetivos específicos se encuentra el de analizar las tasas de prevalencia de dificultades en el ajuste emocional y conductual en contextos educativos en una muestra de adolescentes de la población general. Conocer la prevalencia de problemas emocionales y de conducta suicida permite tener una visión aproximada del estado de la cuestión en una etapa tan importante del desarrollo humano como es la adolescencia. El impacto que ocasionan las dificultades de ajuste psicológico en las personas jóvenes, así como en las familias y en el entorno cercano es evidente, por lo que parece lógico afirmar que todas las actuaciones que se lleven a cabo con la finalidad de comprender y mejorar esta situación son ineludibles.

MÉTODO

Participantes

Un total de 8749 estudiantes participaron en el estudio procedentes de las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Castilla La Mancha, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Principado de Asturias y Valencia. La muestra inicial fue de $N = 9267$, si bien se descartarán un total de $n = 264$ participantes por ser mayores de 18 años; $n = 206$ participantes por respuestas inválidas (infrecuencia de respuesta), y $n = 48$ por valores perdidos. La media de edad fue 14,1 años ($DT = 1,6$), rango de 11 a 18 años. El 54,2% ($n = 4740$) se definió como chica. El 91,8% de la muestra tenía nacionalidad española. En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra en función de la edad.

Tabla 1. Distribución por grupos de edad para la muestra del estudio PSICE.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
11	31	0,4
12	1558	17,8
13	1930	22,1
14	1807	20,7
15	1507	17,2
16	1147	13,1
17	560	6,4
18	209	2,4
Total	8749	100

Instrumentos de evaluación

En el estudio PSICE se han utilizado diferentes instrumentos de medida (para más detalle véase el trabajo de Fonseca-Pedrero et al., 2023). En el presente informe únicamente se han considerado los siguientes autoinformes:

Problemas emocionales y conductuales: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) versión autoinformada (Goodman, 1997). El SDQ es un instrumento de medida ampliamente utilizado para la evaluación de dificultades conductuales y emocionales, así como la valoración de capacidades en el ámbito social. Ha sido administrado como herramienta de cribado psicopatológico y análisis epidemiológico del estado de salud mental en población infanto-juvenil. El SDQ se compone de 25 ítems con un formato de respuesta Likert de tres opciones (0 = “No, nunca”, 1 = “A veces”, 2 = “Sí, siempre”). Los ítems se agrupan en cinco subescalas (con cinco ítems cada una): Dificultades Emocionales, Problemas de Conducta, Dificultades de Hiperactividad, Problemas con Compañeros y Conducta Prosocial. En la versión autoinforme del SDQ, una puntuación total de dificultades entre 0-15 es considerada como “no caso”; una puntuación entre 16-19 se sitúa en el “límite”; y una puntuación entre 20-40 es considerada como “caso probable” o “posible riesgo de mala salud mental”.

El SDQ presenta adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Ortuño-Sierra et al., 2022).

Síntomas de depresión: *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) versión adolescente (Johnson et al., 2002). El PHQ-9 se compone de nueve preguntas destinadas a evaluar sintomatología depresiva en las últimas dos semanas. Los ítems se responden en una escala Likert de 4 opciones en función de la frecuencia de síntomas (*nunca, algunos días, más de la mitad de los días, casi todos los días*). Una mayor puntuación es indicativa de mayor sintomatología depresiva autoinformada. Los puntos del corte del PHQ-9 son: 0-5 puntos ausente, 6-9 puntos nivel bajo, 10-14 puntos nivel moderado, 15-19 puntos nivel moderado-grave y 20-27 puntos nivel grave. El PHQ-9 ha sido ampliamente utilizado en trabajos previos con adolescentes (Richardson et al., 2010).

Síntomas de ansiedad: *Generalised Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). El GAD-7 es un instrumento de siete ítems que se utiliza para medir o evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada. Cada ítem evalúa la gravedad de los síntomas durante las últimas dos semanas. Los ítems se encuentran en formato Likert con 4 opciones de respuesta (*en absoluto, varios días, más de la mitad de los días, casi todos los días*). Las puntuaciones de 0-5, 6-9, 10-14 y 15-21 representan puntos de corte para los niveles de ansiedad ausente, leve, moderada y grave, respectivamente. El GAD-7 ha sido utilizado en trabajos previos con adolescentes (Tiirikainen et al., 2019).

Conducta suicida: Escala SENTIA-breve de conducta suicida en adolescentes (Díez-Gómez et al., 2020). SENTIA-Breve se puede utilizar como una herramienta de cribado, tanto en entornos clínicos como educativos, para personas que presentan conductas suicidas. Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuaciones 1 y 0, respectivamente). SENTIA permite evaluar de forma breve y sencilla el espectro de conductas suicidas: ideación, comunicación y acto. Una mayor puntuación indica mayor gravedad. Ha sido utilizada previamente en adolescentes españoles mostrando una adecuada calidad psicométrica (Díez-Gómez et al., 2020).

Detección de respuestas azarosas: Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Modificada (INF-OV) (Fonseca-Pedrero et al., 2009). La INF-OV se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesto a los instrumentos de medida administrados. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems.

Procedimiento

El estudio ha sido aprobado por el CEImLAR (Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja, número PI 552). Todos los participantes menores de 18 años entregaron el consentimiento de sus tutores legales según las directrices establecidas por la OMS.

Se informó al alumnado de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de su participación en el estudio. La administración de los instrumentos de medida se llevó a cabo de forma colectiva, en grupos de 15 a 30 estudiantes, durante el horario

escolar, mediante ordenador y en un aula acondicionada para este fin bajo la supervisión de personal investigador del estudio.

El estudio PSICE se realiza mediante un diseño de ensayo controlado aleatorizado con grupo experimental y grupo control activo (tratamiento con relajación progresiva). El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices indicadas por CONSORT. El diseño del estudio se registró en la web ClinicalTrials.gov. Ref: NCT05322642.

RESULTADOS

Prevalencia de problemas emocionales y conductuales

Se examinó la prevalencia de las dificultades emocionales y conductuales tanto para la muestra total como en función del género. En la Figura 1 se presenta la prevalencia de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo estimados con el SDQ. Los resultados mostraron que el 12% de los adolescentes presentaban riesgo de mala salud mental, mientras que el 16% estaría en la franja de puntuación límite. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 3 personas tendrían problemas emocionales y conductuales. En la Figura 2 se presentan los puntos de corte para la puntuación total de dificultades en función del género. Los resultados indicaron que el 16,6% de las mujeres manifestaba posible riesgo de mala salud mental, mientras que el 6,3% de los hombres estaría dentro de esta franja, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

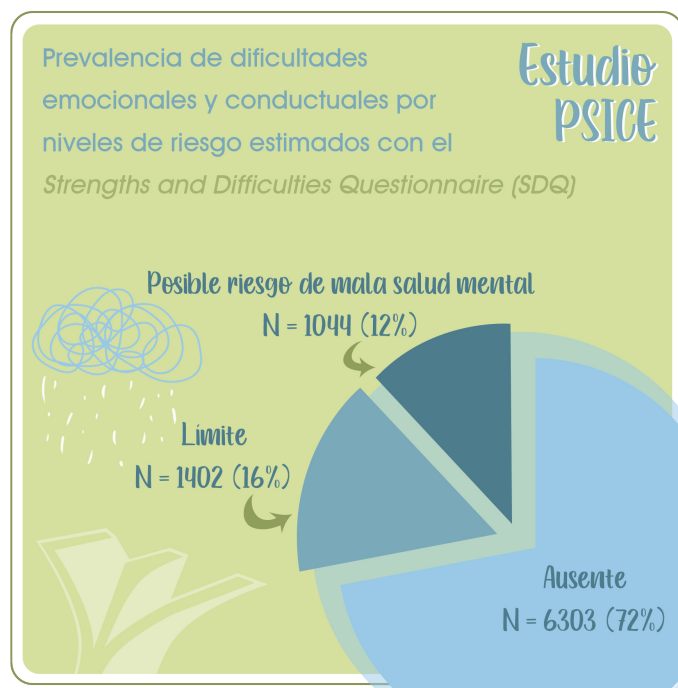


Figura 1. Prevalencia de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo estimados con el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en el estudio PSICE.



Figura 2. Prevalencia de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo estimados con el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en función del género en el estudio PSICE.

Prevalencia de síntomas de depresión

En la Figura 3 se recogen los niveles de riesgo de sintomatología depresiva, estimados mediante el PHQ-9. Como se puede observar, el 16% de los adolescentes manifestó una sintomatología depresiva moderada-grave y grave durante las últimas dos semanas. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 4 estudiantes tendrían una sintomatología depresiva grave. En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones para los 9 ítems del PHQ en la muestra total del PSICE. Como se puede ver, por ejemplo, el 9,9% de la muestra ha indicado que se ha sentido desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza casi todos los días. En la Figura 4 se presenta la

prevalencia informada de estado de ánimo depresivo e ideación suicida. En la Figura 5 se presentan los puntos de corte para la puntuación del PHQ-9 en función del género. Los resultados indicaron que el 9,3% y el 13,8% de las mujeres manifestaba, respectivamente, síntomas de depresión grave y moderados-graves, mientras que el 2% y el 4,3% de los hombres estaría dentro de esta franja. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Finalmente, en la Figura 6 se presentan los resultados de estado de ánimo depresivo y de conducta suicida en función del género. Las mujeres informaron de mayores niveles de ánimo depresivo y conducta suicida en comparación con los hombres ($p < 0,01$).

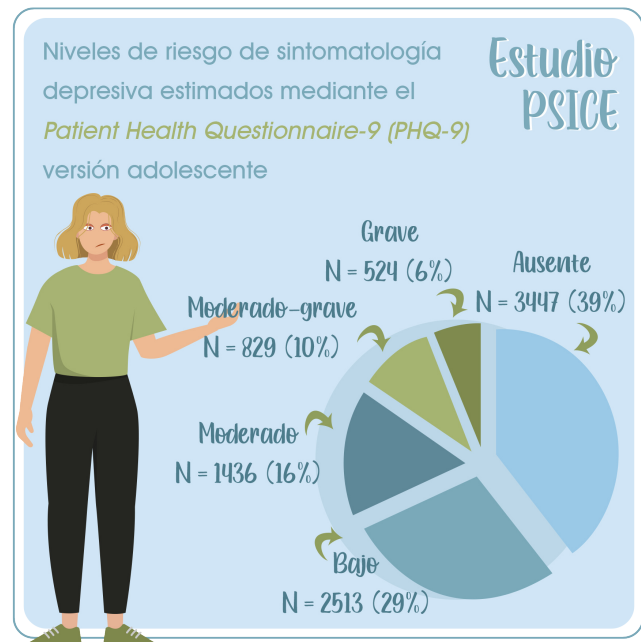


Figura 3. Niveles de riesgo de sintomatología depresiva estimados mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) versión adolescente en el estudio PSICE.

Ítems	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza?	35,8	43,6	10,8	9,9
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?	33	43,5	13,6	9,9
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado?	49	25,4	11,2	14,4
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?	57,5	21,4	10,6	10,6
5. ¿Te sientes cansado/a o con poca energía?	26,8	42,5	15,6	15
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?	52,2	26,2	10,3	11,2
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?	38,5	32,5	14,6	14,4
8. ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? o lo contrario, ¿estás tan agitado/a o inquieto/a que te mueves más de lo acostumbrado?	60	23,4	9,6	7,1
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?	76,3	14,3	4,9	4,4

Tabla 2. Prevalencia (%) de síntomas de depresión estimados mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) versión adolescente en el estudio PSICE.



Figura 4. Prevalencia de estado de ánimo depresivo y acto suicida en la muestra del PSICE estimado con el *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* versión adolescente

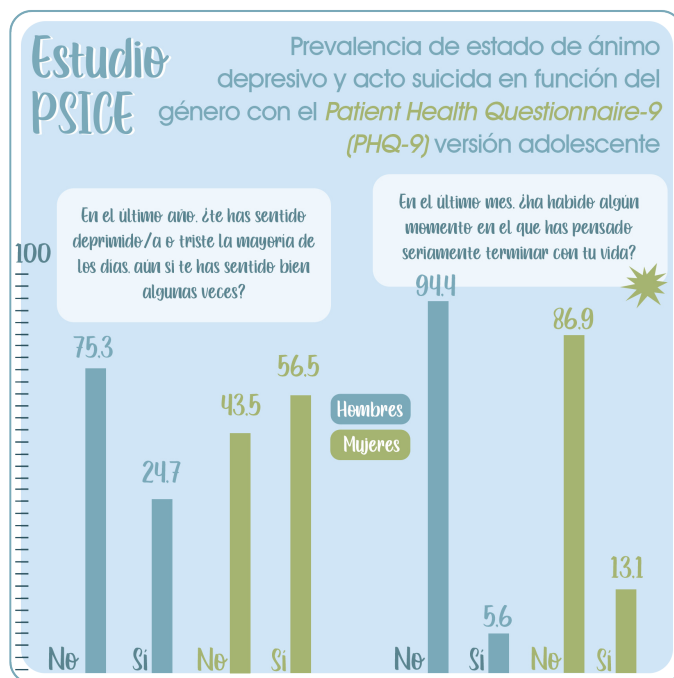


Figura 6. Prevalencia de estado de ánimo depresivo y acto suicida en función del género con el *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* versión adolescente en el estudio PSICE

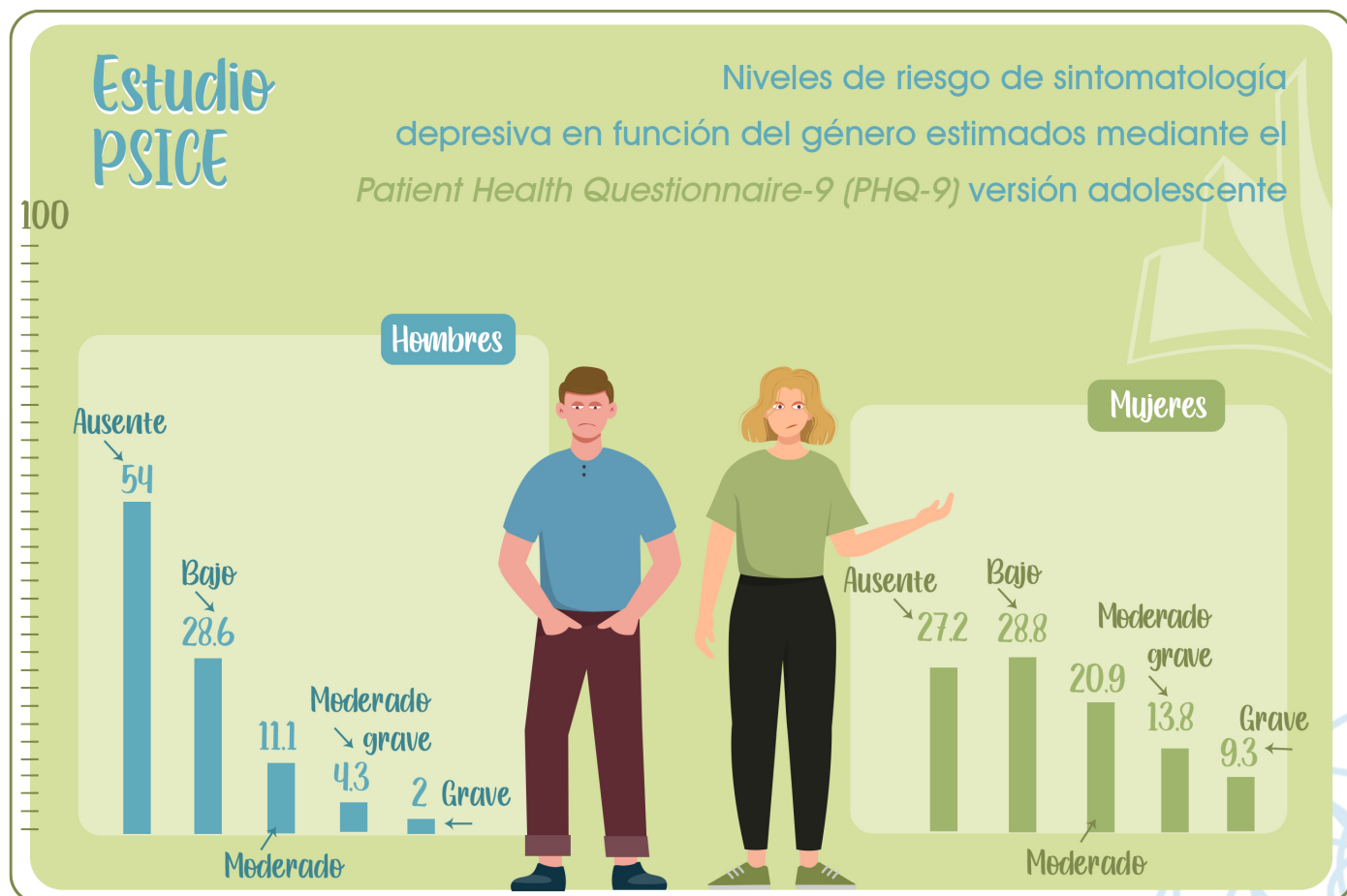


Figura 5. Niveles de riesgo de sintomatología depresiva en función del género estimados mediante el *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* versión adolescente en el estudio PSICE.

Prevalencia de síntomas de ansiedad

En la Figura 7 se presentan los niveles de riesgo de síntomas de ansiedad autoinformados estimados mediante el GAD-7. Como se puede observar, el 14% de los adolescentes manifestaba una sintomatología ansiosa moderada-grave y grave. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 4 estudiantes tendrían una sintomatología de tipo ansiosa con un nivel de alto de gravedad. En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones para los 7 ítems del GAD-7 en la muestra total del PSICE (por ejemplo, el 11,8% de la muestra ha indicado que en los últimos 15 días se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a). En la Figura 8 se presentan los puntos de corte para la puntuación del GAD-7 en función del género. Los resultados indicaron que el 20,8% de las mujeres manifestaba síntomas de ansiedad grave, mientras que el 5,8% de los hombres estaría dentro de esta franja. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

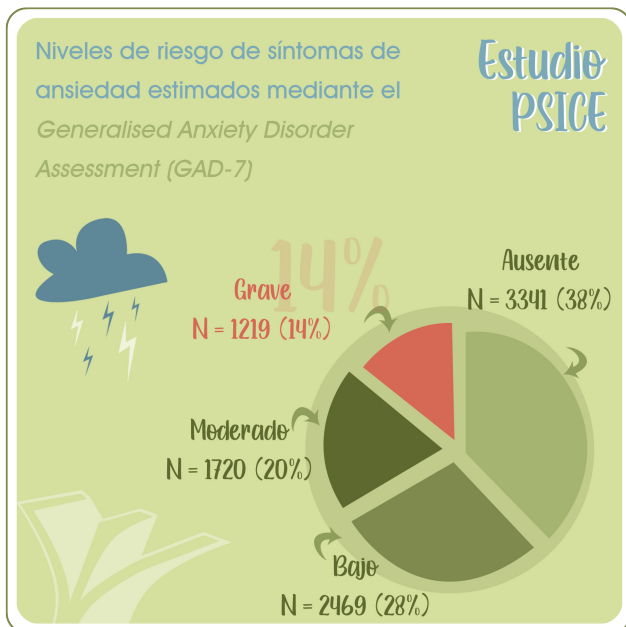


Figura 7. Niveles de riesgo de síntomas de ansiedad estimados mediante el Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) en el estudio PSICE.

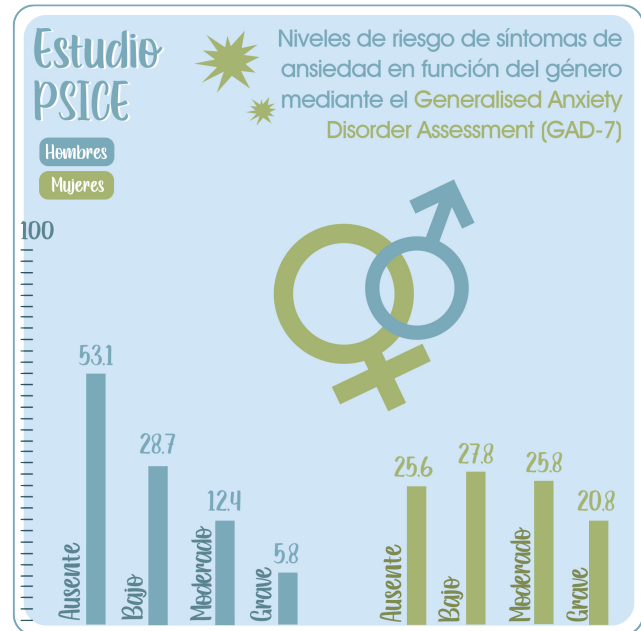


Figura 8. Niveles de riesgo de síntomas de ansiedad en función del género estimados mediante el Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) en el estudio PSICE.

Prevalencia de conducta suicida

A continuación, se examinó la prevalencia de alumnos que informaban de conducta suicida. En la Tabla 4 se recoge la proporción de participantes que respondieron de forma afirmativa a los ítems de conducta suicida. Como se puede observar, un 4,9% de la muestra indicó que había intentado quitarse la vida. En la Tabla 5 se presentan la prevalencia de conducta suicida en función del género. Concretamente un 2,28% de los hombres y un 7,03% de las mujeres han intentado quitarse la vida alguna vez. Los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems cuando se compararon las puntuaciones en función del género ($p < 0,01$). En todos los casos, las mujeres presentaron una mayor proporción de respuestas afirmativas en comparación con los hombres. Además, se examinó el porcentaje de participantes en la puntuación total de la Escala SENTIA de conducta suicida.

Ítems	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	25	42,8	20,4	11,8
2. No has podido dejar de preocuparte	31	33,1	20,9	15
3. Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas	29	32,1	22,7	16,1
4. Has tenido dificultad para relajarte	39,7	29,6	18,8	11,9
5. Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a	52,6	26,2	13	8,2
6. Te has irritado o enfadado con facilidad	26	34,9	20,7	18,3
7. Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	55,7	23,8	11,4	9,1

Tabla 3. Prevalencia (%) de síntomas de ansiedad estimados mediante el Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) en el estudio PSICE.

Como se puede observar en la Figura 9, un 2,2% de la muestra obtuvo una puntuación 5, mientras que un 3,2% de la muestra respondió al menos afirmativamente a 4 ítems. En este sentido, un 5,4% de la muestra se encontraría en un nivel de gravedad alto de ideación suicida (puntuación superior a 4), esto es, en una clase de 25 estudiantes, aproximadamente 1 persona podría considerarse que tiene un riesgo elevado de conducta suicida.

Ítems	Respuesta afirmativa (%)
1. ¿Has deseado estar muerto/a?	20,8
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	16,7
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	7,5
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	9
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	4,9

Tabla 4. Prevalencia (%) de conducta suicida estimada con la Escala SENTIA en el estudio PSICE.

Ítems	Hombres	Mujeres
1. ¿Has deseado estar muerto/a?	10,96	29,09
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	9,01	23,14
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	3,89	10,96
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	4,89	12,45
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	2,28	7,03

Tabla 5. Prevalencia (%) de conducta suicida en función del género estimada con la Escala SENTIA en el estudio PSICE.

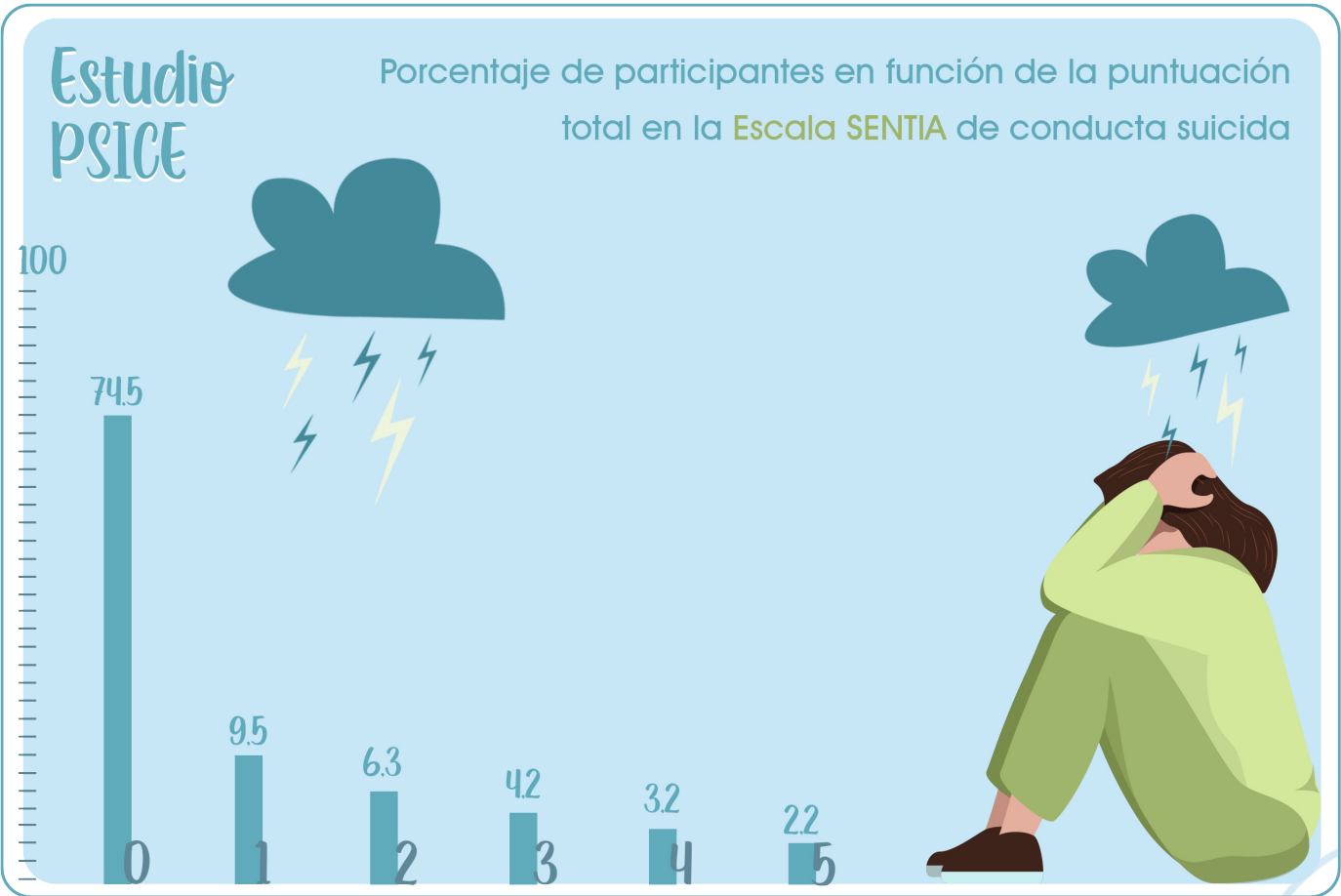


Figura 9. Porcentaje de participantes en función de la puntuación total en la Escala SENTIA de conducta suicida en el estudio PSICE

DISCUSIÓN

El estudio PSICE tiene entre sus objetivos analizar la prevalencia de los problemas de salud mental y las dificultades de ajuste emocional y conductual en adolescentes españoles dentro del contexto educativo. Los hallazgos encontrados permiten disponer de datos estimados sobre el impacto de los problemas emocionales y la conducta suicida en el contexto educativo español. Estos hallazgos permitirán tomar de decisiones informadas por parte de las instituciones y los gobiernos, de cara por ejemplo, a una óptima gestión de los recursos educativos y socio-sanitarios. Además, el estudio PSICE trata implementar y validar intervenciones psicológicas preventivas para que estas sean accesibles para un gran conjunto de la población y en una etapa del desarrollo humano tan relevante como es la adolescencia. Disponer de programas de intervención psicológica con respaldo empírico es esencial para mejorar los procesos de aprendizaje, el rendimiento académico y el bienestar psicológico y calidad de vida de nuestros menores. El estudio PSICE también proporcionará liderazgo y orientación sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones psicológicas preventivas en jóvenes que refieren problemas emocionales en el contexto educativo español. Ciertamente, este trabajo no está exento de limitaciones, por lo que los resultados obtenidos tienen que ser interpretados con cautela. En primer lugar, es una muestra que ha sido seleccionada, a excepción de la región de La Rioja, mediante un muestreo incidental. En segundo lugar, la información obtenida se basa en autoinformes, con las consabidas limitaciones, pero también con sus capacidades. Estas barreras pueden haber afectado a los resultados encontrados, por lo que hay que se debe guardar cierta cautela a hora de realizar inferencias. No obstante, este estudio pionero en España permite comenzar a tomar decisiones informadas en materia de salud mental.

De acuerdo con Fonseca-Pedrero et al. (2023) los hallazgos replicados de forma estable y consistente parecen indicar que los problemas de salud mental constituyen un desafío educativo y social al que tenemos que dar respuesta. Al mismo tiempo, la ciencia parece mostrar que la prevención es una de las estrategias prioritarias en la reducción de las tasas de prevalencia y de los costos asociados a los problemas psicológicos. No cabe duda de que el contexto educativo, por los motivos que se han esgrimido en la introducción, es un lugar privilegiado para la prevención y la detección temprana e implementación de una intervención eficaz, eficiente y efectiva. Si esto es verdad, ¿sería interesante incorporar profesionales de la Psicología en los centros educativos? Intentar responder a esta cuestión nos sitúa directamente ante la necesidad de contar con profesionales específicamente formados en el desarrollo humano, la salud mental y la prevención comportamental, campos genuinos del profesional de la Psicología que tiene las competencias y la formación exigida por ley. Profesionales que, por otra parte, deben ser expertos en los aspectos psicológicos (p. ej., cognitivos, comportamentales, emocionales, motivacionales) implicados en los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos educativos, así como en la detección, evaluación e intervención en necesidades específicas de apoyo educativo, con el objetivo final de fomentar el desarrollo integral y el aprendizaje de todo alumnado desde una perspectiva inclusiva.

El principio ético básico de “primero no dañar” (*primum non nocere*) no hace más que seguir señalando la urgente necesidad de incorporar profesionales de la Psicología en los centros educativos bajo la figura del psicólogo educativo.

Como se ha comentado anteriormente, la salud mental es un derecho que hay que cuidar y que debe promoverse y protegerse. Las personas, y en particular los grupos más vulnerables como los menores de edad, merecen una atención psicológica accesible, oportuna, inclusiva, pública y de calidad. Por ello se defiende aquí la importancia de la promoción del bienestar psicológico en los centros educativos, reconociendo que la infancia y la adolescencia son etapas sensibles del desarrollo humano y que los menores son el pilar presente y futuro sobre el que se asienta nuestra sociedad.

Al hilo de lo comentado anteriormente es importante establecer políticas nacionales de salud mental en las escuelas, dentro de un abordaje inclusivo, holístico, integral y multisectorial, donde la intervención en el contexto educativo es una base esencial sustentada en 5 pilares fundamentales (UNICEF, 2022):

- Crear un entorno de aprendizaje que favorezca la salud mental y el bienestar psicológico.
- Garantizar el acceso a servicios y apoyo de intervención temprana y salud mental.
- Promover el bienestar del profesorado.
- Asegurar la formación del personal educativo en salud mental y apoyo psicológico y social.
- Garantizar una colaboración significativa entre la escuela, las familias y las comunidades para construir un entorno educativo seguro y propicio.

La implementación de servicios de bienestar psicológico en los centros educativos es una necesidad imperiosa, más si se tiene en cuenta la *Ley de atención inversa* (Tudor Hart, 1971). Esta ley postula que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida, esto es, los más necesitados tienen menos probabilidades de recibir atención. De acuerdo con un artículo editorial publicado en *The British Journal of Psychiatry* (Cuijpers et al., 2023), los trastornos mentales están asociados con las desigualdades de múltiples formas. Los factores estructurales como el desempleo y la pobreza no solo están asociados con un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales sino que, esos mismos grupos sociales, también son los que tienen menos acceso a sustento, protección y atención efectiva. Y cuando los más vulnerables obtienen apoyo, los resultados suelen ser peores si las intervenciones no se adaptan a sus vidas y circunstancias. Por lo tanto, la mejora en la atención de la salud mental está inherentemente asociada con la reducción de las desigualdades y la pobreza.

Las formas en las que los sistemas escolares implementen los servicios de bienestar psicológico en los centros pueden ser heterogéneas, si bien existen excelentes ejemplos de modelos implementados en otros países (Loftus-Rattan et al., 2023). Se debería garantizar que dichas intervenciones fueran públicas, inclusivas, accesibles y empíricamente respaldadas, empleando protocolos estandarizados que sirvan para un gran conjunto de la población, especialmente si se trata de menores de edad. Sigue siendo una prioridad, por ejemplo, desarrollar y validar programas empíricamente apoyados para la prevención de la conducta suicida y otras conductas problemáticas en la niñez y adolescencia, así como determinar qué tratamientos son efectivos, qué componentes y para quién.

Huelga decir que ante esta realidad es necesario actuar. Este no es un camino que podamos recorrer solos. Por ello necesitamos asumir nuestra corresponsabilidad, la de todos, y abordar este problema educativo y de salud pública con rigor, ética y compromiso en la acción para poder avanzar en una misma dirección, priorizando el cuidado y el bienestar de las personas que sufren. Se deben desarrollar políticas, planes y actuaciones conjuntas que, en el caso de España y muchos otros países, conduzcan a un verdadero Plan Nacional de Salud Mental. Los problemas de salud mental se pueden prevenir, pero con recursos y políticas que promuevan y financien programas de prevención. Eso sí, hay que hacerlos. Y la Psicología debe asumir su liderazgo.

Promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la población, pero en particular de los más vulnerables, es un deber constitucional. Es hora de generar esperanza a través de la acción, con la firme convicción de que donde no hay esperanza, tenemos que construirla.

CONCLUSIONES

Los principales resultados que se pueden extraer del estudio PSICE para el estudio de la prevalencia de los problemas emocionales y la conducta suicida en contextos educativos son los siguientes:

- a. El 12% de los adolescentes manifestaron problemas emocionales y conductuales de cierta gravedad.
- b. El 6% de los adolescentes informaron de síntomas graves de depresión. Además, un 26% presentaron síntomas de depresión de intensidad moderada.
- c. El 14% de los adolescentes refirieron síntomas de ansiedad graves, mientras que el 20% informaron de síntomas de ansiedad moderados.
- d. El 4,9% de la muestra indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.
- e. El 5,4% de la muestra presentó un riesgo elevado de conducta suicida.
- f. Las mujeres indicaron mayores dificultades de tipo emocional ansioso y depresivo y de conducta suicida en comparación con los hombres.

La promoción del bienestar psicológico entre nuestros jóvenes y la prevención de los problemas de salud mental se erigen como una cuestión cardinal a la que la sociedad tiene que dar respuesta. Seamos claros, nuestros jóvenes son el capital presente y futuro máspreciado que tenemos. La mejor solución en este campo de actuación pasa por una respuesta integral, holística, multinivel, intersectorial e inclusiva. La respuesta más cabal fue, es y siempre será la CORRESPONSABILIDAD. La salud mental es un componente esencial en la salud de las personas, por lo que no hay salud sin salud mental. Es hora de actuar.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia y del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Proyecto PID2021-127301OB-I00, financiado por MCIN /AEI /10.13039/501100011033 / FEDER, UE) y por Psicofundación.

REFERENCIAS

- Al-Halabi, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de Psicología de la Conducta Suicida*. Pirámide.
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clinica y Salud*, 32(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A17>
- Arrondo, G., Solmi, M., Dragioti, E., Eudave, L., Ruiz-Goikoetxea, M., Ciaurriz-Larraz, A. M., Magallon, S., Carvalho, A. F., Cipriani, A., Fusar-Poli, P., Larsson, H., Correll, C., & Cortese, S. (2022). Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: An umbrella review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104662>
- Balázs, J., Miklősi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Basterra, V. (2016). Percentage of psychoemotional problems in Spanish children and adolescents. Differences between 2006 and 2012. *Medicina Clínica*, 147(9), 393-396. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.07.019>
- Bertha, E. A., & Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589–603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arijá, 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>
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., & Arijá-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*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Postuvan, V., Saiz, P., Varnik, A., & Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13, 78-86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Cuijpers, P., Javed, A., & Bhui, K. (2023). The WHO World Mental Health Report: a call for action. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/BJP.2023.9>
- Datu, J. A. D., & King, R. B. (2018). Subjective well-being is reciprocally associated with academic engagement: A two-wave longitudinal study. *Journal of School Psychology*, 69, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.05.007>
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe de la Comisión UNESCO para la Educación del siglo XXI*. Unesco Publishing.
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2020). Sentia: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema*, 32(3), 382-389. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Durlak, J. A., Mahoney, J. L., & Boyle, A. E. (2022). What we know, and what we need to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: A review of meta-analyses and directions for future research. *Psychological Bulletin*, 148(11-12), 765-782. <https://doi.org/10.1037/BUL0000383>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes. Manual del paciente*. Pirámide.
- Ersine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, 45(7), 1561-1563. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
- Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M., & Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668-1685. <https://doi.org/10.1007/S10964-019-01085-0>
- Ferrari, A. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). Estado Mundial de la infancia 2021. *En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). *Bienestar emocional en adolescentes riojanos*. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E. (Coordinador) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S., & Calvo, P. (2023). Profesionales de la psicología en contextos educativos: una necesidad ineludible. *Papeles del Psicólogo*.
- Fonseca-Pedrero, E., Paíno-Piñeiro, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú., & Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111(1-3), 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.006>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A., and Debbané, M. (2023). PSICE Project Protocol: Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment for Adolescents with Emotional Symptoms in School Settings. *Clínica y Salud*, 34(1), 15 - 22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>

- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Frontiers in psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Maalouf, W., Fernández-Hermida, J. R., & Al-Halabí, S. (2023). Protocol for a Trial Assessing the Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Addictive Behaviors. *Psicothema*, 35(1), 41–49. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2022.251>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 18(377), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 196–204. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00333-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00333-0)
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J. P., Koretz, D., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 372–380. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.160>
- Loftus-Rattan, S. M., Wrightington, M., Furey, J., & Case, J. (2023). Multi-Tiered System of Supports: An Ecological Approach to School Psychology Service Delivery. *Teaching of Psychology*, 50(1), 77–85. <https://doi.org/10.1177/009862832110242>
- Lucas-Molina, B., & Giménez-Dasí, M. (2019). *La promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo*. Pirámide.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mulraney, M., Coghill, D., Bishop, C., Mehmed, Y., Sciberras, E., Sawyer, M., Efron, D., & Hiscock, H. (2021). A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 129, 182–205. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.030>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012. *Psychiatry Research*, 259. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.025>
- Ortuño-Sierra, J., Sebastián-Enesco, C., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2022). Spanish normative data of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a community-based sample of adolescents. *International journal of clinical and health psychology*, 22(3), 100328. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100328>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41, 174–183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia: hacia un enfoque contextual. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 824–856). Pirámide.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Richardson, L. P., McCauley, E., Grossman, D. C., McCarty, C. A., Richards, J., Russo, J. E., Rockhill, C., & Katon, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for Detecting Major Depression among Adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1117. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2010-0852>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 41, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.007>
- Salmivalli, C., Laninga-Wijnen, L., Malamut, S. T., & Garandeau, C. F. (2021). Bullying Prevention in Adolescence: Solutions and New Challenges from the Past Decade. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 1023–1046. <https://doi.org/10.1111/JORA.12688>

- Sánchez, A. L., Cornacchio, D., Poznanski, B., Golik, A. M., Chou, T., & Comer, J. S. (2018). The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(3), 153-165. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.11.022>
- Simões, C., Caravita, S., & Cefai, C. (2021). A Systemic, Whole-School Approach to Mental Health and Well-Being in Schools in the EU. European Union.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/S41380-021-01161-7>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.166.10.1092>
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *The American Psychologist*, 70(4), 344-353. <https://doi.org/10.1037/A0038929>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet (London, England)*, 400(10352), 617-631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1)
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Research*, 272, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004>
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
- UNICEF (2022). *¿Cómo son los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en las escuelas?* Autor.
- Valido, A., Robinson, L. E., Woolweaver, A. B., Drescher, A., Espelage, D. L., Wright, A. A., Ishmeal, D., Dailey, M. M., Long, A. C. J., & LoMurray, S. (2023). Pilot Evaluation of the Elementary Social-Emotional Learning Program Sources of Strength. *School Mental Health*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/S12310-023-09567-0>
- Verhoog, S., Eijgmans, D. G. M., Fang, Y., Bramer, W. M., Raat, H., & Jansen, W. (2022). Contextual determinants associated with children's and adolescents' mental health care utilization: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/S00787-022-02077-5>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (Third Edition)*. Guilford Press.
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & 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>
- World Health Organization. (2021). *WHO guideline on school health services*. Autor.
- World Health Organization. (2023). *WHO report highlights global shortfall in investment in mental health*. Autor.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Autor.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., & Wang, W. (2010). An Outcome Evaluation of the Sources of Strength Suicide Prevention Program Delivered by Adolescent Peer Leaders in High Schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190025>

Estudio PSICE



Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA