

**BIENESTAR
PSICOLÓGICO
Y SALUD MENTAL
EN LA ADOLESCENCIA
RIOJANA 2022**

**ESTUDIO PSICE:
PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA
EN CONTEXTOS EDUCATIVOS**



BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA RIOJANA 2022

ESTUDIO PSICE: PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA
EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

Fonseca-Pedrero, Eduardo¹
Díez-Gómez, Adriana¹
Pérez-Albéniz, Alicia¹
Lucas-Molina, Beatriz²
Al-Halabí, Susana³
Calvo Pascual, Pilar⁴

1. Universidad de La Rioja, España
2. Universidad de Valencia, España
3. Universidad de Oviedo, España
4. Consejo General de la Psicología de España, España

Investigador Principal

Eduardo Fonseca Pedrero

Profesor Titular de Universidad. Universidad de La Rioja.

Citación

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. y Calvo, P. (2023). *Bienestar psicológico y salud mental en la adolescencia riojana 2022. Estudio PSICE: Psicología basada en la evidencia en contextos Educativos*. Universidad de La Rioja.



© Logroño, 2023, Los autores. Publicado por la Universidad de La Rioja. Esta obra se distribuye bajo una licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Edita

Universidad de La Rioja

Diseño, maquetación

Rosa Alonso Herreros

ISBN 978-84-09-54860-6

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por un proyecto nacional subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España y la Agencia y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. (Proyecto “PID2021-127301OB-I00” financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 FEDER, UE), por Psicofundación y el Gobierno de La Rioja.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. MÉTODO	21
2.1. PARTICIPANTES	21
2.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	22
2.3. PROCEDIMIENTO	24
2.4. ANÁLISIS DE DATOS	24
3. RESULTADOS	25
3.1. PREVALENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES	25
3.2. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	26
3.3. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	30
3.4. PREVALENCIA DE COMORBILIDAD ENTRE DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL	32
3.5. PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA	33
3.6. PREVALENCIA DE CALIDAD DE VIDA	35
4. DISCUSIÓN	37
5. RECAPITULACIÓN	41
REFERENCIAS	42
ANEXO. Cuestionarios utilizados en el estudio	47

1. INTRODUCCIÓN



Las dificultades y problemáticas relacionadas con la salud mental, como la ansiedad y la depresión, constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Por ello, la promoción del bienestar psicológico y la prevención de problemas psicológicos de la población en general y, en particular, en menores, es una cuestión que no se debe soslayar. El bienestar psicológico es un pilar esencial sobre el que cimentar y construir el presente y futuro de nuestra sociedad, pues “no hay salud, sin salud mental” (Fonseca-Pedrero, 2017). A este respecto, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2018) se debe “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades” (objetivo 3). En concreto una de las metas es “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” (indicador 3.4). Las personas merecen una atención psicológica accesible, oportuna, inclusiva, pública y de calidad.

Las dificultades psicológicas se encuentran entre uno de los problemas más desafiantes para el entendimiento humano y la explicación científica. En los albores del siglo XXI, aún numerosas cuestiones sobre la salud mental permanecen en la penumbra, continúan sin respuesta y frecuentemente asociadas a estigma y tabú. El comportamiento humano es multicausal, multidimensional, dinámico, plural, interactivo, contextual, funcional y adaptativo. Las dificultades de ajuste psicológico forman parte de la diversidad humana. Son fenómenos multicausales, esto es, no hay una causa única que explique por qué las personas desarrollan un problema de salud mental concreto. Su comprensión requiere del análisis de una compleja interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, los problemas psicológicos son considerados entidades interactivas, más que enfermedades fijas, naturales, ahí-dadas (Pérez-Álvarez, 2021). Se entiende, desde un enfoque contextual-existencial, que en el estudio y comprensión de la salud mental se debe considerar bajo un contexto biográfico de las personas y su quehacer con los problemas de la vida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019). Este acercamiento trata de

situar la comprensión de los problemas psicológicos en la biografía de la persona y sus circunstancias, en su contexto (Pérez-Álvarez y Fonseca-Pedrero, 2021), y no tanto debido a supuestas averías intrapsíquicas o hipotéticas alteraciones bioquímicas o cerebrales. Ello quiere decir que dichas experiencias (p.ej., síntomas de ansiedad), lejos de ser vistas como signos o síntomas patognómicos de una supuesta enfermedad subyacente, se deben comprender como formas de responder a los problemas consustanciales de la vida. Esta visión reclama, por lo tanto, un abordaje de la salud mental basado en la persona, multinivel, sistémico, multicomponente, multisectorial y comunitario.

Los fenómenos psicológicos (p. ej., ansiedad, depresión, experiencias psicóticas) se expresan en dimensiones que se hallan distribuidas normalmente en la población general. Ello implica que este conjunto de fenómenos se extiende más allá de las fronteras clínicas establecidas por los manuales diagnósticos internacionales (p. ej., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*) y se puede encontrar presente en la población sin estar asociado necesariamente a problemas de salud mental. Por poner un ejemplo, un número considerable de personas de la población general puede referir estados de ansiedad de forma puntual y transitoria sin que ello sea indicador de un verdadero problema psicológico (véase, por ejemplo, un trastorno mental que recibe la etiqueta de trastorno de ansiedad generalizada). Además, dentro de esta continuidad fenotípica, se pueden encontrar diferentes manifestaciones expresadas en un continuo de gravedad (véase Figura 1). Dicho *continuum* está acotado por dos polos salud-enfermedad, cuyas expresiones oscilan desde el bienestar (salud), pasando por determinadas dificultades y síntomas subclínicos, hasta llegar a un trastorno de salud mental clínicamente diagnosticado. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, se puede encontrar ansiedad leve y puntual ante los exámenes, síntomas de ansiedad que generan malestar como una preocupación y rumiación excesiva o un problema psicológico en forma de trastorno de ansiedad generalizada. Esta visión es totalmente congruente con los actuales modelos de corte transdiagnóstico que consideran que los fenómenos psico(patológico)s, lejos de ser aspectos categóricos -o dicotómicos-, representan espectros ininterrumpidos (también denominados factores) que oscilan entre niveles muy bajos a muy altos (y todos los niveles intermedios). Así, una única dimensión transdiagnóstica, como la “internalización” puede incluir fenómenos de diferentes diagnósticos psicopatológicos del mismo tipo (en este caso, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de distimia, ambos trastornos del estado de ánimo), así como de diferentes agrupaciones de trastornos (en este caso, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad) (Eaton et al., 2023).

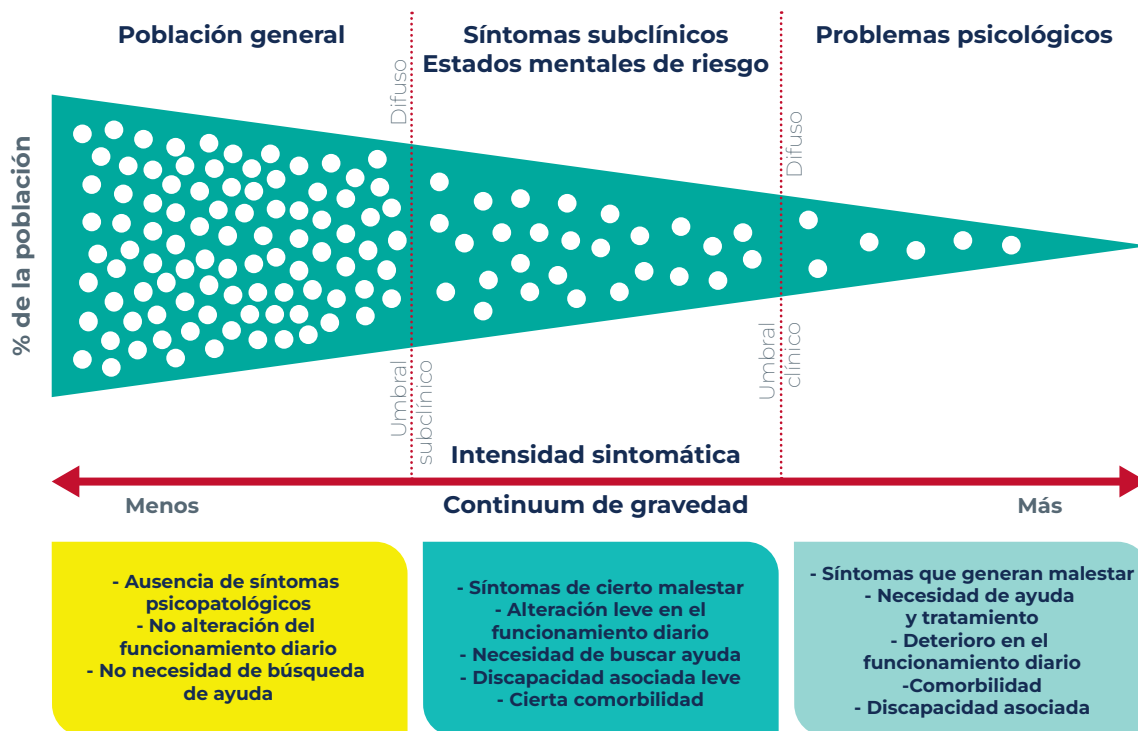


Figura 1: Modelo dimensional de salud mental

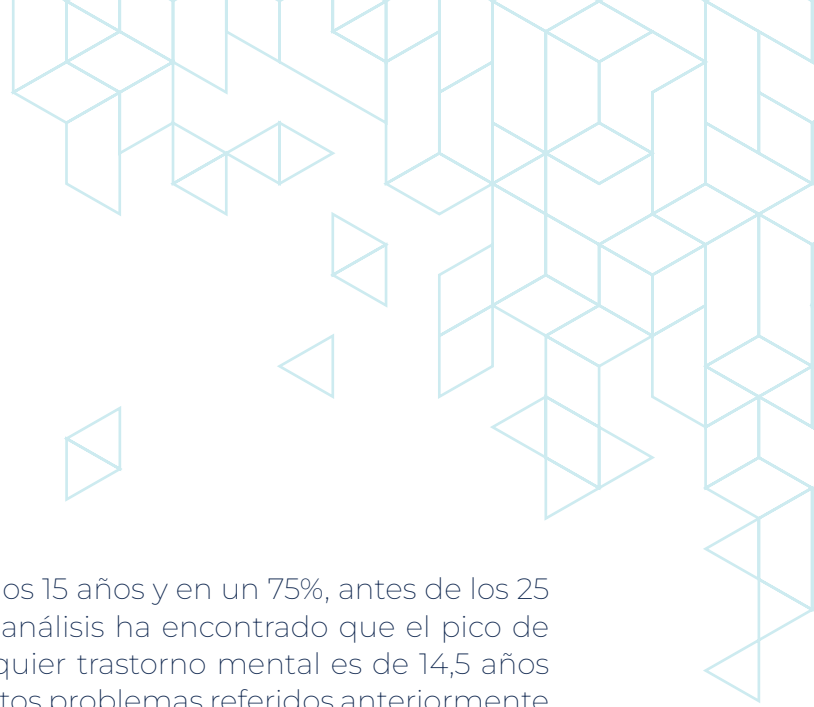
La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que mil millones de personas en todo el mundo reciben algún diagnóstico de trastorno mental (más de uno de cada ocho adultos y adolescentes). Según la OMS los trastornos mentales son padecidos por un 25% de la población al menos una vez en la vida. La depresión, con 280 millones de personas, y la ansiedad, con 301 millones de personas, constituyen las etiquetas diagnósticas más prevalentes (World Health Organization, 2022). Más aún, se estima que 1 de cada 3 europeos presentará un problema de salud mental, representando el 27% de la carga de discapacidad en toda Europa (Olesen et al., 2012). Y sin olvidar la conducta suicida y las muertes causadas por suicidio. A este respecto, el *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2019* 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 (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de discapacidad y muerte entre los más jóvenes (Gore et al., 2011), por encima de otras

enfermedades médicas. Los trastornos mentales representan en la población de 0-24 años una cuarta parte de todos los años vividos con discapacidad (Erskine et al., 2015). Se considera que la prevalencia vital de padecer problemas de naturaleza psicológica, en niños, niñas y adolescentes, se sitúa en torno al 13,4% (intervalo confidencial 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 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022). 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 2017 encontró, en el grupo de 10 a 14 años, que el 1,8% se declararon trastornos de conducta, y en el 0,6% trastornos mentales (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). La prevalencia estimada para cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes españoles se sitúa en el 11,8%. La prevalencia estimada para cualquier trastorno depresivo en jóvenes españoles es del 3,4%, y del 12% para síntomas depresivos (Canals et al., 2019).

Además de las tasas de prevalencia comentadas respecto a los problemas de regulación emocional, se debe mencionar que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, por encima de los accidentes de tráfico (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). El año 2021 se ha convertido en el periodo con más muertes por suicidio en la historia de España desde que se inició su registro en el año 1906. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022), el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa con 4003 fallecimientos, un 1,6% más que en 2020 y un 7,4% más que en 2019. En jóvenes de 6 a 21 años, una reciente revisión encontró que la prevalencia de la ideación suicida a nivel mundial osciló entre el 14,3% y el 22,6%, mientras que la prevalencia de la tentativa osciló entre el 4,6% y el 15,8%. Estos resultados son congruentes con los encontrados en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

La adolescencia es una etapa evolutiva importante en el arco del ciclo vital para el desarrollo, entre otros, de la personalidad, la identidad, la autoestima, las amistades, las funciones ejecutivas y, por lo tanto, para el bienestar y la salud mental. Digno de mención es que la gran 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., 2022). Trabajos científicos formulan 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). 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). Además, 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). 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).

Las consecuencias asociadas al mal ajuste psicológico tienen repercusiones en diversas esferas de la vida de los menores (personal, familiar, escolar, social, económico, etc.) a corto, medio y largo plazo. 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 (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).

A la luz de estos hallazgos y considerando que los problemas de salud mental generan numerosos costes tanto a nivel personal como a nivel social y sanitario, así como en el entorno cercano, es evidente que todas las actuaciones que se lleven a cabo con la finalidad de comprender y mejorar esta situación son ineludibles. 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.

Salud mental en población adolescente riojana

En los últimos años se han realizado diferentes estudios epidemiológicos en La Rioja que tenían como objetivo analizar las tasas de prevalencia de problemas emocionales y conductuales, así como el grado de ajuste psicológico de los y las adolescentes riojanas (Fonseca-Pedrero, 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez-Al-

béniz, 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2022; Ortuño-Sierra et al., 2022). Estos estudios surgieron debido a la inexistencia, hasta la fecha, de trabajos empíricos rigurosos que examinaran el estado de bienestar psicológico y salud mental de los jóvenes riojanos.

En el estudio realizado en el 2016 los principales resultados encontrados fueron (Fonseca-Pedrero, 2017):

- El 7,7% de los adolescentes riojanos manifestaron posible riesgo de presentar problemas de salud mental.
- Aproximadamente un 4% de las y los adolescentes riojanos indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.
- Un 6,9% de la muestra presentó un riesgo elevado de conducta suicida.
- Un 71,9% de adolescentes riojanos refirieron niveles adecuados de bienestar emocional subjetivo (puntuación igual o superior a 7 en una escala de 10 puntos).
- Un 5,6% del alumnado percibió acoso escolar en su centro varias veces a la semana. El 2% del estudiantado afirmó que se habían producido fenómenos de *ciberbullying* varias veces por semana en su centro escolar.

Por su parte en el estudio de bienestar psicológico, realizado en el año 2019, se encontraron, entre otros resultados, los siguientes datos (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2019):

- El 6% de las y los adolescentes riojanos manifestaron posible riesgo de problemas emocionales y conductuales.
- El 15,5% de las y los participantes presentaron síntomas de depresión de cierta gravedad.
- Un 3,3% de los adolescentes riojanos indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.
- Un 3,8% de la muestra presentó un riesgo elevado de conducta suicida.
- Un 80,2% de las y los adolescentes riojanos refirieron niveles adecuados de bienestar emocional subjetivo.



Promoción del bienestar psicológico y prevención de los problemas de **salud mental**

Una de las principales líneas de actuación en el campo de la salud va encaminada a la promoción del bienestar psicológico y a la prevención de los trastornos de salud mental (WHO, 2004). De acuerdo con Hosman y Jané-Llopis (1999) las actividades de promoción de salud mental “implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental”. Como señala la OMS (2004) y diversos autores (Hosman et al., 2005), la promoción de la salud mental intenta incidir en el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, creando condiciones y entornos favorables a la vida.

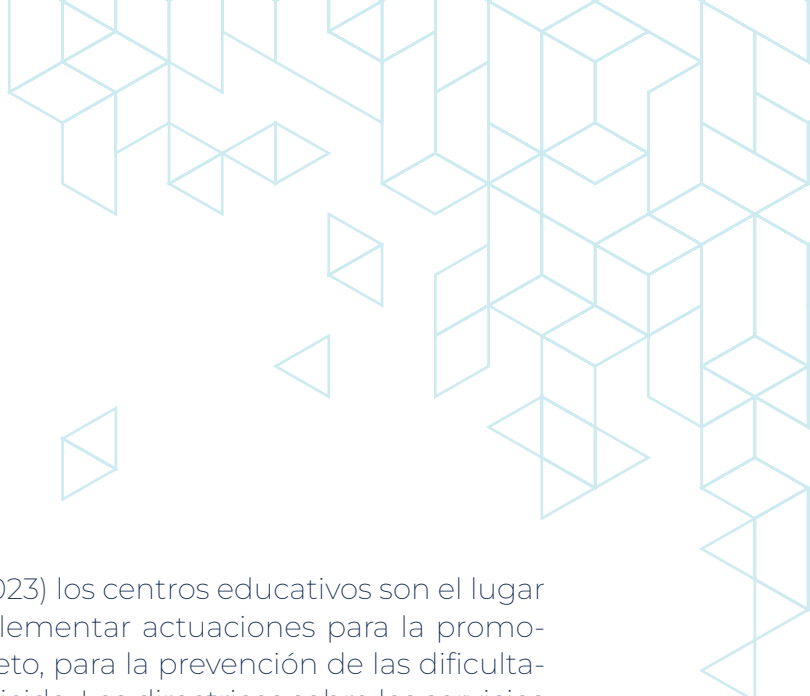
Por su parte, la prevención tiene como meta la reducción de los síntomas y signos psicopatológicos y en última instancia, la disminución de las tasas de prevalencia de los trastornos mentales (p. ej., depresión, ansiedad). En este sentido, la idea de prevención de los problemas de salud mental se refiere a la capacidad para reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar un problema mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce el trastorno en la persona afectada, sus familias y la sociedad (Hosman y Jané-Llopis, 1999). Las estrategias de prevención se pueden dividir en tres tipos, a saber: universal, selectiva e indicada (Arango et al., 2018; Hosman et al., 2005). La prevención universal va directamente encaminada a la población general. Este tipo de estrategia está diseñada para maximizar la salud y minimizar el riesgo de problemas psicológicos, por ejemplo, eliminando las barreras a la atención y aumentando el acceso a la ayuda, fortaleciendo los procesos de protección como el apoyo social o alterando el entorno físico y los medios para acceder a herramientas letales (p. ej., armas). La prevención selectiva va destinada a aquellos colectivos que poseen cierto riesgo de padecer algún problema psicológico y, sin embargo, no muestran actualmente ningún signo o síntoma de trastorno psicológico evidente. Por ejemplo, grupos vulnerables dentro de una población que en función de carac-

terísticas específicas (p. ej., edad, sexo, estado laboral o antecedentes familiares) actualmente no expresan síntomas, pero pueden estar en un nivel elevado de riesgo biológico, psicológico o socioeconómico. La prevención indicada se centra en detectar a aquellas personas que ya muestran ciertos signos y síntomas similares a los problemas psicológicos, pero que aún no presentan niveles clínicos que permitan diagnosticarlos formalmente. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa, jóvenes que muestran síntomas moderados de problemas emocionales y que todavía no han alcanzado la frontera clínica o discapacidad.

Históricamente se ha abordado la salud mental desde una perspectiva o modelo deficitario, esto es, se han analizado en profundidad todo tipo de problemáticas psicopatológicas, así como diferentes factores de riesgo, obviando aspectos igualmente interesantes como los factores de protección, la promoción del bienestar psicológico o el estudio de las fortalezas o las capacidades de las personas. No es hasta hace poco tiempo que se ha enfatizado la necesidad de mejorar las estrategias de promoción de la salud mental en todos los sectores de la población y, en concreto, durante la adolescencia. En este sentido, numerosos autores abogan por un cambio de paradigma, o al menos añadir un enfoque complementario que no solo aborde las problemáticas de los adolescentes, sino también sus fortalezas y capacidades (Fonseca-Pedrero, 2021). Una de las mejores formas de intervención es mediante la implementación de programas de detección temprana y de bienestar psicológico basado en la evidencia empírica y que sean inclusivos, accesibles, basados en las necesidades de las personas y de calidad. Ya lo dice la sabiduría popular: más vale promocionar que prevenir y más vale prevenir que curar.

El papel de los centros educativos en la promoción del bienestar psicológico

El sistema educativo es eficaz si cultiva y promueve la salud y el bienestar de la sociedad presente y futura. Los centros educativos son uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y la promoción de un desarrollo y aprendizaje óptimo de las personas que conforman la sociedad. Por ello, los centros educativos, en cualquiera de sus formas son el vehículo idóneo para proteger, promover y potenciar la salud mental de los menores. Además, se facilita la atención a la infancia, niñez y adolescencia dentro de un sistema educativo que tiene como pilares la equidad e inclusión.



Como señala Fonseca-Pedrero et al. (2023) 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. Las directrices sobre los servicios de salud escolar de la OMS (WHO, 2021) indican que las escuelas tienen un rol nuclear en la adquisición de conocimientos, de competencias socioemocionales, así como de aquellas habilidades de pensamiento crítico necesarias para un futuro saludable. A este respecto, más allá del saber-conocer o saber-hacer (Delors, 1996), la implementación de programas de educación emocional (*Socio-emotional learning*, SEL) parecen mejorar las habilidades socio-emocionales, 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). Los resultados sugieren que los programas SEL de tipo universal e indicados requieren un bajo nivel de inversión (los autores sitúan el coste entre 0,05 y 0,20 dólares por habitante). Igualmente, los programas SEL de tipo universal producen beneficios sanitarios significativamente mayores a nivel poblacional y, por tanto, una mejor relación calidad-precio (Lee et al., 2023). Los programas SEL, en esencia, son parte integrante de la educación y el desarrollo humano. Las personas adquieren y aplican los conocimientos, habilidades y actitudes para gestionar las emociones y alcanzar metas personales y colectivas, sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y mantener relaciones de apoyo y tomar decisiones responsables. Por todo ello, y considerando la necesidad de implementar actuaciones en entornos naturales, los centros educativos son, sin lugar a dudas, uno de los contextos más importantes para la promoción del bienestar psicológico y prevención de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia (Lucas-Molina y Giménez-Dasí, 2019).

Justificación y objetivos del estudio

Como se ha comentado, las dificultades psicológicas relacionadas con la regulación emocional -ansiedad y depresión- y las conductas suicidas en jóvenes constituyen un problema educativo, social y de salud pública, no sólo por la prevalencia, la comorbilidad y el potencial riesgo de prolongarse hasta la adultez, sino también por las consecuencias negativas asociadas a nivel personal, familiar, educativo, laboral y sociosanitario. La salud mental infanto-juvenil y sus problemas asociados son una preocupación importante para los gobiernos y estados, con una gran repercusión sociosanitaria a la que la sociedad tiene que dar respuesta.

En general, los hallazgos descritos anteriormente ponen de relieve que, en España, los síntomas y los trastornos de regulación emocional, como pudieran ser la ansiedad y la depresión, son un importante problema de salud en edad infanto-juvenil. Por lo tanto, una actuación prioritaria a implementar sería mejorar y optimizar las estrategias para su detección precoz y prevención temprana, así como el acceso a una intervención eficaz, efectiva y eficiente. En este contexto surge el estudio PSICE (Psicología basada en la evidencia en contextos educativos) (Fonseca-Pedrero, Pérez-Albéniz, et al., 2023) que tiene como meta mejorar y optimizar las estrategias para la detección y prevención de problemas emocionales en contextos educativos. El objetivo es prevenir los problemas emocionales, así como mejorar u optimizar el ajuste emocional y social, los procesos de aprendizaje y el rendimiento académico. El estudio que se presenta a continuación forma parte del estudio nacional PSICE, pero se circunscribe a la Comunidad Autónoma de La Rioja, cuyo equipo investigador ha coordinado y liderado el proyecto a nivel nacional.

Uno de los objetivos generales del proyecto PSICE es examinar las tasas de prevalencia de dificultades en el ajuste emocional y conductual en contextos educativos en adolescentes de la población general. Conocer la prevalencia de problemas emocionales y de conducta, así como de la conducta suicida permite tener una visión aproximada del estado de la cuestión en una etapa tan importante del desarrollo humano como es la adolescencia. Hasta la fecha, escasos estudios en España han estudiado 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 los adolescentes españoles a la que se debe dar respuesta. Si extrapolamos este objetivo a La Rioja, se puede otear la relevancia de conocer esta realidad en nuestra región, más si cabe, tras la pandemia por COVID-19. Los resultados obtenidos de este trabajo permitirán conocer la realidad en nuestro contexto, con la meta de diseñar y, posteriormente, evaluar políticas dirigidas a fomentar la promoción del bienestar psicológico y la prevención de problemas psicopatológicos. Bajo nuestro modesto punto de vista, es esencial conocer para actuar. Como bien señala el egregio físico Lord Kelvin, aquello que no se evalúa, difícilmente se puede mejorar.

En este contexto, el objetivo general del presente estudio fue analizar las tasas de prevalencia de dificultades en el ajuste emocional y conductual y de conducta suicida en una muestra de adolescentes riojanos en contextos educativos. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Examinar la prevalencia de las dificultades emocionales y comportamentales y su manifestación en función del género en adolescentes riojanos.
2. Analizar la prevalencia de síntomas de depresión en adolescentes riojanos y su relación con el género.
3. Examinar la prevalencia de síntomas de ansiedad en adolescentes riojanos y su manifestación en función del género.
4. Analizar el grado de solapamiento entre problemas emocionales en adolescentes riojanos.
5. Examinar la prevalencia de conducta suicida en adolescentes riojanos, así como su relación con el género.
6. Estudiar la prevalencia de calidad de vida subjetiva y funcionalidad en adolescentes riojanos.



2. MÉTODO



2.1. PARTICIPANTES

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados a nivel de clase en toda la población estudiantil de la Comunidad Autónoma de La Rioja. El alumnado pertenecía a diferentes centros educativos públicos y concertados. Se conformaron estratos en función de las instituciones educativas públicas y subvencionadas y el nivel educativo (ESO, Bachiller, FP). En total participaron en el estudio 34 centros educativos y 98 aulas.

La muestra inicial estuvo compuesta por 2640 estudiantes. Se eliminaron de la muestra aquellos participantes que: a) tuvieran una puntuación de más de 2 puntos en la Escala de Respuesta Infrecuente de Oviedo ($n = 175$); o b) fueran mayores de 18 años ($n = 247$). Así, la muestra la formaron $n = 2235$ estudiantes, $n = 1045$ se identificaron como hombres (46,8%), $n = 1183$ (52,9%) como mujeres y $n = 7$ participantes (0,3%) declararon otra identidad de género. La media de edad fue de 14,49 años ($DT = 1,76$ años), donde el rango oscilaba entre los 12 y 18 años. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra en función de la edad. El 90,9% de la muestra refirió tener nacionalidad española.

Tabla 1: Distribución por grupos de edad de la muestra total

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
12	280	12,5
13	387	17,3
14	396	17,7
15	408	18,3
16	371	16,6
17	240	10,7
18	153	6,8
Total	2235	100

2.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

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 (*no, nunca; a veces; 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”. El SDQ presenta adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Ortuño-Sierra et al., 2022). El SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades) se encuentra disponible en el Anexo.

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, varios días, más de la mitad de los días, casi todos los días*). Además, el PHQ incorpora 4 ítems suplementarios que preguntan sobre ánimo depresivo, dificultades para realizar las tareas diarias, y conducta suicida (ideación y acto). Una puntuación elevada 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). El cuestionario PHQ-9 se recoge en el Anexo.

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 grave-



dad de los síntomas durante las últimas dos semanas. Los ítems se encuentran en formato Likert con 4 opciones de respuesta (*nunca, 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). La escala GAD-7 utilizada en el presente trabajo se presenta en el Anexo.

Conducta suicida: Escala SENTIA-breve de conducta suicida en adolescentes (Díez-Gómez et al., 2021)

La escala 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 conducta suicida: 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., 2021). La Escala SENTIA-breve utilizada en este estudio se recoge en el Anexo.

Calidad de vida y funcionalidad: Kidscreen-10 index (Ravens-Sieberer et al., 2010)

El Kidscreen-10 es un instrumento desarrollado y validado para valorar la calidad relacionada con la salud de la vida en niños y adolescentes de entre 8 a 18 años. Presenta un total de 10 preguntas en formato de respuesta Likert de 5 opciones de respuesta (*nada; un poco; moderadamente; mucho; muchísimo*). Una mayor puntuación es indicativa de mayor calidad de vida. El Kidscreen-10 ha sido validado en España (Aymerich et al., 2005). Se puede encontrar información en la web: <https://www.kidscreen.org/>. La versión española de la Kidscreen empleada en este estudio se encuentra disponible en el Anexo.

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.

2.3. PROCEDIMIENTO

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

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. Se informó al alumnado de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de su participación en el estudio.

Como se ha comentado con anterioridad, los resultados presentados en este trabajo forman parte de un estudio más amplio denominado PSICE (Fonseca-Pedrero, Pérez-Albéniz, et al., 2023) que tiene como objetivo, mediante un diseño de ensayo controlado aleatorizado, comprobar la efectividad del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes con síntomas subclínicos de ansiedad y depresión. El estudio PSICE se lleva a cabo de acuerdo con las directrices indicadas por CONSORT. El diseño del estudio se registró en la web ClinicalTrials.gov. Ref: [NCT05322642](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05322642).

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se examinó la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en la muestra total y en función del género. A continuación, se analizó la prevalencia de síntomas de depresión y de ansiedad autoinformados para la muestra total y en función del género. En tercer lugar, se examinó el grado de solapamiento entre los síntomas de ansiedad y depresión. En cuarto lugar, se analizó la prevalencia de la conducta suicida para toda la muestra así como en función del género. Finalmente, se analizó la prevalencia de la calidad de vida subjetiva. Para el análisis de datos se utilizó el programa IBM SPSS versión 28.

3. RESULTADOS



3.1. PREVALENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

En la Figura 2 se presenta la prevalencia de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo estimados con el autoinforme SDQ. Los resultados indicaron que el 13,6% ($n = 305$) de las personas presentaban una puntuación límite, mientras que el 8,5% ($n = 189$) se encontraría en la franja de posible caso o riesgo de mala salud mental. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 estudiantes, se podría estimar que aproximadamente 2 personas referirían 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 12,5% de las mujeres manifestaba una puntuación considerada de riesgo. En cambio, el 3,9% de los hombres estaría dentro de esta franja. Estas diferencias en la prevalencia de problemas emocionales informados en función del género fueron estadísticamente significativas ($p < ,01$).

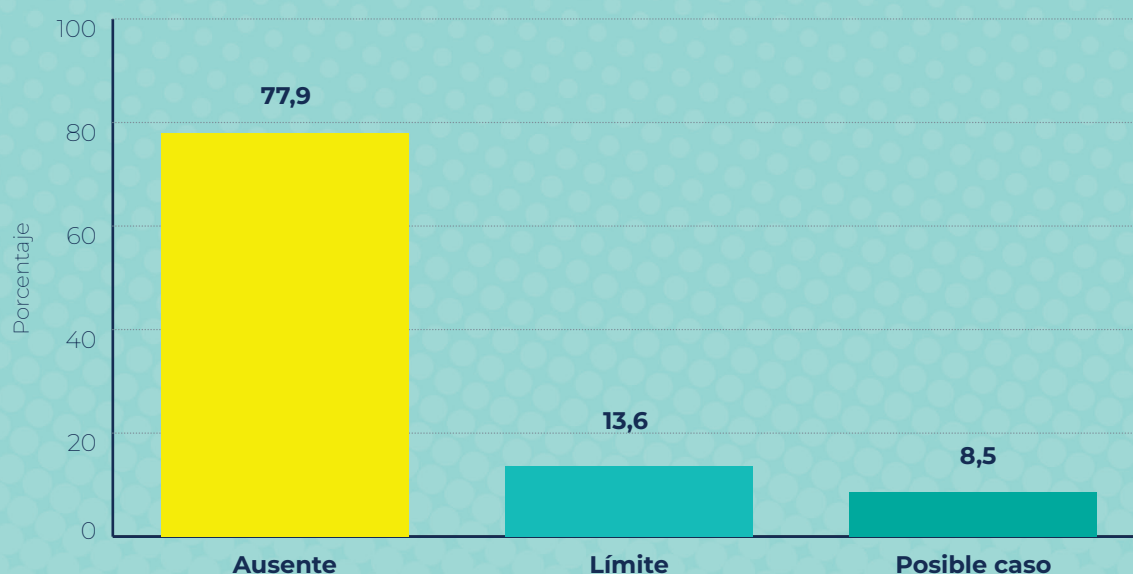


Figura 2: Prevalencia (%) de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo, estimados con el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), en la muestra total de adolescentes riojanos

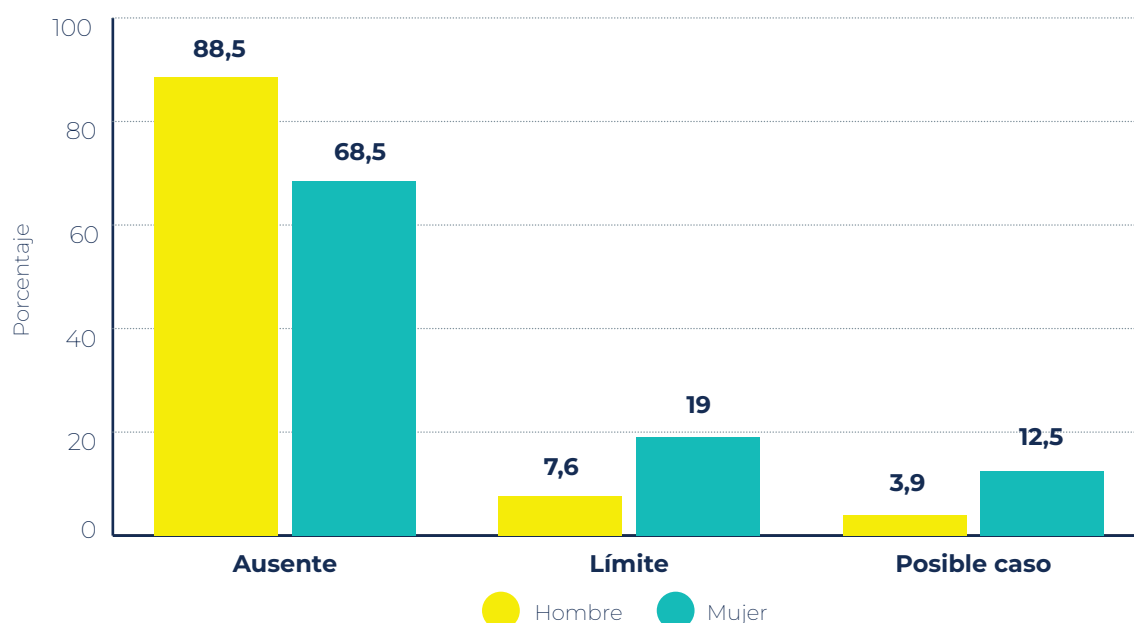


Figura 3: Prevalencia (%) de dificultades emocionales y conductuales por niveles de riesgo, estimados con el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), en función del género en la muestra total de adolescentes riojanos

3.2. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

La prevalencia de sintomatología depresiva, estimada con el PHQ-9 versión adolescente, por niveles de puntuaciones se muestran en la Figura 4. En concreto, el 12,5% de la muestra manifestó, durante las últimas dos semanas, síntomas de depresión de naturaleza moderada-grave y grave. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 3 estudiantes tendrían una sintomatología depresiva moderada-grave o grave. En la Figura 5 se presenta la puntuación en el PHQ-9 por niveles de puntuación en función del género. Los hallazgos mostraron que el 19% de las mujeres manifestaba síntomas de depresión graves y moderados-graves, mientras que el 5,1% de los hombres estaría dentro de esta franja. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género en la sintomatología depresiva autoinformada ($p < ,01$).

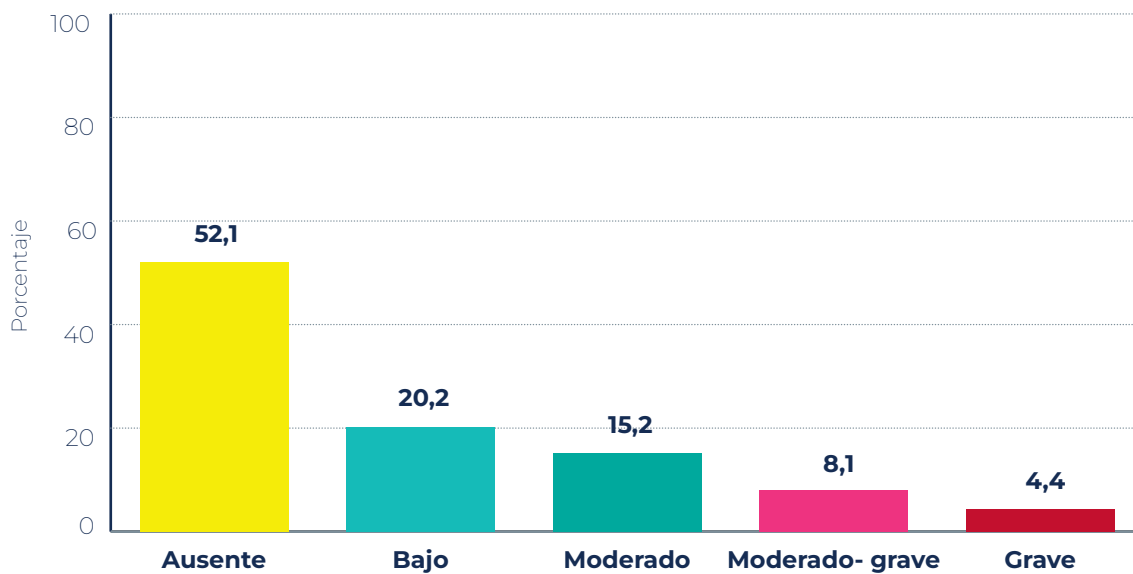


Figura 4: Niveles de riesgo de síntomas de depresión autoinformados, estimados con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), en la muestra total de adolescentes riojanos

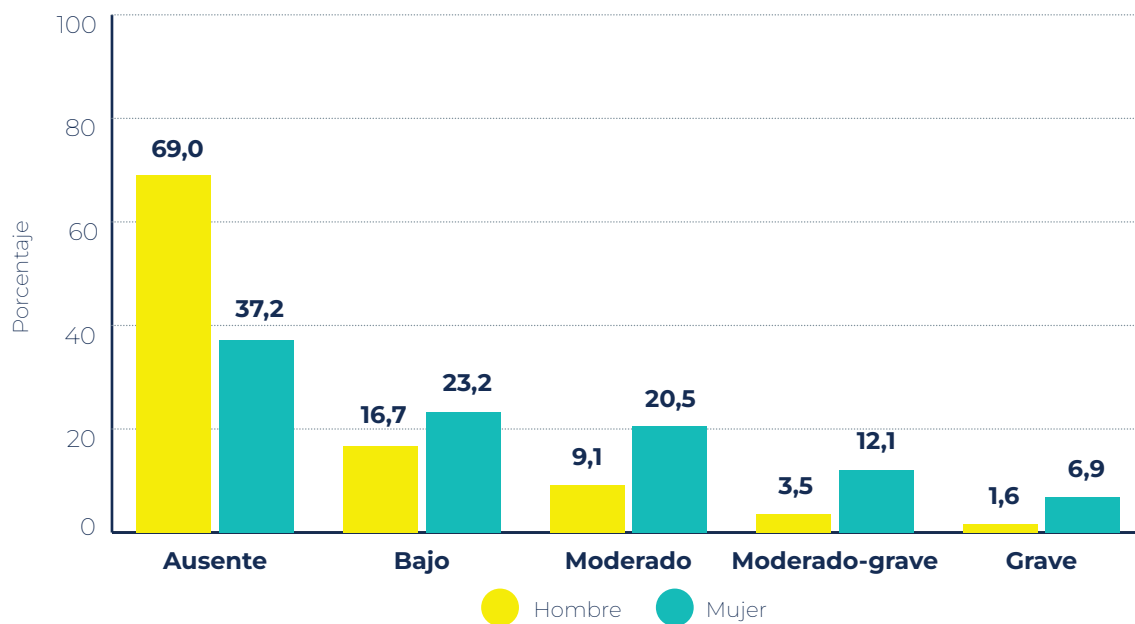


Figura 5: Niveles de riesgo síntomas de depresión autoinformados en función del género, estimados con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), en la muestra total de adolescentes riojanos

En la Tabla 2 se presenta la prevalencia encontrada de síntomas depresivos en la muestra total. Como se puede ver, por ejemplo, el 7,8% de la muestra ha indicado que se ha sentido desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza casi todos los días. En concreto el 36,9% de la muestra respondió afirmativamente a la pregunta “En el último año, ¿te has sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, aún si te has sentido bien algunas veces?”. El 7,1% contestó “sí” a la cuestión “En el último mes, ¿ha habido algún momento en el que has pensado seriamente terminar con tu vida?”. En las Figuras 6 y 7 se presentan los resultados de estado de ánimo depresivo y de conducta suicida en función del género en dos ítems del PHQ-9 mencionados. Las mujeres informaron de mayores niveles de ánimo depresivo y conducta suicida en comparación con los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < ,01$).

Tabla 2: Prevalencia (%) de síntomas de depresión autoinformados, estimados con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), en la muestra total de adolescentes riojanos

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?	37,3	44,4	10,5	7,8
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?	36,2	42,9	11,9	9
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado?	53,1	25,4	9,4	12,1
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?	59,1	21,3	10,3	9,4
5. ¿Te sientes cansado/a o con poca energía?	27,7	44,7	14,4	13,2
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?	56,5	26,4	8,5	8,5
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?	37,9	34,8	15,2	12
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?	63,8	22,4	9,3	4,6
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?	82,5	11,2	3,5	2,7

En el último año, ¿te has sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, aún si te has sentido bien algunas veces?

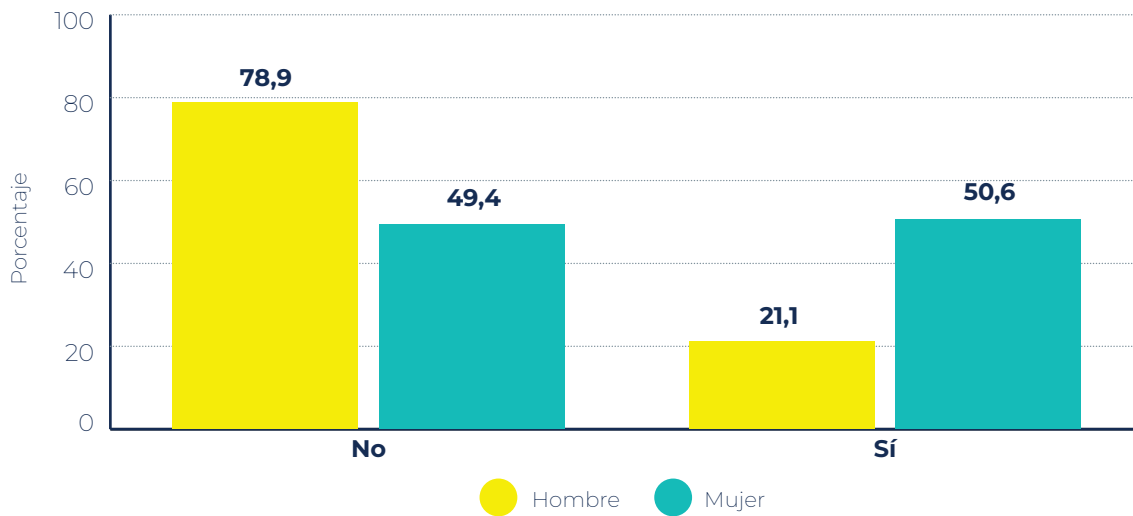


Figura 6: Prevalencia (%) de estado de ánimo depresivo en función del género, estimados con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), en la muestra total de adolescentes riojanos

En el último mes, ¿ha habido algún momento en el que has pensado seriamente terminar con tu vida?

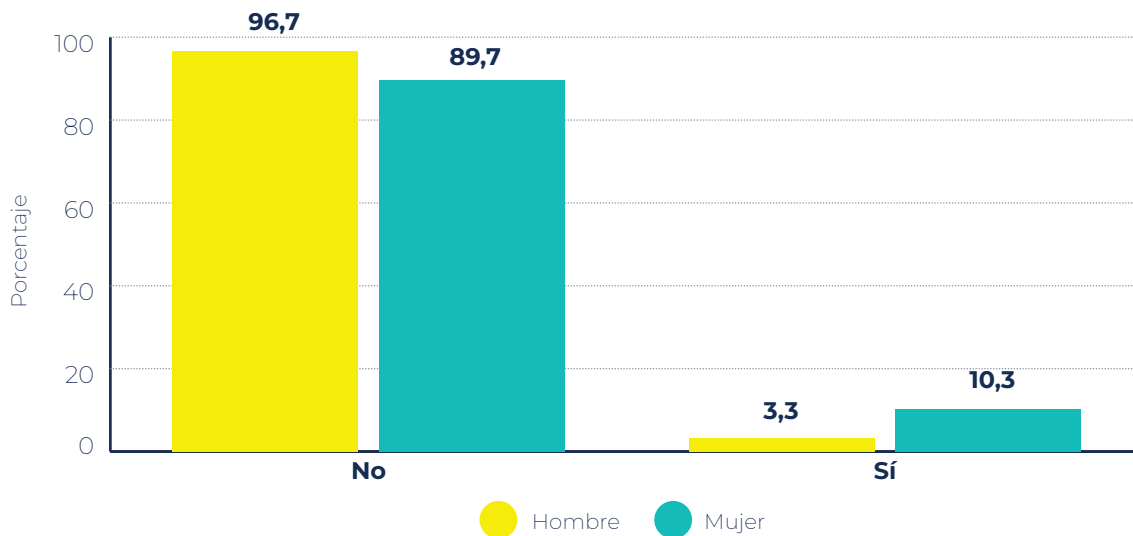


Figura 7: Prevalencia (%) de ideación suicida en función del género, estimados con el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), en la muestra total de adolescentes riojanos

3.3. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Los niveles para síntomas de ansiedad autoinformados por el alumnado, estimados con el GAD-7, se presentan en la Figura 8. En concreto el 11,1% de las personas manifestaban síntomas de ansiedad de alta intensidad. Si contextualizamos estos resultados en una clase de 25 alumnos, se podría estimar que aproximadamente 3 estudiantes tendrían una sintomatología de tipo ansiosa con un nivel alto de gravedad. En la Figura 9 se recogen los niveles de síntomas de ansiedad de acuerdo a la variable género. El 17,2% de las mujeres manifestaba síntomas de ansiedad grave, mientras que el 4,3% de los hombres estaría dentro de esta franja. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < ,01$). En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones para los 7 ítems del GAD-7 en la muestra total. Como se puede observar, por ejemplo, el 9,7% de la muestra ha indicado que en los últimos 15 días se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a.

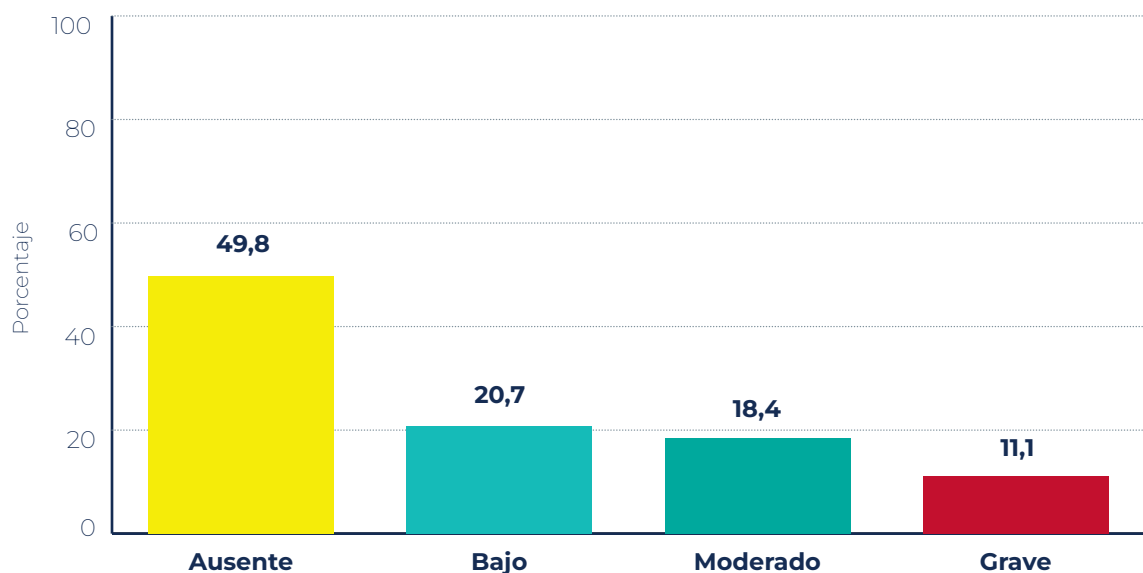


Figura 8: Niveles de riesgo de síntomas de ansiedad, estimados con el Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7), en la muestra total de adolescentes riojanos

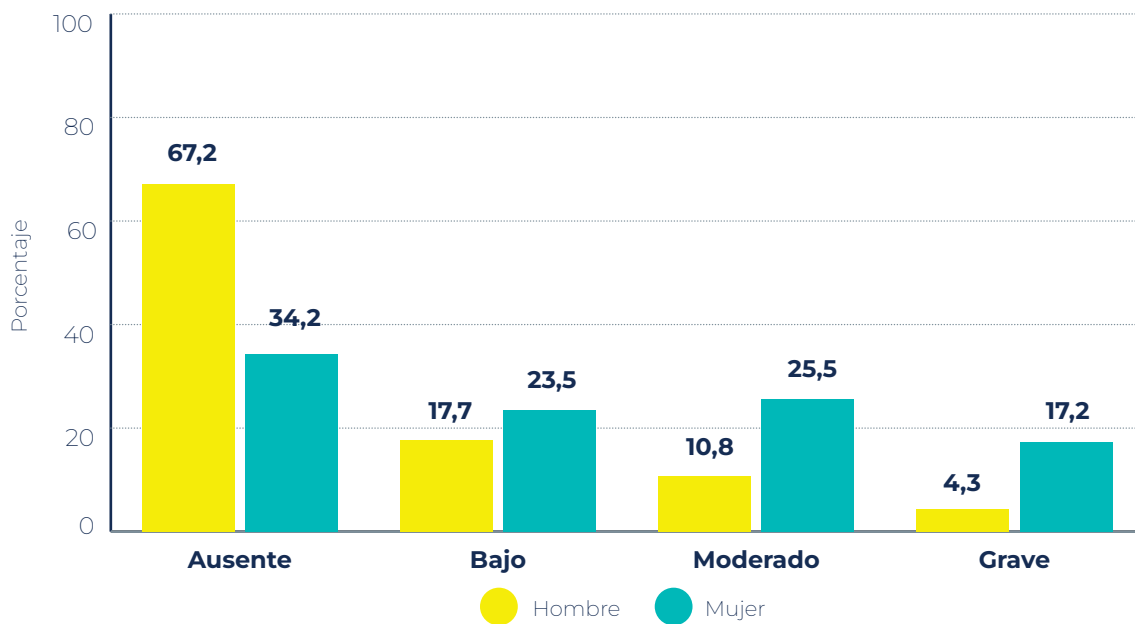


Figura 9: Niveles de riesgo de síntomas de ansiedad en función del género, estimados con el Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7), en la muestra total de adolescentes riojanos



Tabla 3: Prevalencia (%) de síntomas de ansiedad autoinformados, estimados con el Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7), en la muestra total de adolescentes riojanos

Ítems	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	24,9	45,8	19,6	9,7
2. No has podido dejar de preocuparte	33,8	34,1	19,6	12,4
3. Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas	31,7	33,2	21,3	13,8
4. Has tenido dificultad para relajarte	42,9	28,9	18,5	9,6
5. Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a	55,4	27,3	10,7	6,6
6. Te has irritado o enfadado con facilidad	27,1	39,2	19,5	14,1
7. Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	61,7	22,4	9,8	6,2

3.4. PREVALENCIA DE COMORBILIDAD ENTRE DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

El 11% del total de la muestra ($n = 246$ participantes) presenta síntomas de depresión y de ansiedad de tipo moderado-grave.

Dentro del grupo de alumnado con problemas emocionales y conductuales (con puntuación límite o de posible caso según baremos del SDQ), el 77,8% de la muestra refirió niveles de síntomas de ansiedad de nivel moderado-grave, mientras que el 44,1% de la muestra informó de síntomas de depresión de tipo moderado-grave.

Considerando únicamente la muestra de participantes que refirió niveles de síntomas de depresión de nivel moderado-grave, se encontró que también el 53,6% del estudiantado indicó niveles de ansiedad graves. Por su parte el 88,2% de la muestra que informó de síntomas de depresión de nivel moderado-grave, también mostró niveles de ansiedad de nivel moderado-grave. Aproximada-

mente 9 de cada 10 estudiantes que refieren un ánimo depresivo de naturaleza moderada-grave, también informa de ansiedad de nivel moderado-grave.

3.5. PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA

En la Tabla 4 se recoge la prevalencia de conducta suicida, estimada con la Escala SENTIA-breve. El 3,2% de la muestra respondió afirmativamente a que había intentado quitarse la vida. Respecto a la prevalencia de conducta suicida en función del género (véase Tabla 5), el 1,6% de los hombres y el 4,5% de las mujeres han respondido afirmativamente a la pregunta “¿Has intentado quitarte la vida?”. En todos los casos, las mujeres presentaron una mayor proporción de respuestas afirmativas en comparación con los hombres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems cuando se compararon las puntuaciones de los ítems de la Escala SENTIA-Breve en función del género ($p < ,01$). También se analizó la puntuación total en la escala de conducta suicida para la muestra total (véase Figura 9). Un 1,3% de la muestra obtuvo una puntuación 5, mientras que un 2,6% de la misma respondió al menos afirmativamente a 4 ítems. A este respecto, un 3,9% de la muestra se encontraría en un nivel de gravedad alto de conducta suicida (puntuación superior a 4 puntos), esto es, en una clase de 25 estudiantes, aproximadamente 1 persona podría considerarse que tiene un riesgo elevado de conducta suicida.

Tabla 4: Prevalencia (%) de conducta suicida, estimada con la Escala SENTIA-Breve, en la muestra total de adolescentes riojanos (últimos 6 meses)

Ítems	Respuesta afirmativa %
1. ¿Has deseado estar muerto/a?	16 (15)
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	11,9 (10)
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	5,4 (5)
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	6,5 (5)
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	3,2 (4)

Nota. En paréntesis prevalencia encontrada en el estudio de salud mental Rioja, 2019 (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2019).

Tabla 5: Prevalencia (%) de conducta suicida en función del género, estimada con la Escala SENTIA-Breve, en la muestra total de adolescentes riojanos (últimos 6 meses)

Ítems	Hombres %	Mujeres %
1. ¿Has deseado estar muerto/a?	8,7	22,5
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?	7,2	16,1
3. ¿Has planificado quitarte la vida?	3,7	6,8
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?	3,4	9,2
5. ¿Has intentado quitarte la vida?	1,6	4,5

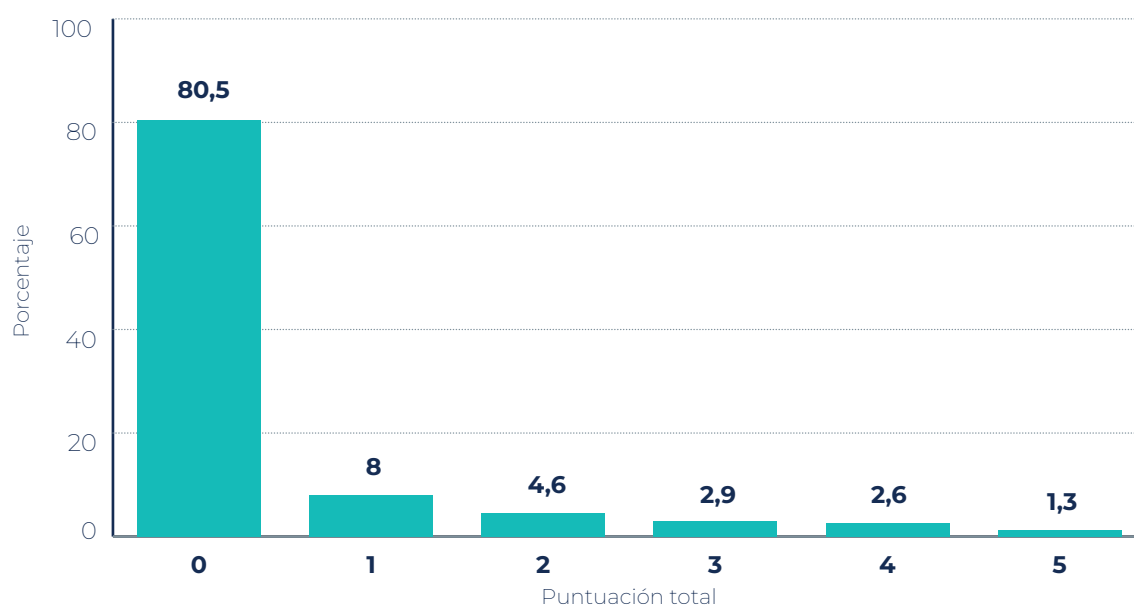


Figura 10: Prevalencia (%) de participantes que refieren conducta suicida, estimada con la puntuación total en la Escala SENTIA-Breve, en la muestra total de adolescentes riojanos

Nota. Una puntuación de 5 indica que han contestado afirmativamente a las 5 preguntas de la escala SENTIA-breve.

3.6. PREVALENCIA DE CALIDAD DE VIDA

Se analizó la calidad de vida subjetiva de los adolescentes riojanos con el índice Kidscreen-10. Como se puede ver en los resultados de la Tabla 6, un porcentaje considerable de jóvenes, cercano al 90%, indican que les va bien en el centro educativo y que su familia le ha tratado de forma justa.

Tabla 6: Prevalencia (%) de calidad de vida, estimada con la escala Kidscreen-10, en la muestra total de adolescentes riojanos

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido bien y en forma?	5,4	13,5	28,1	35,3	17,6
2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	7,3	18,3	29	28,1	17,2
3. ¿Te has sentido triste?	28	39,6	17,1	11,9	3,4
4. ¿Te has sentido solo/a?	52,1	24,3	11,8	7,7	4
5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	8,2	20,1	29	29,1	13,5
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	10,3	18,7	23,7	29,5	17,7
7. ¿Tu familia te ha tratado de forma justa?	2	5,8	11,3	31,3	49,7
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	2,6	5,2	11,5	31,9	48,9
9. ¿Te ha ido bien en el centro educativo?	4,3	10,3	28,4	36,2	20,7
10. ¿Has podido prestar atención?	3,7	11,8	28,6	36,5	19,4

4. DISCUSIÓN



El estudio de la salud mental y bienestar psicológico riojano 2022 tenía como objetivo analizar la prevalencia de los problemas de salud mental y las dificultades de ajuste emocional y conductual, así como de conducta suicida en adolescentes españoles dentro del contexto educativo. Este trabajo asimismo se suma a los ya realizados durante los últimos años en la Comunidad Autónoma de La Rioja y permite arrojar luz sobre la prevalencia estimada de los problemas de salud mental en adolescentes riojanos y su impacto en la calidad de vida y rendimiento académico. No cabe duda de que un estudio pionero en España ayudará a tomar decisiones informadas en materia de salud mental y prevención de problemas psicológicos. Estos hallazgos permitirán tomar decisiones basadas en la evidencia por parte de las instituciones y los gobiernos con el objetivo, por ejemplo, de desarrollar una óptima gestión de los recursos educativos y socio-sanitarios o la implementación de programas de alfabetización emocional o de prevención universal, selectiva o indicada de problemas psicológicos en menores de edad.

Los resultados encontrados en el presente trabajo son similares, aunque con menores tasas de prevalencia, a los encontrados en el estudio PSICE a nivel nacional, a saber (Fonseca-Pedrero, Calvo, et al., 2023):

- El 12% de los y las adolescentes manifestaron problemas emocionales y conductuales de cierta gravedad.
- El 6% de los adolescentes informaron de síntomas graves de depresión. Además, un 26% presentaron síntomas de depresión de intensidad moderada.
- El 14% de los adolescentes refirieron síntomas de ansiedad graves, mientras que el 20% informaron de síntomas de ansiedad moderados.
- El 4,9% de la muestra indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.
- El 5,4% de la muestra presentó un riesgo elevado de conducta suicida.

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, sanitario 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 (Werner-Seidler et al., 2021). No cabe duda de que el contexto educativo, por los motivos que se han esgrimido en la introducción, es un espacio privilegiado para la prevención y la detección temprana e implementación de una intervención eficaz, eficiente y efectiva. A medida que las intervenciones de prevención basadas en la evidencia evolucionen y se consoliden, se debe garantizar que las intervenciones eficaces se implementen en edades tempranas de forma eficiente en la práctica y se traduzcan en programas y cuidados de calidad que beneficien a las personas con dificultades de ajuste psicológico.

Como se ha comentado, los centros educativos tienen un papel relevante en la promoción del bienestar psicológico y la prevención de posibles problemas de salud mental. 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 OMS, 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). La promoción de la salud mental tiene que ser un objetivo de aprendizaje clave obligatorio en la educación del siglo XXI. Además, es necesario integrar la salud mental y el bienestar en el currículo formal y adaptar los parámetros de éxito escolar para dar prioridad a la salud mental y el bienestar. 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 y las menores de edad, generando experiencias significativas que les ayudan a construir su identidad, establecer relaciones interpersonales y desarrollar habilidades emocionales como la resiliencia y el autocontrol (Fonseca-Pedrero et al., 2023). 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. 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.

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, el trabajo utilizó autoinformes para recabar la información. Se deben tener en cuenta las limitaciones inherentes a la utilización de autoinformes tales como posible falta de comprensión e interpretación de los ítems o los sesgos de respuesta. En

este sentido, hubiera sido interesante obtener información de otros informantes como, por ejemplo, de los familiares o profesorado. Segundo, no se han controlado los efectos de otras variables que podrían afectar a los resultados encontrados tales como la situación laboral de los familiares (empleados o desempleados) u otras cuestiones del ámbito familiar (estructura, estado civil de los padres y madres, presencia de hermanos o de otros familiares en el domicilio como abuelos, etc.). Tercero, y aunque es un estudio donde se realizó un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados a nivel de aula, los resultados se encuentran igualmente limitados por el hecho de que todos los participantes pertenecen a una única Comunidad Autónoma, en este caso La Rioja. En el caso que se desee extrapolar o generalizar los resultados a otras regiones españolas se debería ser cauteloso. Cuarto, es un estudio transversal por lo que debe primar la prudencia a la hora de establecer posibles relaciones causa-efecto.



5. RECAPITULACIÓN



Los principales resultados que se pueden extraer del estudio PSICE en La Rioja son los siguientes:

- El 8,5% de los y las adolescentes riojanos presentaron puntuaciones compatibles con riesgo de problemas emocionales y conductuales.
- Un 12,5% de los jóvenes riojanos manifestó síntomas de depresión de naturaleza moderada-grave durante las últimas dos semanas.
- El 11,1% de las personas manifestaban síntomas de ansiedad de nivel grave.
- El 11% del total de la muestra presentó conjuntamente síntomas de depresión y de ansiedad de tipo moderado-grave.
- El 3,2% de la muestra respondió afirmativamente a que había intentado quitarse la vida.

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 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 conduzcan a un verdadero Plan Riojano y Nacional de Salud Mental. Los problemas de salud mental se pueden prevenir, pero solo con recursos y políticas que promuevan y financien programas de prevención. La mejor solución en este campo de actuación pasa por una respuesta integral, holística, multinivel, intersectorial e inclusiva.

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 niños, niñas y jóvenes 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 de edad son el pilar presente y futuro sobre el que se asienta nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- AL-HALABI, S., Y FONSECA-PEDRERO, E. (COORDS.). (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Pirámide.
- AL-HALABÍ, S., Y 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>
- ARANGO, C., DÍAZ-CANEJA, C., MCGORRY, P., RAPOPORT, J., SOMMER, I., VORSTMAN, J., MCDAID, D., MARÍN, O., SERRANO-DROZDOWSKYJ, E., FREEDMAN, R., Y CARPENTER, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- 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., Y 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>
- AYMERICH, M., BERRA, S., GUILLAMÓN, I., HERDMAN, M., ALONSO, J., RAVENS-SIEBERER, U., Y RAJMIL, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93–102.
- BALÁZS, J., MIKLÖSI, 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>
- 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>
- 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., Y 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., Y 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*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- CUIJPERS, P., JAVED, A., Y BHUI, K. (2023). The WHO World Mental Health Report: a call for action. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 1–3. <https://doi.org/10.1192/BJP.2023.9>

- DELORS, J. (1996). *La educación encierra un tesoro, Informe de la Comisión UNESCO para la Educación del siglo XXI*. UNESCO.
- DÍEZ-GÓMEZ, A., SEBASTIÁN ENESCO, C., PÉREZ-ALBÉNIZ, A., Y FONSECA PEDRERO, E. (2021). Suicidal behavior assessment in adolescents: Validation of the SENTIA-Brief scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24–34.
- DURLAK, J. A., MAHONEY, J. L., Y 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, 765–782. <https://doi.org/10.1037/BUL0000383>
- EATON, N. R., BRINGMANN, L. F., ELMER, T., FRIED, E. I., FORBES, M. K., GREENE, A. L., KRUEGER, R. F., KOTOV, R., MCGORRY, P. D., MEI, C., Y WASZCZUK, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology* 2023, 1–15. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>
- ERSKINE, H. E., MOFFITT, T. E., COPELAND, W. E., COSTELLO, E. J., FERRARI, A. J., PATTON, G., DEGENHARDT, L., VOS, T., WHITEFORD, H. A., Y 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>
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, U. (2022). *Estado Mundial de la infancia 2021. En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF.
- FONSECA-PEDRERO, E. (COORD.) (2017). *Bienestar emocional en adolescentes riojanos [Personal wellbeing in adolescents from La Rioja]*. Universidad de La Rioja.
- FONSECA-PEDRERO, E. (COORD.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.
- 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.
- FONSECA-PEDRERO, E., DÍEZ-GÓMEZ, A., PÉREZ-ALBÉNIZ, A., LUCAS-MOLINA, B., AL-HALABÍ, S., Y CALVO, P. (2023). Profesionales de la psicología en contextos educativos: una necesidad ineludible. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 112-124.
- FONSECA-PEDRERO, E., INCHAUSTI, F., PÉREZ, L., ARITIO, A., ORTUÑO-SIERRA, J., SÁNCHEZ-GARCÍA, A., LUCAS-MOLINA, B., DOMÍNGUEZ, C., FONCEA, D., ESPINOSA, V., GORRÍA, A., URBIOLA-MERINA, E., FERNÁNDEZ, M., MERINA, C., GUTIÉRREZ, C., AURES, M., CAMPOS, M. S., DOMÍNGUEZ-GARRIDO, E., Y PÉREZ DE ALBÉNIZ, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- FONSECA-PEDRERO, E., PAÍNO-PIÑEIRO, M., LEMOS-GIRÁLDEZ, S., VILLAZÓN-GARCÍA, Ú., Y MUÑIZ, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.006>

- FONSECA-PEDRERO, E. Y PÉREZ-ALBÉNIZ, A. (2019, junio 27-28). *La salud mental en jóvenes riojanos*. Cursos de Verano de la Universidad de La Rioja 2019: ¿Se pueden prevenir los problemas de salud mental? La Rioja, España
- FONSECA-PEDRERO, E., PÉREZ-ALBÉNIZ, A., Y AL-HALABÍ, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- FONSECA-PEDRERO, E., PÉREZ-ALBÉNIZ, A., AL-HALABÍ, S., LUCAS-MOLINA, B., ORTUÑO-SIERRA, J., DÍEZ-GÓMEZ, A., PÉREZ-SÁENZ, J., INCHAUSTI, F., GARCÍA, A. V. V., GARCÍA, A. G., SOLANA, R. A., RÓDENAS-PEREA, G., CLEMENTE, M. P. D. V., LÓPEZ, A. C., Y 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, 15-22. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2023A3>
- FONSECA-PEDRERO, E., Y PÉREZ DE ALBÉNIZ, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41, 106-115.
- 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>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (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)
- 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>
- GORE, F. M., BLOEM, P. J., PATTON, G. C., FERGUSON, J., JOSEPH, V., COFFEY, C., SAWYER, S. M., Y MATHERS, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9777), 2093-2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- HOSMAN, C., Y JANÉ-LLOPIS, E. (1999). *Retos políticos 2: salud mental*. En: *Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva*. World Health Organization.
- HOSMAN, C., JANE-LLOPIS, E., Y SAXENA, S. (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Oxford University Press.
- JOHNSON, J. G., HARRIS, E. S., SPITZER, R. L., Y 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., GEORGIADIS, K., GREEN, J. G., GRUBER, M. J., HE, J. P., KORETZ, D., MCLAUGHLIN, K. A., PETUKHOVA, M., SAMPSON, N. A., ZASLAVSKY, A. M., Y 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.

- LEE, Y. Y., SKEEN, S., MELENDEZ-TORRES, G. J., LAURENZI, C. A., VAN OMMEREN, M., FLEISCHMANN, A., SERVILI, C., MIHALOPOULOS, C., Y CHISHOLM, D. (2023). School-based socio-emotional learning programs to prevent depression, anxiety and suicide among adolescents: a global cost-effectiveness analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e46. <https://doi.org/10.1017/S204579602300029X>
- LUCAS-MOLINA, B., Y GIMÉNEZ-DASÍ, M. (2019). *La promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo*. Pirámide.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2017). *Encuesta Nacional de Salud España 2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- NACIONES UNIDAS. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.
- OLESEN, J., GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., WITTCHEM, H. U., Y JÖNSSON, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.
- ORTUÑO-SIERRA, J., SEBASTIÁN-ENESCO, C., PÉREZ-ALBÉNIZ, A., LUCAS-MOLINA, B., Y FONSECA-PEDRERO, E. (2022). Spanish normative data of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a community-based sample of adolescents: Datos normativos españoles del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en una muestra comunitaria de adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3). <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2022.100328>
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M., Y 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*. Pirámide.
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M., Y GARCÍA-MONTES, J. M. (2019). La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica: pensando en psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 123-144). Pirámide.
- POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A., Y 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>
- RAVENS-SIEBERER, U., ERHART, M., RAJMIL, L., HERDMAN, M., AUQUIER, P., BRUIL, J., POWER, M., DUER, W., ABEL, T., CZEMY, L., MAZUR, J., CZIMBALMOS, A., TOUNTAS, Y., HAGQUIST, C., Y KILROE, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487-1500. <https://doi.org/10.1007/S11136-010-9706-5>
- RICHARDSON, L. P., MCCAULEY, E., GROSSMAN, D. C., MCCARTY, C. A., RICHARDS, J., RUSO, J. E., ROCKHILL, C., Y 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>
- 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., Y 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., Y 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>
- THAPAR, A., EYRE, O., PATEL, V., Y 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., Y 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)
- WERNER-SEIDLER, A., SPANOS, S., CALEAR, A. L., PERRY, Y., TOROK, M., O'DEA, B., CHRISTENSEN, H., Y NEWBY, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). *WHO guideline on school health services*. WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. WHO.

ANEXO.

Cuestionarios utilizados en el estudio

CUESTIONARIO DE DIFICULTADES Y CAPACIDADES (SDQ)-AUTOINFORME (Goodman, 1997)

SDQ			
Por favor pon una X en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No, nada; A veces; Sí, siempre. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas y de forma sincera. Responde a las preguntas según cómo te han ido las cosas en los últimos seis meses.			
	No, nada	A veces	Sí, siempre
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Normalmente comparto con otros/as mis cosas (p. ej., material escolar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Por lo general soy obediente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A menudo estoy preocupado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No, nada	A veces	Sí, siempre
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cojo cosas que no son mías de casa, del centro educativo o de otros sitios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9) VERSION ADOLESCENTE

¿Con qué frecuencia has sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas? Por favor, pon una X en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.

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?				
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado?				
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5. ¿Te sientes cansado/a o con poca energía?				
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?				
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
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?				
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?				

10. En el último año, ¿te has sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, aún si te has sentido bien algunas veces?	No		Si	
11. Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿Cuánta dificultad te han ocasionado estos problemas para seguir con tus obligaciones, ocuparte de tus labores en casa o llevarte bien con los/as demás?	Ninguna dificultad	Algo de dificultad	Mucha dificultad	Extrema dificultad
12. En el último mes, ¿ha habido algún momento en el que has pensado seriamente terminar con tu vida?	No		Si	
13. En algún momento de tu vida, ¿has tratado de matarte o suicidarte?	No		Si	



GENERALISED ANXIETY DISORDER ASSESSMENT (GAD-7)

Señala con qué frecuencia has sentido cada uno de los siguientes problemas durante los últimos 15 días. Por favor pon una X en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las afirmaciones.
Muchas gracias por tu colaboración.

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				
2. No has podido dejar de preocuparte				
3. Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas				
4. Has tenido dificultad para relajarte				
5. Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a				
6. Te has irritado o enfadado con facilidad				
7. Has sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible				

ESCALA SENTIA-BREVE DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, responde de forma sincera atendiendo a tu forma de pensar y sentir en los últimos 6 meses.
Muchas gracias por tu colaboración.

Ítems	No	Sí
1. ¿Has deseado estar muerto/a?		
2. ¿Has tenido ideas de quitarte la vida?		
3. ¿Has planificado quitarte la vida?		
4. ¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?		
5. ¿Has intentado quitarte la vida?		



ÍNDICE KIDSCREEN-10

Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

No tienes que enseñar tus respuestas. Nadie más, aparte de nosotros, verá tus respuestas; serán confidenciales.

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido bien y en forma?					
2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?					
3. ¿Te has sentido triste?					
4. ¿Te has sentido solo/a?					
5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?					
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?					
7. ¿Tu familia te ha tratado de forma justa?					
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?					
9. ¿Te ha ido bien en el centro educativo?					
10. ¿Has podido prestar atención?					

Proyecto PID2021-127301OB-I00 de investigación financiado por:

