

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas



REVISTA DE
ESTUDIOS
DE JUVENTUD

→ Septiembre 18 | N°

121

**Promoción de la salud y bienestar
emocional en los adolescentes:
panorama actual, recursos y propuestas**

Coordinadores: Lourdes Espinosa-Fernández,
Luis Joaquín García-López y José Antonio
Muela Martínez, Universidad de Jaén

REVISTA DE
ESTUDIOS
DE JUVENTUD

Dirección

Ruth Carrasco Ruiz

Coordinación del número

Lourdes Espinosa-Fernández
Luis Joaquín García-López y
José Antonio Muela Martínez

Diseño Gráfico

Pep Carrió / Sonia Sánchez
Antonio Fernández

Ilustraciones

Carmen Tamarit

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Observatorio de la Juventud en España

Tel: 91 782 74 82

Fax: 91 782 74 27

E-mail: estudios-injuve@injuve.es

web injuve: www.injuve.es

Biblioteca de Juventud

C/ Marqués del Riscal, 16

Tel: 91 782 74 73

E-mail: biblioteca-injuve@injuve.es

Libro impreso con papel reciclado,
el 60% libre de cloro



ISSN: 0211-4364

NIPO papel: 684-16-002-8

NIPO línea: 684-16-003-3

Dep. Legal: M-41850-1980

Maquetación e impresión:

ADVANTIA, COMUNICACIÓN GRÁFICA, S.A.

Las opiniones publicadas en este número
corresponden a sus autores.

El Instituto de la Juventud no comparte
necesariamente el contenido de las mismas.

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

Coordinadores: Lourdes Espinosa-Fernández, Luis Joaquín García-López y José Antonio Muela Martínez, Universidad de Jaén

EL TEMA | pág. 5

Introducción | pág. 7

BLOQUE I

1. Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. | pág. 11
Lourdes Espinosa-Fernández, Luis Joaquín García-López y José Antonio Muela Martínez. Universidad de Jaén.
2. La depresión en la adolescencia: ¿un problema enmascarado? | pág. 25
Nuria Voltas y Josefa Canals. Universitat Rovira i Virgili.
3. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. | pág. 45
Pere Castellvi Obiols. Universidad de Jaén.
José Antonio Piqueras Rodríguez. Universidad Miguel Hernández.
4. Cibervictimización durante la adolescencia: Reflexiones sobre un fenómeno en crecimiento y estrategias de intervención. | pág. 61
Maite Garaigordobil Landazabal. Universidad del País Vasco.

BLOQUE II

5. Nuevos riesgos de la sociedad digital: *Grooming*, *sexting*, adicción a Internet y violencia *online* en el noviazgo. | pág. 77
Esther Calvete. Universidad de Deusto.
Manuel Gámez. Universidad Autónoma de Madrid.
6. Evaluación de problemas emocionales y nuevas tecnologías en los jóvenes. | pág. 91
José Antonio Piqueras. Universidad Miguel Hernández.
Miguel Ángel Carrasco. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
7. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. | pág. 117
Rocío Casañas y Lluís Lalucat. CHM Corts, Barcelona.

8. **Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico.** | pág. 133
Antonio Cano Vindel y Juan Antonio Moriana. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Córdoba.

BLOQUE III

9. **Revisión de protocolos de evaluación e intervención en educación emocional en adolescentes en contextos educativos a nivel grupal.** | pág. 151
Lidia Cobos-Sánchez, Juan Miguel Fluja-Contreras e Inmaculada Gómez Becerra. Universidad de Almería.
10. **Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad.** | pág. 169
Enrique Vargas Osuna. Asociación Española de Ayuda Mutua contra Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES).
11. **Propuesta de implantación de estructuras asistenciales para la promoción universal, selectiva e indicada de la salud y el bienestar emocional en el ámbito educativo.** | pág. 183
Ana Cobos Cedillo y José Antonio Muela Martínez. Confederación de Organizaciones de Psicopedagogía y Orientación en España (COPOE) y Universidad de Jaén.

MATERIALES | pág. 193

COLABORAN EN ESTE NÚMERO | pág. 215

EL TEMA

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

EL TEMA

Tal y como queda recogido en el Informe PROEM, “los problemas emocionales en los jóvenes son un problema de salud pública y no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone”. Sin embargo, la investigación sobre el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, la promoción de la salud y el bienestar emocional y la prevención de los trastornos mentales, a pesar de que, en los últimos años, está mejorando considerablemente, aún está marcada por la fragmentación derivada del trabajo mayoritariamente aislado y/o parcelado que desempeñan los diferentes profesionales e investigadores. El presente monográfico, recoge las diferentes visiones que tienen distintos agentes implicados en este ámbito de trabajo y estudio sobre los problemas emocionales en la población infanto-juvenil (investigadores, profesionales sanitarios, profesionales de la educación y asociaciones de afectados). Ello permite contribuir a un mayor entendimiento y comprensión de los problemas más frecuentes que nos podemos encontrar en la población adolescente, así como disponer de información actualizada de los recursos y estrategias adecuadas para favorecer su detección, identificación e intervención.

INTRODUCCIÓN

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

Tal y como queda recogido en el Informe PROEM (<http://redproem.es>), “los problemas emocionales en los jóvenes son un problema de salud pública y no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone”. Sin embargo, la investigación sobre el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, la promoción de la salud y el bienestar emocional y la prevención de los trastornos mentales, a pesar de que, en los últimos años, está mejorando considerablemente, aún está marcada por la fragmentación derivada del trabajo mayoritariamente aislado y/o parcelado que desempeñan los diferentes profesionales e investigadores. Por esta razón, es necesaria una mayor colaboración entre los diferentes agentes implicados: investigadores y profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, así como los propios jóvenes, familias, legisladores, con especial interés de aquellos que se relacionan o son parte de minorías en potencial riesgo psicosocial”.

Por todo ello, el presente monográfico, recoge las diferentes visiones que tienen distintos agentes implicados en este ámbito de trabajo y estudio sobre los problemas emocionales en la población infanto-juvenil (investigadores, profesionales sanitarios, profesionales de la educación y asociaciones de afectados). Ello permite contribuir a un mayor entendimiento y comprensión de los problemas más frecuentes que nos podemos encontrar en la población adolescente, así como disponer de información actualizada de los recursos y estrategias adecuadas para favorecer su detección, identificación e intervención.

Así, en los primeros cinco artículos se da una visión panorámica de problemas y trastornos como es la ansiedad, depresión, suicidio, cibervictimización, adicción a internet y problemas derivados.

El sexto artículo, aborda el tema del estigma provocado por la etiquetación de este tipo de problemas/trastornos en jóvenes. Los autores inciden sobre la importancia de abordar este tema dado que se ha visto cómo el estigma y la falta de conocimientos de salud mental aparecen asociados a un retraso en el reconocimiento de los trastornos mentales y en la búsqueda de ayuda para afrontarlos, lo que sugiere la necesidad de trabajar en pro de una mayor alfabetización emocional entre los jóvenes, familiares y profesionales.

El séptimo, octavo y noveno artículos se centran en la evaluación y la intervención de los problemas más frecuentes entre la población joven, abordando aspectos como las nuevas tecnologías, el enfoque transdiagnóstico y la intervención grupal.

El décimo artículo, aporta una perspectiva de los propios afectados señalando los beneficios que aportan las asociaciones y en concreto los grupos de ayuda mutua.

Finalmente, el último artículo es una reflexión sobre la situación actual de los recursos disponibles, según la legislación vigente en el ámbito educativo, así como la propuesta de algunas mejoras en ese contexto para la detección, evaluación e intervención de problemas/trastornos emocionales en los adolescentes.

Agradecimientos: Este monográfico ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

**Lourdes Espinosa-Fernández,
Luis Joaquín García-López y
José Antonio Muela Martínez**
Universidad de Jaén

Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad

En este artículo, vamos a detenernos en conocer un poco más algunos de los trastornos de ansiedad que pueden experimentar los adolescentes. Con la descripción de los casos que se presentan, se intenta entender la sintomatología por la que se manifiestan y el cómo lo experimentan los afectados. Se recalca la realidad existente referente a las dificultades que hay en cuanto a la detección, identificación, evaluación e intervención en este tipo de trastornos, a pesar de ser uno de los más frecuentes entre la población infantil y adolescente. Se hace un repaso sobre cómo se han de evaluar estos trastornos, las intervenciones basadas en la evidencia disponibles, así como alguna de las barreras existentes que pueden estar explicando el poco acceso al tratamiento adecuado por parte de los jóvenes que sufren este tipo de trastornos.

Palabras clave: ansiedad, jóvenes, familia, evaluación, tratamientos basados en la evidencia, barreras.

-Oye, no sé bien lo que me pasa, pero me siento inquieta, nerviosa, como si fuera a pasar algo.

-Eso a veces pasa, a lo mejor lo que tienes es ansiedad.

-Mi madre toma pastillas desde hace tiempo para la ansiedad, quizás es de herencia, ivaya rollo!

-Bueno Lucía, eso no tiene por qué ser así, lo he leído en algún sitio, no obligatoriamente tienes que heredar cosas de tus padres. Intenta tranquilizarte. Mira, ahora estás pasando una época regular, con tanta presión con el tema de la selectividad y más si aún no tienes claro lo que al final vas a estudiar, aunque tus padres solo quieran que hagas medicina.

-Bueno, no sé, si es que intento tranquilizarme, pero no lo consigo. A ver si se me pasa esto ya. Pero, oye, yo no quiero parecerme a mi madre y menos tomar pastillas o ir a un psicólogo, ique yo no estoy mal de la cabeza!

Para comprender el caso de Lucía, hay que entender que la ansiedad se considera como una respuesta adaptativa, necesaria para el funcionamiento adecuado del individuo. Tiene una función clara y es la de advertir y activar al organismo ante situaciones amenazantes, inciertas, peligrosas. Así, ante la percepción de un peligro, la activación psicofisiológica nos facilita la respuesta de lucha o huida para protegernos (respuesta de ataque, huida, evitación, búsqueda de seguridad o de sumisión). Por lo que tiene una función determinada y aparece en momentos determinados y concretos.

El problema surge cuando esa ansiedad se manifiesta de una manera continuada en el tiempo, cuando surge ante situaciones que no son realmente amenazantes (desproporción entre la respuesta y el carácter amenazante de la situación/estímulo) o cuando aparece de forma muy intensa.

La ansiedad se convierte en un problema por la interferencia, malestar y sufrimiento que ocasiona en la vida de la persona que la padece. El foco de esa ansiedad puede ser variable dando lugar a diferentes trastornos.

Se utiliza el término trastorno cuando aparece de manera conjunta una serie de manifestaciones o síntomas y cuando, tal y como se ha comentado antes, ocasiona un malestar e interferencia en la vida de la persona.

Los datos disponibles que nos proporcionan los estudios epidemiológicos, indican que los trastornos de ansiedad son uno de los problemas más frecuentes entre la población en general y no solo en adultos, sino también entre los niños, adolescentes y jóvenes. De hecho, se considera que la adolescencia es una época de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. Recientes estudios de meta-análisis sitúan las tasas de prevalencia mundial de los trastornos emocionales entre un 6,5% para los trastornos de ansiedad y 2,6% para los trastornos depresivos en población infantojuvenil (entre 6 y 18 años) (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015), con una marcada comorbilidad entre ambos trastornos (Al-Asadi, Klein, y Meyer, 2015; Cummings, Caporino y Kendall, 2014). Muchos de estos adolescentes y jóvenes sufren los síntomas sin saber que lo que tienen es un trastorno de ansiedad o de depresión, intentando sobrellevarlo como pueden, haciendo lo que pueden y/o esperando que sea algo pasajero y que con el paso del tiempo desaparezcan los síntomas y se encuentren mejor.

Sin embargo, la realidad, nos indica, por una parte, el impacto negativo que suele tener la presencia de un trastorno de ansiedad en el rendimiento escolar, la vida familiar y las actividades de ocio en chavales que lo padecen (Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costelo y Angold, 2001), y por otra parte, que lejos de ser una situación pasajera, la presencia de trastornos de ansiedad en personas jóvenes se asocia con mayores tasas de ansiedad y depresión en la adultez temprana, así como con una serie de otros resultados adversos para la salud mental y el curso de la vida (Woodward y Fergusson, 2001). De hecho, para la mayoría de los adultos con trastornos de ansiedad y depresión, el inicio de las dificultades psicológicas fue en la niñez o la adolescencia, siendo los trastornos de ansiedad el diagnóstico previo más común (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne y Poulton, 2003).

Sin embargo, a pesar de estos datos y de las repercusiones negativas que tienen en la calidad de vida, bienestar y desarrollo de esos niños y jóvenes, los trastornos emocionales son los problemas de salud mental menos identificados en jóvenes, lo que los sitúa en una situación de riesgo para el inicio de problemas relacionados. A esto se une que solo alrededor del 20% de los jóvenes con trastornos de ansiedad o depresión reciben una atención adecuada desde los servicios de salud mental (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2012) y la mayoría de los tratamientos no son tratamientos basados en la evidencia (Kataoka, Zhang y Wells, 2002; Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon y Koretz, 2010). Todo ello, pone de manifiesto la necesidad e importancia del acceso temprano a una identificación y tratamiento efectivos (Creswell, Waite y Cooper, 2014).

¿Cómo son los trastornos de ansiedad, cómo se manifiestan, cuáles son sus síntomas? Conozcamos un poco más a través de estos casos simulados:

Caso de Martín

Clase de ciencias en el instituto, 9:30 de la mañana, la profesora indica que va a nombrar a los alumnos que tienen que salir a exponer el trabajo sobre la fotosíntesis. Martín, sentado en la tercera fila de la izquierda de la clase, nota como el sudor de sus manos que comenzó ya desde la tarde de ayer cuando estaba elaborando el trabajo, va a más, se hace más intenso y no le queda más remedio que restregarse sus palmas de las manos contra su pantalón. Al mismo tiempo, su corazón late a más velocidad, es como si se le fuera a salir del pecho, su respiración también se acelera, intenta disimular inclinando su cabeza hacia el pupitre y llevándose a veces las manos hacia su frente, intentado ocultar con su brazo su expresión desencajada. Nota un nudo en la garganta. En su mente, aparecen mensajes como “que no me toque, por favor, que no me toque”, “no quiero salir, no quiero salir”, “lo voy a hacer fatal”, “se van a reír de mí”, “me voy a poner rojo como un tomate”, “me voy a quedar en blanco”, “por favor, por favor, a mí no”...

Estas sensaciones que está experimentando Martín, no son nuevas, son viejas conocidas, ya forman parte de él. Todos los días en el instituto aparecen, en mayor o menor medida, al igual que cuando va por la calle y le para alguien para saludarle, o cuando está en el restaurante con sus padres almorzando y en las mesas del alrededor también hay otros comensales, o cuando su madre le dice que se encargue de comprar el pan de vuelta a casa teniendo que pasar por la panadería donde, además de estar siempre llena de gente, hay una dependienta que, casi siempre se le queda mirando desde que entra por la puerta y le muestra una sonrisa que a él le resulta imposible devolver.

10:25 de la mañana, a punto de terminar la clase de ciencias y parece que Martín se va a librar de exponer. Continuamente está mirando el reloj, ese reloj al que parece que a sus manecillas les cuesta avanzar. Por fin, escucha por parte de su profesora lo más deseado “los que no han salido a exponer, os recogeré el trabajo y cerramos ya este tema”. Se ha librado, no ha salido, aún recuerda la última vez que tuvo que exponer, fue en clase de tecnología, simplemente el recuerdo le hace estremecer, experimentó miedo, un miedo intenso, se quedó bloqueado en mitad de la exposición y aunque la nota final fue de un 7, él lo sintió como un fracaso.

*Para más información consultar:

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/emocionEstres/ansiedad/aspectosEsenciales/procesosCognitivos/home.htm>

<http://www.ansiedadystres.org/salud>:

<https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html>

Fracaso debido a su incapacidad para exponer adecuadamente y con tranquilidad, algo que cree nunca conseguirá. La tensión de su cuerpo la tuvo presente varias horas y solo ante su recuerdo sus músculos tienden a engarrotarse. Martín no es capaz de mirar a sus compañeros a la cara, intenta pasar desapercibido en clase, cuando alguien intenta hablar con él, responde con monosílabos sin establecer contacto ocular y con una voz que parece que no le sale del cuerpo. En alguna ocasión, algunos de sus compañeros, y con más frecuencia sus padres le han dicho que no sea tan tímido, que se tiene que soltar y espabilar más, que “nadie se come a nadie”. Su madre le cuenta que a ella le pasaba eso, que le costaba relacionarse con los demás y que no le quedó más remedio que cambiar y ser más abierta y que él tiene que hacer lo mismo, que se tiene que “despabilar”. “Ojalá fuera tan fácil”, piensa él, “ojalá fuera de otra manera, ojalá fuera otra persona”, piensa.

En muchas ocasiones, se ha preguntado qué es lo que le pasa y sobre todo por qué le pasa. Ha buscado y leído en internet y lo que más ha encontrado es la palabra ansiedad y fobia social. “¿Será eso lo que tengo?”, se pregunta en muchas ocasiones. También ha leído que muchas de las personas que sufren de fobia social necesitan ayuda profesional.

¿Os resulta familiar lo que le pasa a Martín? ¿Conocéis a alguien que le pase algo parecido?, ¿Es timidez o es algo más? ¿Qué es la fobia o la ansiedad social?

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su 5ª y última versión (APA, 2013), la Ansiedad social es un miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Por tanto, las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad; tienden a evitarse o a escapar de ellas y si ello no es posible, se experimentará miedo o ansiedad intensa.

El miedo o la ansiedad son desproporcionados respecto a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Además, el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes (duran típicamente seis o más meses) y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes en la vida de esa persona.

Precisamente esto último, es lo que puede servirnos para diferenciar entre lo que puede ser una timidez normal y un trastorno como es la fobia o ansiedad social. En la timidez, la persona puede sentir cierto malestar en determinadas situaciones sociales y sentirse incómodo, pero esto no suele interferir en su vida cotidiana, ni afectar en su calidad de vida. Sin embargo, en la fobia social la persona se siente incapacitada para llevar una vida normal.

Caso de María

María, 15 años, estudiante. Un día, camino del instituto, comienza a sentirse rara, como mareada, nota presión en el pecho, la visión de las cosas como extrañas; se detiene en mitad de la calle, se apoya en una pared, se asusta, piensa que le está pasando algo grave, le cuesta respirar, es como si le faltara el aire, cada vez más mareada, con más tensión y con más miedo. Miedo a que le pase algo malo, miedo intenso que nunca antes había experimentado. Pide ayuda, una persona se para y llama a una ambulancia. En el hospital la reconocen, le hacen pruebas y le dicen que no tiene nada físico, que probablemente ha sido un ataque de ansiedad. “¿Ataque de ansiedad? Si casi me muero”, se tranquiliza en parte, pero surgen las preguntas, “¿y por qué me ha pasado?, si no tengo nada físico, quizás puede darme otra vez, ¿no?”. Intenta tranquilizarse, intenta pensar que quizás solo ha sido esta vez, aunque no está muy convencida.

Días después, a media tarde, caminando por la calle para encontrarse con sus amigos con los que había quedado, se mira el reloj y comprueba que llega tarde. Acelera la marcha y, cerca del lugar del encuentro, comienza a notar sensaciones parecidas a las de aquel día que lo pasó tan mal: un poco de debilidad, la vista un poco nublada, algo de mareo... al prestar más atención a su cuerpo, nota su corazón muy acelerado y su respiración entrecortada, comienza a sentirse peor. Coge su teléfono móvil y manda un audio en el grupo de WhatsApp de los amigos con los que había quedado. “Por favor, venid a por mí, estoy en la calle de al lado, estoy muy mal, muy mal, me está dando algo”. De nuevo pasó por el hospital y de nuevo le dijeron que había sido una crisis de ansiedad. A partir de ese momento, no sale sola de casa, siempre lo hace acompañada, evita estar en lugares donde ella cree que puede ser difícil escapar, salir o que le den ayuda. Esto está haciendo que cada vez se vea más recluida en casa, incluso ha dejado de ir al instituto y este año repite curso sin más remedio.

¿Y en el caso de María, de qué trastorno de ansiedad estamos hablando?

Le han dicho que es una agorafobia. En este caso, aparece miedo o ansiedad intensa ante diferentes situaciones que pueden ser diversas (espacios abiertos, cerrados, caminar sola...). La persona teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas de crisis de ansiedad o pánico u otros incapacitantes o embarazosos. El miedo o la ansiedad que experimenta son desproporcionados al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

Caso de Esther

Esther, 17 años, estudiando 2º de bachillerato. Es hija única. Su padre viaja bastante por motivos de trabajo. Este año tiene las pruebas de acceso a la universidad. Es una persona que se preocupa mucho,

responsable y pendiente de los demás. Lleva unos meses donde se nota nerviosa, cansada, con dolores de cabeza y no puede dormir bien. Las pruebas médicas realizadas no indican la presencia de nada físico, el médico le dijo que se tomara las cosas de otra manera, que se tranquilizara porque según él, lo que le pasaba estaba relacionado con la ansiedad. Le mandó unas pastillas y le recomendó que se preocupara menos por las cosas.

Esther es una chica muy responsable, sus notas han sido siempre excelentes. Entre semana no sale con sus amigos, solo sale los sábados y cuando coincide con que no tiene exámenes a la vista. Le gusta ser ordenada y se planifica en aquellas cosas que tiene que hacer, aunque invierte bastante tiempo porque le gusta repasar lo que hace (p.ej. trabajos de clase) hasta que ella considera que están bien. Tiene una tendencia a preocuparse por muchas cosas, cuando su padre está de viaje, le llama varias veces al día para comprobar que está bien. Si su madre se queja de que le duele algo, está pendiente de ella y son varias veces (o muchas veces) las que le pregunta a lo largo del día cómo se va encontrando, si se mejora o no. Ante algunas noticias de los telediarios, también tiende a preocuparse y pensar en las consecuencias posibles que pueden tener sobre ella, su familia, contexto más cercano e incluso sobre el mundo en general.

En el caso de Esther, nos encontramos ante otro trastorno que es la Ansiedad Generalizada. La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan (Badós, 2015).

En los tres casos expuestos, hay algo en común entre ellos, que es la ansiedad excesiva, desproporcionada y difícil de controlar por parte de nuestros tres protagonistas. En los tres casos se pueden identificar los tres componentes de la ansiedad. Así a nivel cognitivo aparecen pensamientos relacionados con la amenaza de la situación, expectativas de peligro, de impredecibilidad, de incapacidad para hacer frente a esa situación, a las consecuencias negativas e incluso a las propias reacciones que uno mismo está experimentando o puede experimentar. A nivel fisiológico, aparece una activación psicofisiológica que se manifiesta con síntomas como: sudoración, palpitations, taquicardia, respiración acelerada, sensación de asfixia, tensión muscular, sequedad de boca, mareo, náuseas, etc. Y a nivel conductual, hay evitación de la situación temida, escape y si ello no es posible, bloqueos, intentos de distraerse, de protegerse, etc.

¿Por qué aparecen los trastornos de ansiedad?

El origen de los trastornos de ansiedad puede ser diverso; no hay una única causa, sino que es una mezcla de factores, de variables, de circunstancias

que en su conjunto hacen que una persona desarrolle un trastorno de ansiedad. Para Barlow (2002), la génesis de los trastornos de ansiedad requiere tener en cuenta tres tipos de vulnerabilidades: la vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad psicológica generalizada y la vulnerabilidad biológica específica.

La vulnerabilidad biológica hace referencia a una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético, entre los que se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido. Aunque esta vulnerabilidad es importante, el desarrollo de un trastorno de ansiedad requiere además de la existencia de una vulnerabilidad psicológica, distinguiéndose en este caso, la de tipo generalizado y la de tipo específico. La primera, la vulnerabilidad psicológica generalizada, siguiendo a Badós (2017) puede definirse como la percepción, basada en experiencias tempranas, de que las situaciones estresantes y/o las reacciones a las mismas son impredecibles y/o incontrolables. Entre las experiencias que contribuyen a esa percepción se encuentran el estilo educativo sobreprotector y falta de cariño por parte de los padres, los vínculos inseguros de apego entre el niño y sus cuidadores y la ocurrencia de eventos estresantes o traumáticos. En cuanto a la vulnerabilidad psicológica específica hace referencia a la ocurrencia de ciertas experiencias de aprendizaje (ya sea de manera directa o indirecta) que provoca o contribuye a que la ansiedad facilitada por la vulnerabilidad biológica y psicológica generalizada se focalice sobre determinadas situaciones, eventos o circunstancias, que pasan a ser consideradas como amenazantes y peligrosas.

Para cada caso, es fundamental y necesario realizar una completa evaluación para poder identificar esos elementos que han podido hacer a una persona más vulnerable en el desarrollo de un trastorno, y está bien, centrarse en la historia pasada de esa persona, para poder entender más el proceso seguido, pero es sobre todo esencial, detenerse en los elementos más actuales que forman parte de ese proceso y que son los que están manteniendo el trastorno en la actualidad. Así, por ejemplo, factores esenciales en los tres casos descritos en este trabajo son: las expectativas de peligro, de incontrolabilidad que se manifiestan con errores o sesgos cognitivos, en el sentido de que sobreestiman la amenaza y la peligrosidad de la misma, al mismo tiempo que, subestiman sus propios recursos; puesta en práctica de conductas de evitación, escape, así como de protección o defensivas que lejos de ayudar en su problema lo que hacen es alimentar más esas expectativas de peligro y esa percepción de nulo o poco control sobre las mismas. Sobre esos elementos, junto con otros, identificados a través de una completa y adecuada evaluación, se establecerá el plan de intervención a aplicar sobre las personas que sufren este tipo de trastornos. En el caso de menores, también tienen un papel importante, las personas que forman parte de su contexto más cercano, en este caso sus padres y otros familiares, dado que además de haber podido contribuir al desarrollo del trastorno, también pueden estar contribuyendo a su mantenimiento, por lo que, la intervención tendrá también que dirigirse en parte a ellos.

En relación a esto, y ante la pregunta de **cómo pueden contribuir los padres en el desarrollo y manteniendo de los trastornos de ansiedad en sus hijos**, se puede decir que las vías de influencia pueden ser diversas: a

través del modelado de conductas de miedo y de evitación; al fomentar o reforzar las respuestas de evitación mostradas por sus hijos; al reforzar quizás, inadvertidamente, las conductas de miedo a través de la atención y el refuerzo social; a través de una excesiva sobreprotección, al intentar controlar la conducta de sus hijos limitando así el rango de conductas que el menor puede aprender y exhibir, así como la puesta en práctica de habilidades para hacer frente al ambiente que le rodea de manera independiente y autónoma. Esto a su vez, influye en la percepción que tiene el niño/a sobre el grado de amenaza de los eventos y en su propia autoeficacia, lo que a su vez, puede inhibir el desarrollo de estrategias de afrontamiento. En muchas ocasiones, esas actitudes y conductas de los padres representan tentativas bien intencionadas en su intento de manejar la ansiedad que muestran sus hijos y en poder prestarles ayuda en el malestar o dificultades que manifiestan (Hirshfeld-Becker y Biederman, 2002; citado en Espinosa-Fernández, 2009).

También se señala, como factor de riesgo, la presencia de psicopatología y específicamente algún trastorno de ansiedad en los propios padres. Ello va a influir tanto en el comportamiento y la relación que establecen con sus hijos, como en el tipo de información que transmiten. Así, en padres con trastornos de ansiedad hay una tendencia a describir los problemas como irresolubles o peligrosos, lo que fomenta en sus hijos una visión negativa, amenazante de los mismos. Esto, junto al modelado de conductas ansiosas, pueden promover en el menor la formación de creencias de que no existe una manera efectiva de enfrentarse a los problemas y que no hay posibilidad de desarrollar estrategias que puedan reducir la ansiedad (Muris, Bodden, Merckelbach, Ollendick y King, 2003).

¿Cómo evaluar los problemas de ansiedad?

La evaluación requiere de instrumentos de medida válidos y fiables que permitan un diagnóstico preciso mediante la recogida de información procedente tanto del menor, como de las personas que viven en su entorno, incluido, los tutores o profesores. Actualmente, se disponen de instrumentos de evaluación que permiten medir un amplio número de problemas de ansiedad a través de diferentes informantes (para más información, véase artículo de Carrasco y Piqueras en este mismo monográfico).

Cuando hablamos de población infantil-juvenil, se requiere hacer una evaluación teniendo en cuenta, el periodo evolutivo del menor, y no solo para poder elegir los instrumentos adecuados a su edad, sino también de cara a poder concluir si existe un problema o no, distinguiendo entre los miedos, preocupaciones que aparecen “típicamente” en determinados periodos evolutivos y que se consideran adaptativos, de los que claramente, no se consideran adaptativos y que lo que están ocasionando es un malestar, un sufrimiento y una interferencia en la vida y adecuado desarrollo del menor.

De manera general, la información que es importante recoger en la comprensión de lo que le puede estar pasando al menor es la historia médica del mismo así como de su familia, historia familiar de psicopatología, desarrollo psicosocial del menor, manifestación actual de sintomatología, teniendo en cuenta parámetros típicos de intensidad, duración y frecuencia, estímulos antecedentes y consecuentes, interferencia psicosocial y malestar que esos síntomas o problema están ocasionando en el menor y también

en su familia, así como creencias, expectativas y motivación hacia el cambio (Cooper, Fearn, Willetts, et al., 2006).

Sin embargo, estos aspectos son usualmente posteriores a una detección temprana. Desafortunadamente, aunque el 50% de los problemas psicológicos se inician antes de los 14 años, la detección es aún un tema pendiente (véase último párrafo en este artículo). De acuerdo con los datos existentes, sólo alrededor de un 25% de los problemas emocionales son detectados, a pesar de ser muy frecuentes. Como consecuencia, los problemas tienden a cronificarse si no son tratados, con el gran padecimiento que eso genera, pudiendo dar lugar también, tal y como se ha señalado anteriormente, a la aparición de otros trastornos posteriores.

En el caso de las personas mencionadas en este trabajo, eso significa que únicamente una de las personas aquí ejemplificadas (Lucía, Martín, María y Esther) sería detectada, evaluada y tratada, a pesar de tener tratamientos eficaces basados en la evidencia.

Tratamientos basados en la evidencia

¿Cómo ayudar a Lucía, Martín, María y Esther?

Una buena intervención ha de estar basada en una buena evaluación y análisis de cada caso en particular, siguiendo lo señalado en el apartado anterior. De esta manera, se podrán identificar aquellos elementos sobre los que trabajar en la terapia.

Un buen profesional ha de dirigir su trabajo para conseguir los objetivos terapéuticos establecidos en cada caso en particular y para ello, ha de utilizar las herramientas, los instrumentos, las estrategias más acordes y efectivas. Y en este sentido, la psicología dispone de tratamientos eficaces que han sido evaluados científicamente (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian y Chorpita, 2016). Un recurso gratuito para conocer dichos tratamientos basados en la evidencia y avalados por la comunidad científica es la página <https://effectivechildtherapy.org/>. “Effective Child Therapy” es una iniciativa de la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology* (SCCAP), como parte de la División 53 de la *American Psychological Association*.

Para el tratamiento de la ansiedad, de las terapias que han sido evaluadas y en las que investigadores y profesionales de la salud mental infanto-juvenil han encontrado evidencia que muestra que se encuentran en el nivel superior de eficacia aparecen las siguientes: la terapia cognitivo-conductual, la exposición, el modelado, la terapia cognitivo-conductual con la implicación de los padres, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual con medicación.

Al respecto de la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes, normalmente se trata de tratamientos de corta duración (entre 6 y 20 sesiones) que se enfocan en dotar al niño/adolescente y/o a sus padres de habilidades específicas para manejar los niveles de ansiedad. En concreto, se centra en la forma en la que los pensamientos, emociones y conductas de los niños y adolescentes se relacionan y afectan las unas con las otras. El objetivo es que éstos aprendan habilidades que les permitan conocer y regular sus emociones y pensamientos, y que puedan afrontar gradualmente sus miedos y preocupaciones. La elección de una o varias técnicas de intervención cognitivo-conductual dependerá

fundamentalmente de la naturaleza etiológica (por ejemplo, cognitiva, psicofisiológica o motora) responsable de la aparición y mantenimiento del trastorno de ansiedad. Una de las técnicas incluidas en la terapia cognitivo-conductual es la exposición a los estímulos temidos, la cual puede hacerse en imaginación o en vivo, aunque la exposición en vivo ha mostrado ser más eficaz que la primera. Es crucial realizar una jerarquía de situaciones temidas para gradualmente ir afrontándolas. Otra de las técnicas es la reestructuración cognitiva, la cual tiene como meta la modificación de las creencias y pensamientos desadaptativos que están contribuyendo a la evitación y/o escape de situaciones aversivas. De este modo, se pretende que el niño etiquete las situaciones y/o estímulos que percibe como amenazantes de manera más positiva, así como su propia competencia para hacerles frente, de modo que decrezca la ansiedad y la evitación. En este sentido, también se le enseñan estrategias de afrontamiento diversas, entre las que se incluyen la relajación, la respiración controlada, las autoinstrucciones positivas, el entrenamiento en solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales-asertividad, especialmente destinado, este último, en casos de ansiedad social como le sucede a uno de nuestros personajes en este artículo que es Martín.

Existen estupendos recursos bibliográficos en castellano donde se pueden consultar las intervenciones destinadas a diferentes trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil y que remitimos al lector para una mayor información (por ejemplo, en la editorial pirámide se puede encontrar no solo libros técnicos y profesionales, sino también colecciones destinadas al público no experto, así, por ejemplo es de destacar las colecciones, Guías para padres y madres y la de Sos-Psicología útil). En relación a los tratamientos basados en la evidencia, se encuentra el artículo "La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos" publicada en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica por el equipo liderado por el profesor Juan Antonio Moriana (Moriana y Martínez, 2011). Por otra parte, una descripción detallada de las intervenciones disponibles y otras adicionales puede leerse en el artículo de Cano-Vindel y Moriana en este mismo monográfico.

Sin embargo, a pesar de que existen herramientas terapéuticas útiles y eficaces para abordar este tipo de dificultades y trastornos en la población infanto-juvenil, el alcance de la disponibilidad de las intervenciones no siempre llega a los padres, niños, adolescentes, el sector educativo o sanitario. Entre los motivos, se encuentra, por una parte, la falta de conocimiento de tratamientos basados en la evidencia y otro la tendencia en la búsqueda de tratamientos farmacológicos, al ser más fácilmente accesibles que los psicológicos a través del sistema de salud, a lo que se une el deseo de disponer de una medicación que palíe los síntomas y molestias físicos de manera rápida.

Por otra parte, se necesita prestar más atención a adaptar culturalmente las intervenciones basadas en la evidencia para que los niños, adolescentes y familias procedentes de otras culturas o colectivos y minorías puedan beneficiarse de ellas.

Volviendo a nuestros personajes, Martín, María y Esther (e incluso Lucía, el primer ejemplo de este capítulo) son casos que, aunque ilustran algunos de los trastornos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes, han sido inventados para este escrito. No han pasado en realidad, a pesar de que

es un reflejo de lo que un número nada despreciable de chavales pueden estar viviendo, experimentando y sufriendo. Pues bien, si hubiesen ocurrido realmente, tal y como se ha señalado en párrafos anteriores, probablemente sólo uno de ellos habría pedido ayuda. Las estadísticas dicen que sólo una minoría de los adolescentes con problemas de ansiedad acude a un psicólogo (Merikangas, Burstein, et al., 2010).

¿Por qué no buscar ayuda cuando se siente malestar psicológico? ¿Acaso se evita ir al médico si se siente un dolor, hay fiebre u otro síntoma que entorpezca nuestra vida cotidiana?

Una de las razones que favorece el no buscar ayuda es que, al tratarse de un problema interiorizado, frecuentemente no es percibido por los adultos; o en caso de que lo sea, los adultos tienden a minimizar el impacto, sufrimiento e interferencia que la ansiedad puede provocar en los adolescentes. Según Ford y cols. (2008) el acudir o no al servicio de salud mental infanto-juvenil está determinado por tres factores: el impacto del trastorno en los padres, la percepción de los padres de que el adolescente tiene un problema y el contacto previo con profesores o profesionales de atención primaria. Es decir, por elementos ajenos al propio adolescente. No importa tanto la frecuencia o la intensidad en la que se den los síntomas en la persona. En realidad, la búsqueda de ayuda, cuando hablamos de menores, depende sobre todo de la opinión de los padres, de la percepción que ellos tengan sobre si lo que le pasa a su hijo es problemático o no. Normalmente, muchos padres piensan que cuando su hijo muestra síntomas de algún trastorno de ansiedad, lo que están viendo es un defecto del carácter de su hijo, una muestra de falta de control de emociones que se arregla con más voluntad por parte del afectado (“esto se le pasará con el tiempo”, “si se esforzara más, no estaría danto la nota, ni quejándose tanto”...). Y es entonces cuando surge la frase que todo lo soluciona: “tú lo que tienes que hacer es tranquilizarte y dominarte. Mírame a mí, con las preocupaciones que tengo y no voy por ahí lloriqueando y, quejándome como tú y sobre todo preocupándome o teniendo ese miedo que tú dices de cosas que son tonterías”. Con lo que al adolescente le queda perfectamente claro que sus padres se preocupan por él, lo quieren con locura y que son absolutamente incapaces de ofrecerle ayuda o comprensión.

Por otra parte, el tercer factor señalado por Ford y cols. (2008), el tipo de contacto previo con profesionales de atención primaria o de la educación, que puede verse influido por variables tan dispares como la capacitación de esos profesionales (que con toda la buena intención de la que son capaces, empeoren el problema por su falta de pericia o de experiencia), la confianza que el adolescente sea capaz de otorgarles (teniendo en cuenta el tipo de problema que tiene en el que todo es causa de miedo, como ser juzgado, ser traicionado o incomprendido; así como la etapa tan conflictiva en la que vive, como es la adolescencia, llena de inseguridades y de incertidumbres) o, simplemente, por el desinterés o la desgana a la hora de desempeñar su trabajo. Por otra parte, al hilo de lo señalado en párrafos anteriores, los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad tienden a ser los más salientes y los que se perciben antes, lo que hace que, si se decide pedir ayuda, se acuda en primer lugar al médico. El que, además de la atención médica que el menor que presenta un trastorno de ansiedad, reciba otro tipo de intervención de tipo psicológica, va a depender en parte, de lo que el médico pueda deducir tras su exploración e indique y recomiende a la familia, el cómo reacciona ésta sobre la información dada, el cómo vaya

evolucionando el menor y la disponibilidad de recursos a los que pueda acudir o utilizar la familia y el menor.

Así pues, sería necesario **aumentar la información** sobre esta problemática en los padres y profesionales de la educación y salud primaria, pero también entre los propios adolescentes. En este sentido, la falta de **alfabetización emocional** de los adolescentes les lleva a percibir la presencia de problemas de ansiedad como algo que debe ser ocultado para evitar el estigma (“van a pensar que soy débil, que no valgo ni para controlarme a mí mismo”). Como consecuencia, muchos menores con problemas de ansiedad sufren no sólo por los síntomas y la discapacidad provocada por estos problemas, sino también por los estereotipos y prejuicios relacionados con la presencia de un problema de ansiedad, así como por la aceptación de ese estereotipo como la verdad absoluta. Los adolescentes son una de las poblaciones con un mayor riesgo de estigma y a su vez, son un grupo de edad en el que sentirse diferente cobra una importancia crucial en el desarrollo del bienestar emocional. Se puede decir que el estigma y la discriminación asociada son otros de los factores relacionados con la no búsqueda de tratamiento entre adolescentes con problemas de salud mental, lo que supone que una buena parte los adolescentes pueden verse privados de las oportunidades educativas, sociales, familiares, laborales y económicas que otras personas sin ningún problema mental tendría (para más información al respecto véase el artículo de Casañas y Lalucut en este mismo monográfico).

Por tanto, se puede decir que el estigma y la discriminación (que lo que refleja es una falta de información sobre lo que son los trastornos mentales y/o alteraciones emocionales), junto con la incomprensión de padres y de algunos profesionales de la educación o de salud primaria son la principal barrera que los adolescentes con ansiedad se encuentran para su recuperación, bienestar y, en definitiva, para alcanzar una vida plena y normalizada.

En consecuencia, se considera necesario, aumentar la información sobre lo que supone la salud mental y emocional entre los niños y jóvenes, padres, familias e incluso entre los profesionales del ámbito educativo y ámbito sanitario. A este respecto, especialmente destinado a los padres y cuidadores, con el objetivo de proporcionar información útil sobre problemas de salud mental en los niños y adolescentes, incluyendo las opciones de tratamiento basadas en la evidencia (tratamientos con apoyo científico) disponibles, se encuentra esta página de la Sociedad de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes y el Centro para Niños y Familias de la Universidad Internacional de Florida: <http://effectivechildtherapy.fiu.edu/parents>. En ella se muestra una serie de videos breves de entrevistas con expertos en problemas específicos que experimentan las familias y los niños.

Así mismo y junto a lo anterior es necesario el diseño e implementación de protocolos de detección temprana e interdisciplinares que permitan que los menores de edad puedan ser identificados tempranamente de modo que se puedan beneficiar de una intervención basada en la evidencia.

Es tarea de los adultos, padres, el sector educativo y sanitario el ayudar a la detección y la intervención sobre estos problemas. Para ello, los profesionales de la salud mental pueden ayudar con programas de sensibilización y alfabetización emocional dirigidos a la población que rodea a los menores. Sin duda, la labor de profesionales de otras disciplinas también puede contribuir a la detección de estos problemas (p. ej, las

tecnologías de la información y comunicación, la epigenética, el análisis de la microbiota y del lenguaje de los niños y adolescentes, la salud pública, los patrones de hábitos saludables, etc.).

Hay mucho hecho, mucho camino recorrido en la comprensión de los trastornos mentales, y en concreto los relacionados con la ansiedad; sobre cómo definirlos, cómo entenderlos, como identificarlos, cómo detectarlos, cómo evaluarlos, cómo intervenir sobre ellos, como prevenirlos (un ejemplo, lo tenemos en los diferentes artículos que aparecen en este monográfico). Y esto no para, es un avance continuo el que realiza la psicología como disciplina científica en el intento de aumentar nuestro conocimiento, mejorar los recursos disponibles, dar respuesta a aquellos casos y situaciones donde no se llega adecuadamente. Pero lo que tenemos en la actualidad, es ya tan importante, son tanto los datos y recursos disponibles que entre todos hay que hacer un esfuerzo para que todo ese conocimiento y recursos pueda ser utilizado, pueda llegar al mayor número de personas posibles y consigamos así, promocionar la salud mental y emocional de los niños y jóvenes, prevenir la aparición de trastornos mentales e intervenir con las mayores garantías posibles en aquellos casos en los que ya es necesario. Terminamos con la frase recogida en el Informe de la Red PROEM (<http://redproem.es>) "No hay futuro sin adolescentes emocionalmente sanos". Y a Lucia, Martín, María y Esther los queremos así, emocionalmente sanos.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por el proyecto PSI2016-79241-R financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, la Red PROEMA "Promoción de la salud mental emocional en adolescentes" otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Al-Asadi, A. M.; Klein, B., y Meyer, D.** (2015). "Multiple comorbidities of 21 psychological disorders and relationships with psychosocial variables: a study of the online assessment and diagnostic system within a web-based population", *Journal of Medical Internet Research*, 17 (2), e55. doi: [10.2196/jmir.4143](https://doi.org/10.2196/jmir.4143)
- Badós, A.** (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Madrid Síntesis
- Badós, A.** (2017). *Fobias específicas*. Universidad de Barcelona. diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20especificas.pdf
- Barlow, D. H.** (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Cooper, P. J.; Fearn, V.; Willetts, L.; Seabrook, H., y Parkinson, M.** (2006). "Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders", *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212. doi: [10.1016/j.jad.2006.03.017](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.017)
- Creswell, C.; Waite, P., y Cooper, P. J.** (2014). "Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents". *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. [dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768](https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768)
- Cummings, C. M.; Caporino, N. E., y Kendall, P. C.** (2014). "Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after". *Psychological Bulletin*, 140 (3), 816-845. doi.org/10.1037/a0034733
- Espinosa-Fernández, L.** (2009). "Ansiedad infantil e implicación de los padres. Una revisión". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17 (1), 67-87.

- Essau, C. A.; Conradt, J.; Sasagawa, S., y Ollendick, T.H.** (2012). "Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial". *Behavior Therapy*, 43 (2), 450-64. doi: [10.1016/j.beth.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003)
- Ezpeleta, L.; Keeler, G.; Erkanli, A.; Costello, E. J., y Angold, A.** (2001). "Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 (7), 901-914. doi: [10.1111/1469-7610.00786](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00786)
- Ford, T.; Hamilton, H.; Seltzer, H., et al.** (2008). "Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren". *Child & Adolescent Mental Health*, 13 (1), 32-40.
- García-Lopez, L. J., y Storch, E. A.** (2008). "Prólogo". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 357-630.
- Higa-McMillan, C. K.; Francis, S. E.; Rith-Najarian, L., y Chorpita** (2016). "Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 45, 91-113, <http://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Hirshfeld-Becker, D. R., y Biederman, J.** (2002). "Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 161-172.
- Kataoka, S. H.; Zhang, L., y Wells, K. B.** (2002). "Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status". *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1548-1555. doi: [10.1176/appi.ajp.159.9.1548](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1548)
- Kim-Cohen, J.; Caspi, A.; Moffitt, T. E.; Harrington, H.; Milne, B. J., y Poulton, R.** (2003). "Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort". *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-17. doi: [10.1001/archpsyc.60.7.709](https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709)
- Merikangas, K. R., et al.** (2010). "Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A)". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (1), 32-45.
- Merikangas, K. R.; He, J. P.; Brody, D.; Fisher, P. W.; Bourdon, K., y Koretz, D. S.** (2010). "Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES". *Pediatrics*, 125 (1), 75-81.
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A.** (2011). "La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 81-100. doi: [10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353)
- Muris, P.; Bodden, D.; Merckelbach, H.; Ollendick, T. H., y King, N. J.** (2003). "Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear". *Behavior. Reserch. Therapy*, 41, 195-208
- Polaczyk, 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 (3):345-65. doi: [10.1111/jcpp.12381](https://doi.org/10.1111/jcpp.12381)
- Woodward L. J., y Fergusson D. M.** (2001). "Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-93. doi: [10.1097/00004583-200109000-00018](https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018)

La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado?

Este artículo pretende mostrar que la depresión es un problema frecuente entre la juventud a nivel mundial y puede ser un problema grave de salud además de tener un fuerte impacto social y económico. Es un trastorno mental y es diferente de las fluctuaciones del estado de ánimo como respuesta a situaciones negativas vividas en el día a día. Debido a que la etapa de mayor riesgo de inicio de la depresión es la adolescencia, es fundamental tener la máxima información para que no se convierta en un problema enmascarado que persista en la vida adulta, además del sufrimiento y de las consecuencias negativas a nivel académico, social y familiar que ocasiona en las/los jóvenes. La detección y la intervención temprana son clave para evitar que las cifras crezcan y para mejorar el pronóstico. Tener una buena formación es básico para todos los agentes que forman parte de la red de atención pública en salud o del sistema educativo ya que a través del contacto con las/los jóvenes pueden trabajar en la promoción del buen estado físico y mental y coordinarse con los profesionales especializados. El esfuerzo científico y político-administrativo es crucial en la instauración de programas de prevención y la mejora de los tratamientos.

Palabras clave: Depresión, adolescente, juventud, detección, programas de prevención, intervención.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticó que en el ya no muy lejano 2020, la depresión se habrá convertido en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial y que afecta ya a más de 300 millones de personas y es por lo tanto un problema que contribuye de forma notable a la carga mundial general de morbilidad. Concretamente, en el reciente Informe de la Federación Mundial de la Salud Mental (*World Federation for Mental Health; WFMH*) titulado: Los jóvenes y la salud mental en un mundo de transformación (*Young people and mental health in a changing world*, 2018) se afirma que la depresión es la primera causa de morbilidad entre la juventud. Este período del ciclo vital, comprendido entre los 12 y los 18 años, se caracteriza por una continua presencia de cambios físicos, cognitivos y sociales experimentados en un período breve de tiempo y que pueden convertirse en factores estresores. Por otro lado, la evidencia empírica muestra que, aunque con frecuencia los primeros episodios de depresión se inician en la adolescencia media o tardía, pueden comenzar en etapas previas y esto es un factor de riesgo de cronicidad que puede conducir a un deterioro funcional tanto a corto como a largo plazo. A pesar de toda esta información y ocurriendo lo mismo en el caso de los adultos, se sabe que muchos de los jóvenes y las jóvenes que presentan este problema, no son detectados ni debidamente derivados a los servicios de salud correspondientes y por lo tanto no reciben el diagnóstico y el tratamiento adecuados (Rinke et al., In Press).

Los trastornos depresivos y en general los problemas de salud mental, no solamente afectan a las personas que los sufren y a su entorno, sino que también tienen un fuerte impacto social y económico y a pesar de los avances en sistemas de prevención y en los tratamientos, se estima que cuestan 50 mil millones de dólares anuales a la economía de los Estados Unidos (Baxter et al., 2014). Paralelamente, en Europa ocurre el mismo problema y los estudios concluyen que los trastornos mentales incurren en costos económicos sustanciales, generando gastos directos e indirectos a través de la asistencia sanitaria y social, además de generar también importantes pérdidas a nivel de productividad (Wykes et al., 2015). Teniendo en cuenta este contexto, es importante enfatizar la necesidad de sensibilización con este tema y en especial formar y contar con equipos multidisciplinarios de profesionales con el objetivo en primer lugar de mejorar la prevención y posteriormente la detección precoz y las opciones de tratamiento y el seguimiento. La presencia de este problema está comprometiendo la calidad de vida, bienestar y desarrollo de los jóvenes y las jóvenes y por lo tanto es necesario estudiarlo y darle visibilidad.

Epidemiología de la depresión

Los datos anteriormente citados han llevado a investigar en los últimos años si existe una epidemia de depresión en niños y adolescentes. En este sentido, si bien algunos estudios (Costello et al., 2006; Polanczyk et al., 2015; Wiens et al., 2017) no encontraron un incremento de depresión en los adolescentes nacidos en los últimos años, otros (Lu, 2019; Mojtabai et al., 2016) han observado un aumento significativo en la prevalencia a 12 meses del episodio depresivo mayor, que va del 8,3% al 12,9% en adolescentes (12-17 años) estadounidenses. En España, un estudio llevado a cabo con pre-adolescentes en el que se comparaban datos actuales con los obtenidos hace más de dos décadas, encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor en el último mes de 1,6% (Canals et al., 2018), similar a la encontrada veinte años atrás, de 1,5% (Canals et al., 1995). No obstante, considerando no solo la depresión mayor, sino también el trastorno depresivo persistente (TDP), se alcanza el 3,4% de afectados en el inicio de la adolescencia. Teniendo en cuenta que la distimia (incluida en TDP) precoz puede ser un factor de riesgo para el TDM, este mayor porcentaje nos presupone que podamos encontrarnos con cifras mucho más altas de depresión en la juventud.

En relación al género y a la edad, la depresión es más frecuente en mujeres (Lu, 2019; Breslau et al., 2017; Kessler et al., 2012; Mojtabai et al., 2016) y en la etapa más tardía de la adolescencia (Lu, 2019; Magklara et al., 2015; Mojtabai et al., 2016). Diversos estudios han encontrado que la edad media de inicio para la depresión estaría entre los 13 y 14 años y por debajo de los 12-13 años, la prevalencia es más baja y no se muestran diferencias según género (Breslau et al., 2017; Canals et al., 1995, Canals et al., 2018; Costello et al., 2006, Merikangas et al., 2010, Ormel et al., 2015, Sequeira et al., 2017).

Es importante señalar que los estudios epidemiológicos nos permiten constatar que un porcentaje alto de los adolescentes con depresión no acuden a ningún servicio profesional. Los datos hallados en España, donde se ha hallado que el 55 y el 65% no han buscado ninguna ayuda (Canals et al., 2018), coinciden con los encontrados en otros países (Lu, 2019; Zuckerbrot et al., 2018). Esto conlleva que estos adolescentes tengan un mayor riesgo de persistencia y duración de los episodios, mayor

probabilidad de problemas psicológicos asociados y también físicos y un peor desarrollo psicosocial y académico-laboral.

¿Qué es la depresión? Manifestaciones y tipos de trastornos depresivos.

Tal y como señalan diferentes expertos o se indica en diversas guías especializadas en la cuestión, en primer lugar, es necesario que los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria tengan la formación y el conocimiento necesarios para realizar una detección adecuada y a tiempo. Es también importante que el abordaje de los trastornos depresivos se realice desde un punto de vista multidisciplinar. Así, profesionales del ámbito de la medicina, enfermería, psicología y psiquiatría y maestros y profesores, deben realizar si es necesario una evaluación inicial o un cribado, además de saber identificar los múltiples factores de riesgo que pueden intervenir en la aparición de este trastorno o en a la exacerbación de sus síntomas y que hacen más vulnerables a algunos grupos de población. También es necesario que estos profesionales pongan en práctica habilidades de comunicación como la escucha activa y que se encarguen de establecer un clima de confianza con los jóvenes y las jóvenes que facilite la detección de los problemas del estado de ánimo o del riesgo de presentarlos, poder asesorarlos, ofrecer apoyo o dar la oportunidad de hablar sobre la cuestión y así poder realizar las recomendaciones o derivaciones necesarias.

Desafortunadamente, ocurre con mucha frecuencia que los y las jóvenes no saben interpretar muy bien lo que les está pasando y paralelamente las personas de su entorno atribuyen erróneamente los síntomas a una cuestión propia de la edad o solo observan las conductas disruptivas, sin saberlo relacionar con el trastorno emocional. Estos hechos causan una importante interferencia, alteran la interrelación con los adultos e iguales y retrasan la búsqueda de ayuda para iniciar el abordaje del problema.

Clínicamente y siguiendo los criterios de clasificación vigentes de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA, 2013), los trastornos depresivos incluyen las siguientes categorías de diagnóstico: Trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno depresivo persistente (distimia) (TDP), trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) y trastorno disfórico premenstrual. El único de estos trastornos que debe iniciarse específicamente en la edad escolar es el TDDEA. El TDM y el TDP tienen criterios válidos para cualquier edad con notas específicas para los niños y adolescentes.

La reciente clasificación revisada de la OMS (ICD-11; OMS, versión online diciembre 2018) no se adapta exactamente a las mismas categorías que el DSM-5, sino que más bien sigue la línea de las clasificaciones anteriores. Los trastornos depresivos se encuentran como un apartado dentro de los trastornos de humor (donde también está el trastorno bipolar) e incluyen la categoría de trastorno depresivo de episodio único, el trastorno depresivo recurrente, el trastorno distímico, el trastorno mixto de ansiedad y depresión y el trastorno disfórico premenstrual. En ambas clasificaciones también se incluyen los trastornos depresivos relacionados con el uso de medicación, de sustancias o con la enfermedad médica.

Para el diagnóstico de TDM, la persona debe presentar durante al menos dos semanas, un mínimo de cinco síntomas (de los nueve existentes),

siendo al menos uno de éstos el estado de ánimo depresivo o bien la pérdida de interés por aquellas actividades que anteriormente resultaban gratificantes y placenteras. En los niños y adolescentes el estado de ánimo triste puede ser frecuentemente expresado como irritable y por tanto se consideran equivalentes. Esta irritabilidad conlleva que los adolescentes tengan manifestaciones conductuales (oposicionismo, protestas, agresividad, conductas de riesgo...) que pueden ocasionar problemas dentro del entorno familiar, social y escolar y que junto a otros síntomas nos deberían hacer pensar en una depresión. Las otras 7 manifestaciones incluidas en los criterios de TDM son: Cambios significativos en el peso o en el apetito, alteraciones en el patrón de sueño, agitación o lentitud psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de sentirse inútil o culpable inapropiadamente, disminución de la capacidad para estar concentrado, pensar o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación de suicidio que puede haber llegado al intento o tener un plan premeditado para matarse.

Estas manifestaciones deben afectar a la persona de manera diaria o casi diaria y le ocasionan un gran malestar a la vez que le interfieren en su funcionamiento académico, laboral o social. Evolutivamente, los síntomas de depresión se expresan diferente según la edad. Como refiere Del Barrio (2014), los niños "sienten" la depresión (muchos síntomas somáticos, llantos, protestas...) y a partir de la adolescencia no solo la "sienten" sino que la "piensan". Esto es debido al nivel cognitivo y emocional de cada etapa, relacionado con el neurodesarrollo. De esta manera, los síntomas que nos han de hacer pensar que un/una joven (con más frecuencia mujer) presenta una depresión son: le cuesta levantarse por las mañanas, está apático y cansado, le duele la cabeza (o espalda, piernas) frecuentemente, no tiene ganas de ir al instituto o trabajo, le es difícil realizar sus tareas académicas o laborales, está pesimista y desesperanzado, no le apetece salir con sus amigos o hacer cosas que antes le gustaban, se encuentra solo, está de malhumor o desanimado, le cuesta dormir por la noche, no se gusta a sí mismo, come menos o come de manera más compulsiva porque le calma el malestar interno y va pensando que sería mejor no haber nacido o que le gustaría estar muerto. Muchas veces se asocian a la depresión síntomas o trastornos de ansiedad. La sensación de soledad se acompaña asimismo de retraimiento social ya que, a parte de su propia inhibición, sus iguales van evitando la compañía con el compañero depresivo.

Debemos de tener en cuenta, que en algunos casos un trastorno depresivo puede formar parte de un trastorno grave y crónico denominado trastorno bipolar. Para ello es necesario que con anterioridad o posterioridad a la depresión se haya padecido un episodio de manía o hipomanía.

El TDP (según DSM-5) incluye la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo (o irritable en niños y adolescentes) la mayor parte del día la mayoría de los días con una duración mínima de un año en adolescentes (dos en adultos) y al menos dos de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, falta de energía, baja autoestima, dificultades para pensar o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. El TDP puede incluir el TDM si este ha estado presente como mínimo un año (dos en adultos). También, como criterio de diagnóstico clínico, los síntomas mencionados tienen que causar un malestar significativo o un deterioro en el funcionamiento adaptativo del joven. Por tanto, vemos que el TDP o trastorno distímico es un cuadro que puede ser mucho más

duradero pero que aparece como menos severo que el TDM. Esto conlleva que pase muchas veces desapercibido como “cosas de la edad adolescente”, no se diagnostique y no se trate, pero que por su larga duración haya interferido la vida académica, social y familiar y aumente el riesgo de depresión más severa a posteriori. Aunque el TDP o distimia no incluya la ideación suicida, ésta también pueda existir e incrementa la severidad del trastorno. La larga duración de este trastorno hace que tenga más consecuencias negativas sobre el rendimiento académico que un episodio de DM, así como un mayor riesgo de inicio en el consumo de tóxicos.

El DSM-5 ha introducido tres niveles de severidad en los trastornos depresivos (leve, moderada y severa) según el número de síntomas, su severidad e interferencia. También tiene en cuenta algunas etiquetas especificadoras para denominar los cuadros depresivos que cursan con ansiedad, con sintomatología maníaca o hipomaníaca (depresión con características mixtas) o con síntomas psicóticos, entre otras.

Un trastorno introducido en el DSM-5 y que empieza en niños, puede persistir en la adolescencia y relaciona la depresión con las alteraciones conductuales es el TDDEA. En este cuadro se presentan severos arrebatos verbales y/o comportamentales (agresiones a personas o propiedades) en una frecuencia mínima de 3/semana y durante 12 meses, en varios contextos y desproporcionados a la situación en intensidad o duración y nivel de desarrollo. El estado de ánimo entre medio de los arrebatos es irritable o de enfado la mayor parte del día. Algunos autores (Copeland et al., 2014) refieren una importante continuidad de este trastorno con alteraciones emocionales a los 24-26 años (25% a cuadros de depresión y del 45% a trastornos de ansiedad).

El espectro clínico de la depresión. La importancia de la detección precoz

Los síntomas de la depresión varían a lo largo de un espectro de severidad que a veces llega a alcanzar los criterios mínimos para recibir el diagnóstico de TDM o TDP y otras son cuadros subclínicos o la presencia de síntomas, pero que son algo más que una respuesta emocional puntual ante problemas que se presentan en la vida cotidiana. Además, este espectro presenta una considerable estabilidad y persistencia a lo largo de los años (De la Vega et al., 2018). En adolescentes, la presencia de síntomas depresivos es frecuente (entre el 11% y el 30% según países y periodo de la adolescencia) (Canals et al., 2018; Paschall y Bersamin, 2018; Wang et al., 2016) y se ha mostrado que puede formar parte de un continuum de alteración emocional y ser predictora de trastornos depresivos en la juventud (Canals et al., 2002; Carballo et al., 2011; Hill et al., 2014; Wesselhoeft et al., 2013). Por otra parte, casi el 50% de adolescentes de 15 años con cuadros subclínicos de depresión progresan a TDM a los 20 años y más del 70% de TDM persisten con el mismo diagnóstico o presentan depresión subclínica (Agerup et al., 2014). Un estudio de seguimiento de adolescentes españoles evaluados desde los 11 años hasta los 18 años halló que el 80% de los diagnosticados a los 18 años habían sufrido síntomas de depresión previamente (Canals et al., 2002). En este sentido, es importante identificar esta sintomatología e intervenir precozmente para prevenir el desarrollo de los trastornos clínicamente establecidos en la juventud y sus consecuencias negativas en la vida de las y los jóvenes. Recientemente, Rinke et al. (In Press) han mostrado que

la incorporación de exámenes rutinarios de identificación de problemas emocionales en adolescentes en los servicios de atención primaria y la integración de profesionales de salud mental en la red primaria asistencial, aumenta la detección y la posibilidad de intervención en la depresión de estos jóvenes.

Factores de riesgo para la depresión

Según la guía clínica sobre la depresión infanto-juvenil del *National Institute for Health and Care Excellence*, popularmente conocida como guía NICE (2013) y el contenido de la cual está avalado por la evidencia científica, el trastorno depresivo es realmente muy heterogéneo y diagnosticarlo en este grupo de edad es una cuestión compleja. Así, teniendo en cuenta que se corre el riesgo de que el problema quede enmascarado, en el apartado de detección y a modo de estrategia de prevención, se hace referencia a la necesidad de evaluar la presencia de determinados factores de riesgo psicosociales que son altamente prevalentes entre los niños y los adolescentes. Entre estos factores encontramos la edad adolescente, el género femenino, los posibles problemas a nivel familiar, o incluso vivir en un entorno institucionalizado, el acoso escolar (*bullying*) o cualquier forma de abuso ya sea físico o psicológico, la presencia de comorbilidades (trastorno negativista desafiante en niños, ansiedad), el consumo de sustancias tóxicas, el historial de presencia de trastornos psicológicos (y más específicamente la depresión) en algún miembro de la familia, los eventos estresantes que hayan podido ocurrir, o factores étnicos y culturales, así como la presencia de problemas de salud, entre muchos otros (Izaguirre y Calvete, 2018; Joinson et al., 2017; Loth et al., 2014; Lu, 2019; Sousa et al., 2018). Estos factores de riesgo son comunes para todo el espectro de los trastornos depresivos y por tanto la prevención puede ser común.

Los factores de estrés a nivel social o familiar conducen al riesgo de depresión cuando recaen en adolescentes con características individuales que les confieren mayor vulnerabilidad. Así, la genética tiene un papel importante en la depresión. Existe un mayor riesgo en hijos de padres deprimidos (Loechne et al., 2018) y cada vez más se hallan diversos polimorfismos genéticos que a través de la interacción con acontecimientos estresantes se relacionan con el desarrollo de la depresión. El gen más estudiado es el del transportador de la serotonina (5-HTTLPR) (Bleys et al., 2018; Starr et al., 2013; Van Roekel et al., 2018), pero también se ha encontrado como las alteraciones del BDNF Val66Met (Zhao et al., 2018), del gen rs948854 de la galanina (Da Conceição et al., 2018) o de los genes de triptófano hidroxilasa (Wigner et al., 2018) pueden modular el riesgo de depresión. A parte del riesgo genético, la influencia familiar puede también transmitirse a través de los hábitos de crianza o estilos educativos basados en un bajo afecto y un alto o bajo control sobre el hijo (padres autoritarios o negligentes).

Otras características individuales que confieren mayor vulnerabilidad al adolescente son rasgos del temperamento como la afectividad negativa, la inhibición y la huida altas; dimensiones de personalidad ligadas a la inestabilidad emocional, neuroticismo y baja autoestima y autoeficacia (Del Barrio, 2014) y los denominados clásicamente estilos cognitivos negativos en base a las teorías cognitivas de la depresión de Beck y Seligman (Beck et al., 2012).

Comorbilidad psicopatológica

La severidad de la depresión aumenta cuando además encontramos otros trastornos asociados. Este concepto se denomina comorbilidad e implica una mayor heterogeneidad clínica, peor pronóstico y conlleva importantes repercusiones en el tratamiento y en el estudio de la etiopatogenia (Geronazzo-Alman et al., 2018). La comorbilidad es común en la depresión y los trastornos de ansiedad son los más frecuentemente encontrados (Zavaglia y Bergeron, 2017; Canals et al., 2018). Sin embargo, otros trastornos se encuentran asociados a la depresión siendo a veces causa o consecuencia de la misma; entre ellos el consumo de alcohol y otros tóxicos (Merianos et al., 2018; Paschall y Bersamin, 2018), el trastorno obsesivo compulsivo (Peris et al., 2017), los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia nerviosas, trastorno por atracón y obesidad) (Herzog y Eddy, 2018), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Kita y Inoue, 2017) o incluso los trastornos de conducta (McDonough-Caplan et al., 2018). En este conjunto de problemas psicopatológicos es importante evaluar la posible depresión comórbida y tenerla en cuenta en el tratamiento.

La complejidad del diagnóstico también lleva a remarcar que es necesario el trabajo de forma coordinada y desde una perspectiva multidisciplinar por parte de los profesionales de los centros de atención primaria, de los profesionales del ámbito educativo, y de las Unidades Específicas de Salud Mental Infanto-Juvenil. Una buena coordinación permitirá la rápida detección del problema y poder aplicar un tratamiento adaptado en la medida de lo posible a las necesidades de cada persona de forma temprana, evitando así un peor pronóstico.

La evaluación de la depresión

En relación a los instrumentos existentes para la detección de la depresión, las evidencias indican que muchos de ellos pueden identificar con buena precisión la presencia del trastorno depresivo mayor. A pesar de esto, el número de estudios científicos sobre la precisión de determinados instrumentos para detectar la depresión en los y las jóvenes, se considera limitado (Siu et al., 2016).

Existen una gran cantidad y variedad de instrumentos para la evaluación de la depresión en este grupo etario. Algunos de ellos son más generales y otros más específicos, unos son más largos y otros los encontramos en versión más reducida o bien preparados para ser administrados en un ámbito u otro (principalmente nos referimos al ámbito educativo y al clínico). Tenemos, por un lado, cuestionarios autoinformados (específicos o generales de psicopatología), cuestionarios que pueden contestar los padres o docentes y, por otro lado, las entrevistas clínicas que cuentan con diferentes niveles de estructuración.

Algunos de los cuestionarios autoinformados más conocidos y más ampliamente utilizados para detectar la depresión y la severidad de la misma son: el Inventario de Depresión Infantil (*Children's Depression Inventory*, CDI, Kovacs, 1992; Figueras et al., 2010), una escala de 27 ítems para ser administrada entre los 8 y 15 años; y el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-2, BDI-II, Beck et al., 1996), el cual puede usarse en adolescentes y adultos y consta de 21 ítems. Por otra parte, tres escalas breves y prácticas de usar entre adolescentes y jóvenes en los centros de

atención primaria de salud o escolares son: la *Short Mood and Feelings Questionnaire* (13 ítems) (SMFQ, Angold et al., 1995) procedente de la MFQ de 33 ítems, la versión Adolescente de la *Patient Health Questionnaire* (9 ítems) (PHQ-A, Johnson et al., 2002) y la versión de 10 ítems de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos-Revisada (CESD-R, Eaton et al., 2004), CESDR-10 (Haroz et al., 2014). Otras escalas autoinformadas y adaptadas al español son la CES-D de 20 ítems (Radloff, 1991); la Escala de Depresión para Niños (CDS, Lang y Tisher, 2014), de 66 ítems (para 8-16 años) y el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD, Lozano et al., 2006) de 50 ítems. Los adolescentes pueden también responder cuestionarios de cribado de problemas psicológicos generales, en los cuales se evalúan síntomas depresivos. En este sentido, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ, Goodman, 1997) es un instrumento de medida breve, sencillo de administrar y útil para ser administrado en el contexto clínico y educativo (Ortuño-Sierra et al., 2016). También a nivel internacional es muy usada la escala para adolescentes y jóvenes del sistema ASEBA, el Youth' Self Report (Achenbach y Rescorla, 2001). Estas escalas tienen versiones para ser contestadas por padres (SDQ, CBCL/6-18) y por maestros (SDQ, TRF/6-18) y así obtener información de los diversos entornos. Otros instrumentos de evaluación de psicopatología general para los padres y maestros, como el SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes; Fernández-Pinto et al., 2015) puede ser también una escala útil. Sin embargo, por las características mayormente citadas a nivel cognitivo y emocional, la depresión en el adolescente y en joven es mucho más fiable detectarla a partir de la propia información que a través de observadores externos.

Así, a nivel primario, los profesionales que tienen acceso a los jóvenes disponen de buenas herramientas para la identificación efectiva del riesgo de depresión. Tras una primera evaluación ya se dispone de la información suficiente para identificar y determinar si el joven o la joven requiere de mayor atención y seguimiento. Estos cuestionarios, aparte de ser buenos instrumentos de cribado de la depresión, algunos de ellos también permiten obtener información concreta sobre las áreas afectadas y cuantificar la intensidad con la que se manifiestan los síntomas, pero no son suficientes para establecer un diagnóstico. Por tanto, en los jóvenes a riesgo es necesario realizar una evaluación clínica completa utilizando una entrevista clínica y recogiendo información procedente de diversas fuentes de su entorno. Por lo que respecta a la entrevista clínica, ésta puede ser una entrevista abierta en la que el profesional especializado se adapta a los criterios de las categorías diagnósticas vigentes o pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas, las cuales permiten seguir de una manera más rigurosa los criterios establecidos por los sistemas de clasificación. Entre las más utilizadas para evaluar la depresión en niños y adolescentes encontramos las siguientes: la *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997), la *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Kid; Sheehan et al., 1998), la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Costello et al., 1985), la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised* (DICA-R; Ezpeleta et al., 1997; Reich et al., 1991), la *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA; Angold y Costello, 2000), la *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA; Goodman et al., 2000), la *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV; Silverman Albano, 1996) o específicamente la *Children's Depression Rating Scale, Revised* (CDRS-R; Poznanski et al., 1984, Mayes et al., 2010).

Estrategias de intervención en la depresión

En las últimas décadas, una de las cuestiones entorno a la depresión que más avances ha experimentado es el desarrollo de intervenciones para su prevención y tratamiento y uno de los avances más notables se ha producido en relación a las intervenciones psicológicas. Sin embargo, aún queda mucho por avanzar en el abordaje de la depresión y se afirma que esta problemática es debida a ciertas ambigüedades o confusiones que se encuentran alrededor del concepto de depresión, además del estigma que éste lleva asociado. Diferentes estudios también remarcan el rol de las comorbilidades, la falta de inversión en sanidad para atender los problemas de salud mental en general y también la ausencia de biomarcadores concretos y validados como factores que afectan al avance e implantación de tratamientos e intervenciones efectivas (Lasalvia et al., 2018; Patel et al., 2017).

A nivel de intervención, de entrada, se debe establecer una clara diferencia entre lo que son intervenciones con carácter preventivo y lo que son propiamente los tratamientos para combatir la depresión. A continuación, en primer lugar, se proporcionará información sobre la intervención de tipo preventivo y más adelante nos centraremos en ofrecer información sobre intervenciones para aplicar en caso de depresión.

Prevención en la depresión. Factor clave para la salud mental durante la juventud

En cuanto a las intervenciones preventivas, es importante explicar que éstas se clasifican según varios tipos, considerando la población a la que van dirigidas (Mrakez and Haggerty, 1994). Existe la prevención universal que tiene en cuenta a todos los miembros de una determinada población como por ejemplo todas las personas que se encuentran en estadio concreto del desarrollo.

También está la prevención dirigida, centrada en grupos particulares y dentro de ésta encontramos la prevención selectiva, dirigida a las personas con un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la prevención indicada, dirigida a personas que tienen manifestaciones subclínicas del trastorno para evitar que los síntomas evolucionen a un TDM. En este sentido, varios estudios realizados durante esta última década, concluyen que existe suficiente evidencia para afirmar que los programas de prevención de la depresión son eficaces y son una medida eficiente de ahorro en sanidad (Meny's et al., 2011; Mihalopoulos et al., 2011; Zuckerbrot et al., 2018). Así, considerando la importancia de la prevención y teniendo en cuenta que la depresión puede presentar un curso recurrente, esto nos debe hacer pensar que también es importante trabajar para prevenir esta recurrencia o recaída, es decir, tratar de llevar a cabo una intervención o seguimiento de ciertos determinantes, que favorezca la no reaparición de nuevos episodios depresivos en el futuro. Es necesario que se lleven a cabo estudios epidemiológicos, investigar la frecuencia con la que este problema se manifiesta en este grupo etario, explorar los factores que propician la aparición de sus síntomas y crear modelos predictivos lo más explicativos posible. Así, tal y como sugieren Jaureguizar et al. (2015), todo este conocimiento es y seguirá siendo de gran utilidad cuando se trabaja en la elaboración de los programas de prevención.

Considerándose las intervenciones preventivas una estrategia altamente eficaz y necesaria, a continuación se explicaran los principales objetivos

y un poco el procedimiento de algunos programas que han sido ampliamente desarrollados, aplicados y estudiados y que han sido aplicados principalmente en atención primaria o en centros educativos:

- *Penn Resiliency Program (PRP)* de Gillham et al. (1990) tiene el objetivo principal de que los jóvenes y las jóvenes puedan desarrollar habilidades relacionadas con el control emocional y conciencia emocional, habilidades para la resolución de problemas, asertividad, mejorar las habilidades sociales y tratar de que sean más optimistas. En cuanto al procedimiento, consta de unas 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una.
- *Coping with Stress Course (CWSC)* de Clarke et al. (1995) para que los jóvenes y las jóvenes aprendan entre otras cosas a: refutar pensamientos desadaptativos, afrontar la presencia de estados de ánimo negativos, llegar a acuerdos con padres y compañeros o también a desarrollar habilidades sociales. Este curso está formado por 15 sesiones de 45 minutos de duración.
- *Adolescent Coping with Depression (CWD-A)* de Clarke et al. (1990) es una intervención de carácter cognitivo conductual para abordar problemáticas frecuentes con las que se encuentran los adolescentes, como por ejemplo la ansiedad, los pensamientos negativos e irracionales, la falta de habilidades sociales, etc. El programa consta de 16 sesiones de dos horas cada una. Cada sesión se lleva a cabo con grupos de hasta un máximo de 10 participantes.
- *Problem Solving for Life (PSFL)* de Spence et al. (2003) es un programa diseñado para prevenir la depresión en los adolescentes mediante sesiones que transcurren en las aulas y por lo tanto lo implementa el profesor. Utiliza dos enfoques, por un lado la reestructuración cognitiva para refutar pensamientos no adaptativos y por el otro el entrenamiento en habilidades para afrontar los problemas de manera adecuada. Se lleva a cabo a partir de 8 sesiones que duran entre 45 y 50 minutos cada una. *Interpersonal Psychotherapy*.
- *Adolescent Skills Training (IPT-AST)* de Young y Mufson (2003) para la prevención de la depresión y para permitir la adaptación grupal de los adolescentes con este problema. Tiene un componente psicoeducativo que implica trabajar para entender qué es la prevención, se educa sobre qué es la depresión y se habla de sentimientos y de interacciones personales. Los objetivos generales son la mejora del funcionamiento interpersonal, de los síntomas depresivos y la prevención. Este programa se recomienda que se realice semanalmente, primero con sesiones individuales de 45 minutos de duración y a continuación mediante sesiones grupales de 90 minutos. La duración sería de 10 semanas, 2 semanas de sesiones individuales y luego 8 de sesiones grupales.
- *Resourceful Adolescent Program-Adolescents (RAP-A)* de Shochet et al. (2001) programa universal basado en la metáfora de “los tres cerditos”, el popular cuento infantil y que tiene el objetivo de desarrollar la resiliencia entre los adolescentes. El programa cuenta con un componente cognitivo-conductual, proporciona técnicas para aprender a mantener la calma, también la autoestima, la reestructuración cognitiva y la resolución de conflictos. También cuenta con un componente interpersonal para aprender a promover, el equilibrio y lidiar con conflictos para llegar al entendimiento colocándose en la perspectiva de los demás. El programa

transcurre mediante 11 sesiones con una duración de 50 minutos aproximadamente cada sesión.

Después de revisar exhaustivamente la literatura científica, se puede afirmar que en nuestro país existe una falta de programas de prevención y también de estudios sobre la eficacia de los programas existentes. Llegados a este punto, mencionar el Programa Sonrisa: Psicología Basada en la Evidencia (Sánchez-Hernández y Méndez, 2009) llevado a cabo en nuestro país. Para la creación de este programa los autores tuvieron en cuenta los principales factores de riesgo y protectores de la depresión, la eficacia de los programas de intervención precedentes y todo bajo el marco de la teoría cognitivo-conductual y de la Psicología Positiva. El objetivo principal del programa fue el de promover el bienestar personal además de prevenir la depresión en el período de la adolescencia (Sánchez-Hernández, 2012; Sánchez-Hernández y Méndez, 2009; Sánchez-Hernández et al., 2014). Se pretende que los adolescentes consoliden las emociones y rasgos positivos de su vida y personalidad y también que fomenten aspectos como la curiosidad, la motivación y el optimismo, variable que correlaciona negativamente con la depresión. El programa se conforma de once sesiones semanales de dos horas cada una y todas sus actividades se agrupan en los siguientes seis módulos:

- Módulo I: Motivación y educación emocional.
- Módulo II: Activación conductual y regulación emocional.
- Módulo III: Resolución de problemas.
- Módulo IV: Optimismo.
- Módulo V: Habilidades sociales.
- Módulo VI: Metas y plan de vida.

Tras realizar un estudio en el que se evaluaron un total de 1212 adolescentes de 1º y 2º de la ESO de siete centros educativos de Murcia, los resultados sugieren que se produjo una disminución significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad en aquellos casos en los que se aplicó el programa, estos participantes mostraron un mayor nivel de bienestar psicológico y entre otras cosas también aumentó su motivación por realizar tareas escolares.

En esta dirección, en España también existen un gran número de programas para trabajar y aprender aspectos relacionados con la regulación de las emociones y habilidades sociales con los y las jóvenes y la mayoría de ellos se aplican en los propios centros educativos. También son interesantes los programas que ofrecen técnicas específicas para afrontar el estrés, teniendo en cuenta que el estrés es uno de los principales factores de riesgo de depresión. Así pues, los programas que abordan este tipo de cuestiones permiten a los adolescentes adquirir un buen conocimiento sobre sus emociones y poder gestionar de forma más efectiva y eficaz determinadas situaciones que de otra manera podrían desencadenar la aparición de síntomas depresivos y afectar a su funcionalidad e incluso poner en riesgo su salud mental futura. En general, destacar que se está produciendo un interés creciente por las intervenciones de carácter psicoeducativo, las cuales ofrecen información amplia y precisa sobre temas de salud en general y sobre autogestión (Jones et al., 2018).

Para finalizar el apartado relacionado con la prevención, señalar que tal y como sugieren estudios recientes, la presencia de profesionales especializados en salud mental en los centros de atención primaria, conlleva una mejora del seguimiento en los casos de adolescentes con depresión además de estar relacionado con un mejor pronóstico (Rinke et al., In Press).

Tratamientos basados en la evidencia

En cuanto a la intervención para tratar la depresión, tras la detección del problema, un rápido acceso a los diversos tratamientos garantiza una reducción de las probabilidades de que aparezca un problema asociado o bien que la depresión se pueda convertir en un problema crónico y por lo tanto continuar en la edad adulta. Así, en primer lugar, es importante señalar que una de las principales problemáticas es el acceso a los múltiples tratamientos disponibles y es que se calcula que más de la mitad de las personas afectadas no está recibiendo tratamiento. Otro aspecto importante a tener en cuenta y que se puso de manifiesto en el último Día Europeo de la Depresión promovido por la *European Depression Association*, la sociedad debe tomar conciencia sobre este problema, es trascendental que se le de visibilidad, ofreciendo toda la información posible para que se reduzca el estigma y favoreciendo, entre otras cosas, que las personas que lo padecen busquen la ayuda que necesiten cuanto antes y es que realizar un diagnóstico correctamente y de forma temprana, es una cuestión esencial para poder recibir cuanto antes el tratamiento más efectivo.

Teniendo en cuenta la información que aparece en la versión más actualizada de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018) e información que aparece en la Guía NICE (2013), se listan a continuación una serie de recomendaciones generales a tener en cuenta en relación con la intervención:

- El tratamiento de la depresión en este período evolutivo tendría que ser integral (intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales).
- Se deben promover el seguimiento frecuente, la psicoeducación, apoyo y cuidado individual y de los familiares, manejo de circunstancias ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, atender las comorbilidades y la coordinación entre profesionales del ámbito sanitario, social y educativo.
- Se debe prestar atención a los factores familiares y del contexto que pueden afectar a la evolución del trastorno. Si es el caso, éstos deben ser tratados o aplicar medidas para disminuir su impacto.
- Cuando sea necesario cambiar de los servicios de salud mental de niños y adolescentes, a los de adultos, se debe asegurar la continuidad asistencial y la buena coordinación entre profesionales.

Considerando estas mismas fuentes, sobre el tratamiento inicial en la depresión mayor leve:

- Si no hay factores de riesgo, conducta autolítica y/o comorbilidades psiquiátricas, el médico de familia o pediatra debería dejar un tiempo para el seguimiento de la evolución. El profesional de atención primaria proporciona apoyo activo y diversas pautas de hábitos saludables y para el manejo de situaciones familiares, sociales y escolares.

- Si se agravan los síntomas depresivos, derivar el paciente al centro de salud mental especializada.
- Derivar directamente al centro de salud mental especializada a los pacientes que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades psíquicas.
- El tratamiento de elección para la depresión mayor leve será de tipo psicológico y durará de 8 a 12 semanas (sesiones semanales individuales o grupales).
- En el caso de los adolescentes con depresión leve, inicialmente se recomienda la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal.
- No se recomienda el uso de fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de la depresión leve.

Aspectos relacionados con la intervención en la depresión mayor moderada y grave:

- Se debe derivar inicialmente a un servicio o unidad de salud mental especializada en este grupo de edad.
- En adolescentes se podrían establecer tres opciones de tratamiento según el criterio clínico, considerar las preferencias de los pacientes y familiares o la adecuación de los pacientes al propio tratamiento y disponibilidad del mismo.
 - o Tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal.
 - o Tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), con el debido seguimiento médico.
 - o Tratamiento combinado (tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico).
- Destacar que junto con el tratamiento farmacológico se debe proporcionar información sobre: motivo de la prescripción, beneficios esperables, posible retraso del efecto terapéutico, posibles efectos secundarios y duración.
- Vigilar aparición de efectos adversos, especialmente en las cuatro primeras semanas.
- Los fármacos antidepresivos recomendados inicialmente en caso de depresión moderada son los ISRS, concretamente la fluoxetina. Considerando el criterio clínico y el perfil del paciente también se pueden elegir la sertralina, escitalopram y citalopram.
- Para niños y adolescentes se recomienda de entrada un tratamiento combinado. En aquellos casos en que solo se prescriba tratamiento farmacológico, debe ir asociado a un buen seguimiento clínico.
- Considerar derivar a hospital de día o ingreso en unidad de hospitalización cuando:
 - o Es una depresión grave que no responde al tratamiento.
 - o Haya factores de riesgo o comorbilidades graves.
 - o No se pueda hacer un buen seguimiento ambulatorio.

- Considerar especialmente ingreso en unidad de hospitalización:
 - o Si la depresión es muy grave (con síntomas psicóticos, síntomas graves de falta de apetito, pérdida de peso o cansancio extremo).
 - o Si existe riesgo elevado de suicidio.

Teniendo en cuenta todas estas recomendaciones, a pesar de que la elección de tratamiento por lo general depende de la gravedad de los síntomas, la combinación de la psicoterapia y los fármacos se considera altamente efectiva entre los jóvenes y las jóvenes que sufren depresión.

Entre las psicoterapias, la TCC es el tratamiento más efectivo según las evidencias contrastadas y es la intervención más recomendada para depresiones leves e incluso moderadas (Garber et al., 2018). Diversos estudios recientes han demostrado que la incorporación de la TCC en atención primaria por profesionales especializados es un tratamiento económico y socialmente rentable (Dickerson et al., 2018, Rinke et al., In Press). Sin embargo, esto contrasta con la práctica clínica en nuestro y otros países (Keles y Idsoe, 2018) donde los adolescentes o jóvenes con depresión que se identifican en el ámbito de atención primaria acostumbran mayoritariamente a contar solo con la opción de tratamiento farmacológico.

Cabe puntualizar que se deben analizar mejor los componentes de la TCC para tratar de que ésta pueda llegar a ser aún más efectiva en el futuro. Es necesario que se analicen debidamente las características contextuales y estructurales entorno al uso de este tipo de intervenciones ya que de momento los estudios sugieren que cuando la TCC contiene componentes de activación del comportamiento y cuando los padres o cuidadores se involucran plenamente, mejora su eficacia (Oud et al., 2019), así que aún queda mucho por estudiar y en especial en relación a aquellos grupos de mayor riesgo o mayor gravedad de los síntomas depresivos.

Otra cuestión relevante es que dada la alta comorbilidad de la depresión con la ansiedad (alrededor de un 75% de los casos), es importante que las intervenciones se dirijan de forma global al tratamiento de los síntomas internalizados en vez de centrarse en un determinado diagnóstico. La comorbilidad con la ansiedad puede alcanzarse a través de que a veces una es la causa de otra u otras veces coexisten por la misma vía de desarrollo (Cummings et al., 2014; Ranøyen et al., 2018), por tanto la intervención sobre ambos aspectos es crucial para tener un curso y pronóstico favorable y permitirá prevenir futuros trastornos emocionales.

Una vez realizadas las intervenciones de un u otro tipo, es también importante señalar que se deben conducir trabajos de investigación destinados a evaluar la significación clínica y el grado de efectividad de las intervenciones. Cualquier tipo de intervención debe ser sometida a seguimiento y evaluación, con lo que es importante contar con indicadores que sirvan para llevar a cabo dicha evaluación. Y ya para completar este punto, algunos aspectos a nivel de intervención que también quedan pendientes de revisión y de estudio mediante líneas de investigación futuras son el uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para llevar a cabo las intervenciones, es necesario que los avances continuos que se producen en este campo se vean plasmados en el abordaje de esta problemática. Así, actualmente contamos con el primer ensayo controlado aleatorio con el objetivo de investigar la eficacia y rentabilidad de las intervenciones en formato *online* para aplicar a niños y adolescentes con

riesgo de depresión. Entre otras cuestiones, se sugiere que es necesario mejorar el conocimiento sobre como es la conducta de búsqueda de ayuda y también es necesario prestar atención a aspectos poco estudiados como son los efectos negativos y limitaciones de este tipo de intervenciones. Todo con la finalidad de mejorar la oferta de programas además de mejorar también los procesos de asignación a cada programa según las características del niño o adolescente (Baldofski et al., 2019).

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A.** (2001). Manual for the Aseba school-age forms y profiles: an integrated system of multi-informant assessment (Research C). Burlington, VT: University of Vermont: Research Center for Childreneyouth and Families.
- Agerup, T.; Lydersen, S.; Wallander, J., y Sund, A. M.** (2014). “Longitudinal course of diagnosed depression from ages 15 to 20 in a community sample: Patterns and parental risk factors”. *Child Psychiatry y Human Development*, 45, pp. 753-764.
- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Angold, A., y Costello, E. J.** (2000). “The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA)”. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 39, pp. 39-48.
- Angold, A.; Costello, E. J.; Messer, S. C.; Pickles, A.; Winder, F., y Silver, D.** (1995). “The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents”. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, pp. 237 - 249.
- Baldofski, S.; Kohls, E.; Bauer, S.; Becker, K.; Bilic, S.; Eschenbeck, H.; ... y Voß, E.** (2019). “Efficacy and cost-effectiveness of two online interventions for children and adolescents at risk for depression (E. motion trial): study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD consortium”. *Trials*, 20, pp. 53.
- Baxter, A. J.; Vos, T.; Scott, K. M.; Ferrari, A. J., y Whiteford, H. A.** (2014). “The global burden of anxiety disorders in 2010”. *Psychological Medicine*, 44, pp. 2363-2374.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B. F., y Emery, G.** (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*, Madrid: Desclée De Brown.
- Beck, A. T.; Steer, R. A., y Brown, G. K.** (1996). Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bleys, D.; Luyten, P.; Soenens, B., y Claes, S.** (2018). “Gene-environment interactions between stress and 5-HTTLPR in depression: a meta-analytic Update”. *Journal of Affective Disorders*, 226, pp. 339-345.
- Breslau, J.; Gilman, S. E.; Stein, B. D., Ruder, T.; Gmelin, T., y Miller, E.** (2017). “Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents”. *Translational Psychiatry*, 7, e1139.
- Canals, J.; Domènech, E.; Fernández-Ballart, J., y Marti-Henneberg, C.** (2002). “Predictors of depression at eighteen. A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population”. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 11, pp. 226-233.
- Canals, J.; Hernández-Martínez, C.; Sáez, M., y Arija, 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, pp. 328-334.
- Canals, J.; Marti-Henneberg, C.; Fernández-Ballart, J., y Domènech, E.** (1995). “A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population”. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 4, pp. 102-111.
- Carballo, J. J.; Muñoz-Lorenzo, L.; Blasco-Fontecilla, H.; Lopez-Castroman, J.; García-Nieto, R.; Dervic, K., ... y Baca-García, E.** (2011). “Continuity of depressive disorders from childhood and adolescence to adulthood: a naturalistic study in community mental health centers”. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13, PCC.11m01150.

- Clarke, G. N.; Lewinsohn, P. M., y Hops, H.** (1990). Instructor's manual for the adolescent coping with depression course. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G. N.; Hawkins, W.; Murphy, M.; Sheeber, L. B.; Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R.** (1995). "Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention". *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34, pp. 312-321.
- Costello, E. J.; Edelbrock, C. S., y Costello, A. J.** (1985). "Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: A comparison between psychiatric and pediatric referrals". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, pp. 579-595.
- Costello, E.; Erkanli, A., y Angold, A.** (2006). "Is there an epidemic of child or adolescent depression?". *Journal of Child Psychology y Psychiatry*, 47, pp. 1263-1271.
- Copeland, W. E.; Shanahan, L.; Egger, H.; Angold, A., y Costello, E. J.** (2014). "Adult diagnostic y functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder". *American Journal of Psychiatry*, 171, pp. 668-674.
- Cummings, C. M.; Caporino, N. E., y Kendall, P. C.** (2014). "Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after". *Psychological Bulletin*, 140, pp. 816- 845.
- Da Conceição Machado, F.; De Souza L.; Rangel, M.; Palomino Jarab, Z., y Franco, M. C.** (2018). "Implication of galanin gene rs948854 polymorphism in depressive symptoms in adolescents". *Hormones y Behavior*, 97, pp. 14-17.
- Del Barrio, V.** (2014). "Depresión mayor y distimia". En: L. Ezpeleta y J Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- De la Vega, D.; Piña, A.; Peralta, F. J.; Kelly, S. A., y Giner, L.** (2018). "A Review on the General Stability of Mood Disorder Diagnoses Along the Lifetime". *Current Psychiatry Reports*, 20, pp. 29.
- Dickerson, J. F.; Lynch, F. L.; Leo, M. C.; DeBar, L. L.; Pearson, J.; Merry, S. N., y Hetrick, G. N.** (2018). "Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants". *Pediatrics*, 141, pp. e20171969.
- Eaton, W. W.; Smith, C.; Ybarra, M.; Muntaner, C., y Tien, A.** (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: review y revision (CESD y CESD-R). En: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ezpeleta, L.; De la Osa, N.; Júdez, J.; Doménech, J. M.; Navarro, J. B., y Losilla, J. M.** (1997). "Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R in a Spanish outpatient sample". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 431-440.
- Fernández-Pinto, I.; Santamaría, P.; Sánchez-Sánchez, F.; Carrasco, M. A., y Del Barrio, V.** (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico. Madrid: TEA Ediciones.
- Garber, J.; Weersing, V. R.; Hollon, S. D.; Porta, G.; Clarke, G. N.; Dickerson, J. F., ... y Brent, D. A.** (2018). "Prevention of depression in at-risk adolescents: moderators of long-term response". *Prevention Science*, 19, pp. 6-15.
- Geronazzo-Alman, L.; Guffanti, G.; Eisenberg, R.; Fan, B.; Musa, G. J.; Wicks, J., ... y Hoven, C.** (2018). "Comorbidity classes and associated impairment, demographics y 9/11-exposures in 8,236 children and adolescents". *Journal of Psychiatric Research*, 96, pp. 171-177.
- Gillham, J. E.; Jaycox, L. H.; Reivich, K. J.; Seligman, M. E. P., y Silver, T.** (1990). *The Penn Resiliency Program*. Philadelphia: University of Pennsylvania. Unpublished manual.
- Goodman, R.** (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 581-586.
- Goodman, R.; Ford, T.; Richards, H.; Gatward, R., y Meltzer, H.** (2000). "The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, pp. 645-55.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia** (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia*. Actualización. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t.
- Haroz, E.; Ybarra, M., y Eaton, W.** (2014). "Psychometric evaluation of a self-report scale to measure adolescent depression: the CESDR-10 in two national adolescent samples in the United States". *Journal of Affective Disorders*, 158, pp. 154-160.

- Herzog, D. B., y Eddy, K. T.** (2018). Comorbidity in eating disorders. En: Stephen Wonderlich, James Mitchell, Martine de Zwaan(Eds), *Annual Review of Eating Disorders*. NY: Taylor y Francis Group.
- Hill, R. M.; Pettit, J. W.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R., y Klein, D. N.** (2014). "Escalation to major depressive disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms: Evidence of distinct subgroups at risk". *Journal of Affective Disorders*, 158, pp. 133-138.
- Izaguirre, A., y Calvete, E.** (2018). "Exposure to family violence and internalizing and externalizing problems among Spanish adolescents". *Violence y Victims*, 33, pp. 368-382.
- Jaureguizar, J.; Bernaras, E.; Soroa, M.; Sarasa, M., y Garaigordobil, M.** (2015). "Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, pp. 245-264
- Johnson, J. G.; Harris, E. S.; Spitzer, R. L., y Williams, J. B.** (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, pp. 196-204.
- Joinson, C.; Kounali, D., y Lewis, G.** (2017). "Family socioeconomic position in early life and onset of depressive symptoms and depression: a prospective cohort study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, pp. 95-103.
- Jones, R. B.; Thapar, A.; Stone, Z.; Thapar, A.; Jones, I.; Smith, D., y Simpson, S.** (2018). "Psychoeducational interventions in adolescent depression: a systematic review". *Patient Education and Counseling*, 101, pp. 804-816.
- Kaufman, J.; Birmaher, B.; Brent, D.; Rao, U. M. A.; Flynn, C.; Moreci, P., ... y Ryan, N.** (1997). "Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data". *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 980-988.
- Keles, S., y Idsoe, T.** (2018). "A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression". *Journal of Adolescence*, 67, pp. 129-139.
- Kessler, R. C.; Avenevoli, S.; Costello, E. J.; Georgiades, K.; Green, J. G.; Gruber, M. J., ... y Sampson, N. A.** (2012). "Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement". *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 372-380.
- Kovacs, M.** (1992). *CDI. Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, NY.*
- Kitay, y Inouey** (2017). "The direct/indirect association of ADHD/ODD symptoms with self-esteem, self-perception, and depression in early adolescents". *Frontiers in Psychiatry*, 8, pp. 137.
- Lang, M., y Tisher, M.** (2014). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8.ª edición* (Seisdedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).
- Lasalvia, A.; Zoppei, S.; Van Bortel, T.; Bonetto, C.; Cristofalo, D.; Wahlbeck, K., ... y Germanavicius, A.** "Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey". *Lancet*, 381, pp. 55-62.
- Loechner, J.; Starman, K.; Galuschka, K.; Tamm, J.; Schulte-Körne, G.; Rubel, J., y Platt, B.** (2018). "Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". *Clinical Psychology Review*, 60, pp. 1-14.
- Loth, A. K.; Drabick, D. A.; Leibenluft, E., y Hulvershorn, L. A.** (2014). "Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, pp. 1103-1113.
- Lozano, E.; García-Cueto, L. M., y Lozano** (2006). *CECAD. Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lu, W.** (2019). "Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors y Healthcare Disparities". *American Journal of Health Behavior*, 43, pp. 181-194.
- Magklara, K.; Bellas, S.; Niakas, D.; Stylianidis, S.; Kolaitis, G.; Mavreas, V., y Skapinakis, P.** (2015). "Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece". *BMC Psychiatry*, 15, pp. 199.
- Mayes, T. L.; Bernstein, I. H.; Haley, C. L.; Kennard, B. D., y Emslie, G. J.** (2010). "Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20, pp. 513-516.

- McDonough-Caplan, H.; Klein, D. N., y Beauchaine, T. P.** (2018). "Comorbidity y continuity of depression and conduct problems from elementary school to adolescence". *Journal of Abnormal Psychology*, 127, pp. 326-337.
- Merianos, A. L.; Swoboda, C. M.; Oluwoye, O. A.; Gilreath, T. D., y Unger, J. B.** (2018). "Depression and Alcohol Use in a National Sample of Hispanic Adolescents". *Substance Use and Misuse*, 53, pp. 716-723.
- Merikangas, K. R.; He, J. P.; Burstein, M.; Swanson, S. A.; Avenevoli, S.; Cui, L., ... y Swendsen, J.** (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49, pp. 980-989.
- Men'y, S. N.; Hetrick, S. E.; Cox, G. R.; Brudevold-Iversen, T.; Bir, J. J. y McDowell, H.** (2011). "Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents". *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12.
- Mihalopoulos, C.; Vos, T.; Pirkis, J.; Smit, F., y Carter, R.** (2011). "Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money?" *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, pp. 36-44.
- Mojtabai, R.; Olfson, M., y Han, B.** (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, e20161878. Mrazek, P. y Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- Ormel, J.; Raven, D.; Van Oort, F.; Hartman, C. A.; Reijneveld, S. A.; Veenstra, R., ... y Oldehinkel, A. J.** (2015). "Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders". *Psychological Medicine*, 45, pp. 345-360.
- Ortuño-Sierra J.; Fonseca-Pedrero E.; Inchausti F., y Sylvia Sastre** (2016). "Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)". *Papeles del Psicólogo*, 37, pp. 14-26
- Oud, M.; De Winter, L.; Vermeulen-Smit, E.; Bodden, D.; Nauta, M.; Stone, L., ... y Engels, R.** (2019). "Effectiveness of CBT for children y adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis". *European Psychiatry*, 57, pp. 33-45.
- Paschall, M. J., y Bersamin, M.** (2018). "School-based mental health services, suicide risk and substance use among at-risk adolescents in Oregon". *Preventive Medicine*, 106, pp. 209-215.
- Patel V.** (2017). Talking sensibly about depression. *PLoS Medicine*, 14, pp. e1002257.
- Peris, T. S.; Rozenman, M.; Bergman, R. L.; Chang, S.; O'Neill, J., y Piacentini, J.** (2017). "Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessivecompulsive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 93, pp. 72-78.
- 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 y Psychiatry*, 56, pp. 345-365.
- Poznanski, E. O.; Grossman, J. A.; Buchsbaumy; Banegas, M.; Freeman, L., y Gibbons, R.** (1984). "Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, pp. 191-197.
- Radloff, L. S.** "The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults". (1991). *Journal of Youth and Adolescence*, 20, pp. 149-166.
- Ranøyen, I.; Lydersen, S.; Larose, T. L.; Weidle, B.; Skokauskas, N.; Thomsen, P. H., ... y Indredavik, M. S.** (2018). "Developmental course of anxiety y depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort". *European Child y Adolescent Psychiatry*, pp. 1-11.
- Reich, W.; Shayka, J. J., y Taibleson, Ch.** (1991). Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescen-DICA-R (L. Ezpeleta, Trans.). Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Rinke, M. L.; German, M.; Azera, B.; Heo, M.; Brown, N. M.; Gross, R. S., ... y Briggs, R. D.** (In Press). "Effect of Mental Health Screening and Integrated Mental Health on Adolescent Depression-Coded Visits". *Clinical Pediatrics*.
- Sánchez-Hernández, O.** (2012). Eficacia de sendas intervenciones de psicología positiva para la promoción del bienestar y la prevención de la depresión infantil y de la depresión adolescente. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.

- Sánchez-Hernández, Ó.; Méndez, F. X., y Garber, J.** (2014). "Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, pp. 63-76.
- Sequeira, M. E.; Lewis, S. J.; Bonilla, C.; Smith, G. D., y Joinson, C.** (2017). "Association of timing of menarche with depressive symptoms y depression in adolescence: Mendelian ryomisation study". *The British Journal of Psychiatry*, 210, pp. 39-46.
- Sheehan, D. V.; Lecrubier, S.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E., ... y Dunbar, G. C.** (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, pp. 22-33.
- Shochet, I. M.; Dadds, M. R.; Holland, D.; Whitefield, K.; Harnett, P. H., y Osgarby, S. M.** (2001). "The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression". *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, pp. 303-315.
- Silverman, W. K., y Albano, A. M.** (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV): Child and Parent Interview Schedules*. Oxford University Press.
- Siu, A. L.** (2016). "Screening for depression in children y adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement". *Annals of Internal Medicine*, 164, pp. 360-366.
- Sousa, C.; Mason, W. A.; Herrenkohl, T. I.; Prince, D.; Herrenkohl, R. C., y Russo, M. J.** (2018). "Direct and indirect effects of child abuse and environmental stress: A lifecourse perspective on adversity and depressive symptoms". *American Journal of Orthopsychiatry*, 88, pp. 180.
- Spence, S. H.; Sheffield, J. K., y Donovan, C. L.** (2003). "Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life program". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, pp. 3-13.
- Starr, L. R.; Hamen, C.; Brennan, P. A., y Najman, J. M.** (2013). "Relational security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, pp. 379-388.
- Van Roekel, E.; Verhagen, M.; Engels, R. C., y Kuppens, P.** (2018). Variation in the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and inertia of negative and positive emotions in daily life. *Emotion*, 18, pp. 229.
- Wang, C.; Xiay Li, W.; Wilson, S. M.; Bush, K., y Peterson, G.** (2016). "Parenting behaviors, adolescent depressive symptoms, and problem behavior: the role of self-esteem and school adjustment difficulties among Chinese adolescents". *Journal of Family Issues*, 37, pp. 520-542.
- Wesselhoeft, R.; Sørensen, M. J.; Heiervang, E. R., y Bilenberg, N.** (2013). "Subthreshold depression in children and adolescents –a systematic review". *Journal of Affective Disorders*, 151, pp. 7-22.
- Wiens, K.; Williams, J. V.; Lavorato, D. H.; Duffy, A.; Pringsheim, T. M.; Sajobi, T. T., y Patten, S. B.** (2017). "Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014". *Journal of Affective Disorders*, 210, pp. 22-26.
- Wigner, P.; Czarny, P.; Galecki, P.; Su, K. P., y Sliwinski, T.** (2018). "The molecular aspects of oxidative y nitrosative stress and the tryptophan catabolites pathway (TRYCATs) as potential causes of depression". *Psychiatry Research*, 262, pp. 566-574.
- World Health Organization** (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Wykes, T.; Haro, J. M.; Belli, S. R.; Obradors-Tarragó, C.; Arango, C.; Ayuso-Mateos, J. L., ... y Elfeddali, I.** (2015). "Mental health research priorities for Europe". *The Lancet Psychiatry*, 2, pp. 1036-1042.
- Young, J. F., y Mufson, L.** (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. Nueva York: Columbia University.
- Zavaglia, E., y Bergeron, L.** (2017). "Systematic review of comorbidity between DSM disorders and depression according to age and sex in youth". *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58, pp. 124.
- Zhao, M.; Chen, L.; Yang, J.; Han, D.; Fang, D.; Qiu, X., ... y Jiang, S.** (2018). "BDNF Val66Met polymorphism, life stress and depression: A meta-analysis of gene-environment interaction". *Journal of Affective Disorders*, 227, pp. 226-235.
- Zuckerbrot, R. A.; Cheung, A.; Jensen, P. S.; Stein, R. E.; Laraque, D., y GLAD-PC STEERING GROUP** (2018). "Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management". *Pediatrics*, pp. e20174081.

El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir

El suicidio es un problema de salud pública y un problema socio-sanitario de primer orden que también afecta a los jóvenes y adolescentes, convirtiéndose en la primera causa de muerte externa duplicando la mortalidad por accidentes de tráfico en esa franja de edad. Sin embargo, la inversión pública para concienciar y prevenir la conducta suicida es realmente escasa, aunque, como dice la OMS, el suicidio es un problema 100% prevenible. Además, España carece de un plan nacional contra el suicidio, si bien está anunciado. En este trabajo se describen diversos fenómenos relacionados con el suicidio, tales como ideación, intentos, autolesiones, entre otros. También comentaremos las tasas de prevalencia internacionales y nacionales, así como las principales causas del suicidio y su impacto social y económico. Posteriormente, se abordan los colectivos más vulnerables, tales como son las minorías. También se repasan los principales mitos y creencias relacionadas con el suicidio. Por último, se presentan algunas de las iniciativas y recursos que existen para prevenirlo en estas edades. Este trabajo pretende ser una primera aproximación a este problema para profesionales de ámbitos socio-sanitarios y educativos, de modo que puedan conocer mejor un fenómeno que está presente en su contexto laboral.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, prevalencia, factores de riesgo, prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization (WHO), 2018), el suicidio es un problema de salud pública grave a nivel mundial, ya que supone un impacto personal y familiar duradero en las personas allegadas de quién lo comete y un impacto social y económico reseñable en las comunidades, países y sociedades afectadas. En consecuencia, es un asunto que debería preocupar a las autoridades, a los profesionales de la salud y al resto de la sociedad. La OMS enfatiza que el suicidio es un problema 100% prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral (WHO, 2014a). En España, estudios recientes señalan que se trata de un problema de salud pública creciente y un problema socio-sanitario de primer orden (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica *et al.*, 2018), siendo una de las principales causas de mortalidad en adolescentes.

Sin embargo, ¿es esto real? ¿o estos mensajes están dramatizados y descontextualizados que lo único que pretenden es inculcar el miedo a la población? Y si es así, ¿Qué podemos hacer cuando un adolescente nos dice o detectamos que quiere realizar un acto suicida? ¿Es sólo una llamada de atención, o es que realmente nos debemos preocupar? Además, muchas personas creen que es un problema que sucede muy infrecuentemente, o que no se puede hacer nada para prevenirlo. En este capítulo intentaremos

responder a estas preguntas a través de datos científicos y contrastados y aspectos prácticos.

Pero antes de todo, queremos dar unas definiciones para aclarar la complejidad de los pensamientos y conductas que están asociadas al suicidio.

1. ¿Qué tipos de conductas y pensamientos suicidas existen? ¿Es un simple fenómeno o la realidad es más compleja?

Cuando hablamos del suicidio en sentido amplio podemos estar refiriéndonos a muy diversos fenómenos y la realidad es mucho más compleja. Así, existen diversos términos que seguidamente intentaremos aclarar, como por ejemplo el suicidio consumado, el intento o acto suicida con y sin resultado de muerte, el plan detallado o no detallado de suicidio, tener ideas de suicidio, deseos de morir o las conductas autolesivas que no tienen por objeto acabar con la integridad física de la persona.

Diversos autores han tratado de ordenar y describir cada uno de estos comportamientos del ser humano. Así, diferentes investigadores han propuesto diversos términos para conceptualizar este complejo fenómeno definido por la OMS de forma elemental, como “el acto de quitarse deliberadamente la propia vida”, si bien en la actualidad, podríamos decir que existe cierto acuerdo al considerar que el suicidio “oscila” a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que abarca desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Siguiendo el sistema de evaluación denominado Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio (Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment, C-CASA; Posner *et al.*, 2007) y el instrumento correspondiente (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, CSSRS; Kelly *et al.*, 2011), este grupo de investigación ha propuesto la siguiente clasificación y las correspondientes definiciones de los fenómenos relacionados con el suicidio (Interian *et al.*, 2018; Posner *et al.*, 2014) (véase tabla 1).

Un primer tema que debe abordarse son las conductas relacionadas con el suicidio que se evalúan.

Así se puede diferenciar entre un **intento de suicidio real y una conducta autolesiva sin intención de suicidio**.

Un intento de suicidio real se refiere a un comportamiento autoinfligido con alguna intención de morir. El comportamiento puede resultar en una lesión o, si la lesión no ocurre, si por lo menos involucra potencial de lesiones. A veces resulta difícil determinar la intencionalidad del suicidio, pero se puede conseguir a través de una exhaustiva evaluación sobre la intencionalidad del individuo respecto a esa conducta. Si la determinación de la intencionalidad del suicidio no es posible (por ejemplo, el individuo se niega a revelar información), puede ser inferida en base a dos factores (Posner *et al.*, 2014): 1. Inferirlo si la persona sentía que la muerte podía ser el resultado de su comportamiento, aunque no ocurriera, y 2. Inferirlo si las circunstancias son tan obvias que no deja alguna duda en cuanto a las intenciones (p. ej., un disparo en la cabeza).

Tabla 1. **Clasificación y definición de conductas autolesivas suicidas y no suicidas (Interian *et al.*, 2018, pp. 3-4; Posner *et al.*, 2014, p. 18)**

Conductas suicidas
<p><u>Suicidio consumado</u> Un comportamiento autoinfligido que resulta en fatalidad y que está asociado con al menos alguna intención de morir como resultado del acto.</p>
<p><u>Intento de suicidio</u> Un comportamiento potencialmente autoinfligido, asociado con al menos alguna intención de morir, como resultado del acto. Evidencia de que la intención del individuo de suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real.</p>
<p><u>Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente</u> El individuo toma medidas para lesionarse a sí mismo, pero es detenido por sí mismo o por otros para que no inicien el acto de autolesión antes de que el potencial de daño haya comenzado.</p>
<p><u>Ideación suicida</u> Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de un comportamiento preparatorio.</p>
Conductas autolesivas no suicidas
<p><u>Autolesiones, sin intención de suicidio</u> Comportamiento autoinfligido asociado con la ausencia de intención de morir. El comportamiento está destinado puramente por otras razones, ya sea para aliviar la angustia (a menudo referido como "automutilación", por ejemplo, cortes superficiales o arañazos, golpear o quemar) o para efectuar cambios en otros o el medio ambiente.</p>
<p><u>Otras autolesiones no deliberadas</u> No hay evidencia de ninguna tendencia suicida o conducta deliberada de auto-daño asociada con el evento. El evento se caracteriza como una lesión accidental, síntomas psiquiátricos o de comportamiento solamente, o síntomas médicos o procedimiento solamente.</p>
<p><u>Eventos potencialmente suicidas o indeterminados</u> Comportamiento autoinfligido en el que la intención de morir asociada es desconocida y no puede ser inferida. La lesión o el potencial de lesión es claro, pero no está claro por qué el individuo se involucró en ese comportamiento.</p>
<p><u>Sin suficiente información</u> Insuficiente información para determinar si es suicidio deliberado o ideación. Hay razones para sospechar la posibilidad de suicidio, pero no lo suficiente como para estar seguros de que el evento no fue otra cosa, como un accidente o un síntoma psiquiátrico. Una lesión sufrida en un lugar del cuerpo consistente con una autoagresión deliberada o un comportamiento suicida (por ejemplo, muñecas), sin ninguna información sobre cómo se recibió la lesión, justificaría la colocación en esta categoría.</p>

Un **intento de suicidio interrumpido** implica un acto similar a un intento de suicidio real, excepto que el intento de suicidio no tiene éxito porque alguien lo detiene o interrumpe. Como señalan Posner *et al.* (2014), el comportamiento se detiene antes de que el potencial acto produzca un daño real. Ejemplos listados en el C-SSRS incluyen a alguien que está a punto de ingerir unas pastillas para producir una sobredosis, pero otra persona detiene el comportamiento.

Un **intento de suicidio abortado** (así como un intento auto-interrumpido) ocurre cuando un individuo comienza a tomar pasos hacia un inminente intento de suicidio, pero se detiene antes de que se produzca cualquier daño o existe la posibilidad de que se produzcan daños. Un ejemplo sería alguien con un plan consistente en tomar unas pastillas con intención de suicidarse, que coloca las pastillas en la mano, las lleva hasta la boca, pero finalmente no las mete en la boca. Ambas conductas, el intento de suicidio interrumpido

y abortado han de ser examinados ya que predicen intentos futuros de suicidio.

Los **actos o comportamientos preparatorios** son los siguientes que ocurren en la preparación de un intento de suicidio. Estos comportamientos involucran el establecimiento de los elementos y las condiciones necesarias para la realización del plan de suicidio. Ejemplos son la obtención de los elementos necesarios para llevar a cabo el acto suicida (p. ej., comprar pastillas), escribir una nota de suicidio, o regalar objetos de valor a personas significativas. Las conductas preparatorias para el suicidio son también indicativas de riesgo elevado de intento de suicidio.

Finalmente, también hay que evaluar las autolesiones sin intencionalidad suicida, que se refieren al comportamiento autoinfligido con la intención de producir lesiones, pero sin intención suicida. Los ejemplos incluyen cortarse uno mismo, rascarse costras en la piel para causar sangrado, o quemarse la piel. Las motivaciones que llevan a realizar una autolesión no suicida son variadas, pero incluyen la regulación afectiva, la comunicación de malestar o la expresión de agresividad mediante estos métodos (Calvete *et al.*, 2015).

Las razones que motivan las autolesiones no suicidas son importantes, puesto que su función difiere de la de un intento de suicidio, pero también de **otros comportamientos de riesgo con potencial de daño** que pueden estar motivados por otras razones, tales como la búsqueda de sensaciones o la diversión, aunque tampoco está exenta de riesgo, ya que aumenta la probabilidad a la larga de presentar una conducta suicida en el futuro.

2. ¿Cuándo hablamos de la conducta suicida, es un problema tan prevalente en nuestra sociedad?

Es verdad que la incidencia de muertes por suicidio no es tan incidente como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias o infecciosas. Sin embargo, las muertes por suicidio son normalmente mucho más altas de lo que la gente cree.

Según la OMS, el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015) y se estima que en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por esta causa y se multiplicarán por 20 las personas que llevarán a cabo una tentativa suicida (World Health Organization, WHO; 2014). Por tanto, significa que cada 20 segundos hay una muerte por suicidio en el mundo y cada 1-2 segundos un intento de suicidio, o en otros términos, por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse (World Health Organization (WHO), 2014).

En los últimos 45 años, las muertes por suicidio a nivel mundial, se han incrementado un 60% y, desgraciadamente, la franja de edad que se ha incrementado más ha sido la población adolescente (World Health Organization, 2005), convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad en el mundo (World Health Organization, WHO, 2014). Así, la OMS considera la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública, especialmente en la juventud y la adolescencia (World Health Organization, 2005).

En muchos países de la Unión Europea, el suicidio es la causa principal de mortalidad en la adolescencia y la juventud. En España, el suicidio es

la primera causa de muerte externa presentando una tasa de 7,7/100.000 habitantes de muertes por suicidio en el 2016, el doble de muertes que por accidentes de tráfico (Instituto Nacional de Estadística, 2018). En los adolescentes, el suicidio ha aumentado casi un 50% desde el año 2004, siendo también la primera causa de mortalidad externa en estas edades (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Al suicidio se suman las autolesiones no suicidas. Aunque las tasas más altas de autolesión se dan en muestras clínicas, los resultados de estudios recientes muestran que son un fenómeno emergente entre los y las más jóvenes. Se trata además de una problemática transdiagnóstica, vinculada a problemas psicológicos muy diversos y que causa también importante sufrimiento y estigma (Mollà *et al.*, 2015).

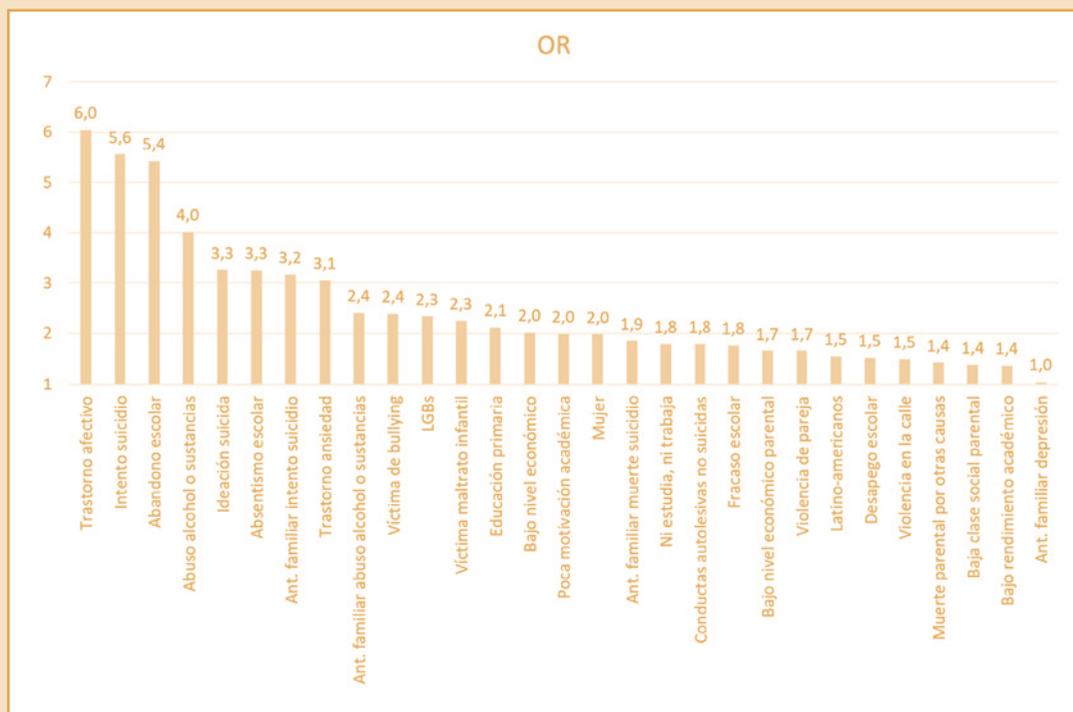
3. ¿Y se conocen los factores que predisponen a tener más riesgo de suicidarse o que protegen del suicidio?

Las causas de la conducta suicida siempre se han considerado como un constructo multifactorial en el que intervienen múltiples factores y existen diversas interacciones entre sus factores de riesgo tanto en adolescentes como en cualquier franja de edad (Franklin *et al.*, 2017). Así, según estos mismos autores existen factores genéticos, biológicos y familiares que predisponen a una persona a sufrir una conducta suicida en determinados momentos de su vida. Esos factores de riesgo pueden ser de tipo personal, haber sufrido algún acontecimiento vital estresante, como ser víctima de algún tipo de maltrato o abuso, algunos factores sociales, académicos o laborales y algunos determinantes socio-económicos.

En una revisión sistemática realizada por nuestro equipo en la que recogimos los factores de riesgo de la conducta suicida en los y las jóvenes y adolescentes y de la que se han publicado diversos artículos científicos en revistas internacionales (Castellví *et al.*, 2017; Castellví, Lucas-Romero *et al.*, 2017; Miranda-Mendizabal *et al.*, 2017; Gili *et al.*, 2018), observamos que los factores que presentaban un mayor riesgo (ordenado de mayor a menor) fueron: tener un trastorno afectivo previo (por ejemplo, un trastorno depresivo mayor), un intento de suicidio previo, haber abandonado la escuela, tener un trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, la ideación suicida previa, el absentismo escolar, tener un antecedente familiar de intento de suicidio, tener un trastorno de ansiedad, tener un trastorno familiar relacionado con el consumo de alcohol o sustancias, ser víctima de maltrato infantil o de acoso escolar, tener un bajo nivel educativo, tener un bajo nivel económico, presentar poca motivación para seguir en la escuela, tener algún padre que se murió por suicidio y los llamados NiNis (ni estudia ni trabaja), entre otros factores (ver Gráfico 1).

Si observamos cada uno de los factores de riesgo identificados, observamos que muchos de ellos son potencialmente prevenibles y que con una identificación temprana y un tratamiento adecuado se podrían reducir sustancialmente el número de casos de suicidio y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo.

Gráfico 1. Factores de riesgo del intento de suicidio en la adolescencia y juventud



4. ¿Qué grupos son más vulnerables a presentar una conducta suicida?

Pues parece ser que existen algunos grupos que tienen más riesgo de presentar una conducta suicida. Pero antes explicamos qué se entiende por grupos vulnerables o en situación de vulnerabilidad.

Las personas o grupos en situación de vulnerabilidad son aquellos que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos de minorías étnicas, personas con enfermedades mentales, personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o que han desarrollado el SIDA, trabajadores migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género o personas encarceladas por delinquir, entre otras muchas minorías. Los grupos en situación de vulnerabilidad o las personas pertenecientes a minorías sociales presentan un mayor riesgo de sufrir problemas o trastornos mentales debido a la situación de desventaja respecto a otros grupos predominantes o a la mayoría social (“*minority stress*”) (Moleiro, 2018). Por ejemplo, los migrantes pueden presentar problemas de aculturación en el país de acogida, además de mayores problemas socio-económicos y mayor privación de sus

necesidades básicas, lo que acarrea una mayor prevalencia de trastornos mentales o conductas suicidas (Bas-Sarmiento *et al.*, 2017). Otros grupos vulnerables, como el colectivo de lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI) o las personas con el VIH presentan mayores riesgos de discriminación, estigma y victimización; así, el riesgo de tener un trastorno depresivo mayor o un intento de suicidio en este grupo es casi tres veces mayor en comparación con la población heterosexual o que no son portadoras del VIH (Lucassen *et al.*, 2017; Miranda-Mendizabal *et al.*, 2017). Así mismo, las mujeres están mayormente expuestas a mayores tasas de victimización (Organización Mundial de la Salud, sin fecha) y a un menor acceso al mercado laboral con salarios más bajos respecto a los hombres con igual cualificación.

Respecto a las diferencias de género, se sabe que las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor que los hombres de intento de suicidio, aunque los hombres tienen un riesgo más elevado de morir por suicidio. Estas diferencias de género se le ha denominado la “paradoja de género” (Canetto and Sakinofsky, 1998). Según algunos autores, estas diferencias de género respecto a la conducta suicida pueden ser explicadas debido a diferencias emocionales o conductuales (Kaess *et al.*, 2011). En hombres, la muerte por suicidio puede ser explicada por problemas de tipo externalizante, como los trastornos de conducta o el abuso de sustancias (Mergl *et al.*, 2015) y la preferencia de métodos más letales cuando deciden realizar este tipo de conductas (Värnik *et al.*, 2008), en cambio en mujeres son más propensas a sufrir de problemas internalizantes, como los trastornos de ansiedad o de depresión (Fergusson, Horwood and Lynskey, 1993) que probablemente medien entre el género y las conductas suicidas.

Todos estos factores inherentes en nuestra sociedad se perciben como un contexto de vulnerabilidad que acarrea problemas emocionales a los chicos y chicas que los sufren y, consecuentemente, a un mayor riesgo de suicidio en estas minorías.

5. Mitos y creencias sobre el suicidio

Siguiendo a la OMS (World Health Organization, WHO, 2014) existen mitos, creencias que están muy arraigados en nuestra sociedad y que pueden dificultar la lucha para la prevención del suicidio y aumentar la concienciación en la sociedad que permita una atención suficiente como merece el problema.

Así, por ejemplo, frente a la idea de que preguntar sobre suicidio puede incitar a la realización de conductas suicidas, la investigación señala que no es así, y sin embargo es la principal medida de prevención.

Estas ideas irracionales profundamente equivocadas sobre el suicidio son uno de los objetivos de cualquier iniciativa para prevenir el suicidio, puesto que son ideas a superar a nivel social para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida.

Las principales son las siguientes:

I. Una vez que una persona ha tenido una tentativa de suicidio siempre será un suicida

Esta afirmación contrasta con la evidencia que señala que el riesgo de suicidio elevado suele ser específico situacionalmente y de corta duración. Si bien los pensamientos suicidas pueden volver a presentarse (como en

cualquier persona), no son permanentes, ni crónicos, ni inamovibles, sino que una persona que ha sufrido previamente pensamientos suicidas o intentos puede tener una vida sana y plena de bienestar.

II. Hablar sobre suicidio es una mala idea ya que puede desencadenar más suicidios

Existe un gran estigma asociado al suicidio, por lo que la mayoría de personas que están contemplando el suicidio no saben con quién hablar de ello. Por tanto, más que incentivar o aumentar el riesgo de suicidio, hablar sobre el suicidio de forma abierta y sincera puede ofrecer a la persona la posibilidad de considerar otras opciones o el tiempo para repensar su decisión, por lo que sería la primera medida o acción para prevenir el suicidio.

III. Solo las personas con trastornos mentales manifiestan conductas suicidas o todas las personas que se suicidan están deprimidas

Evidentemente, existe el pensamiento socioculturalmente compartido de que la mayoría de personas que se intentan suicidar o que están pensando sobre ello son personas depresivas o con enfermedades mentales graves. Sin embargo, y a pesar de que las conductas suicidas son indicativas de una profunda infelicidad y malestar psicológico, no necesariamente pueden estar indicando un trastorno mental. Muchas personas que presentan trastornos mentales no están afectadas por conductas suicidas y no todas las personas que se quitan la vida tienen trastornos mentales.

IV. La mayoría de suicidios suceden de forma repentina y brusca sin ningún tipo de aviso o advertencia previa

Lo cierto es que la mayoría de suicidios realizados han sido precedidos por señales de aviso, bien verbales o comportamentales. Sin embargo, también es cierto, que un pequeño porcentaje de suicidios ocurren sin aviso. En cualquier caso, es importante comprender las señales de aviso y estar atentas a ellas para prevenir un desenlace irreversible.

V. La persona que se suicida quiere morir o está determinada a morir.

El hecho es que, por el contrario, las personas con conductas suicidas son con frecuencia ambivalentes en cuanto a la vida y la muerte. De hecho, con frecuencia se da una auténtica batalla interna en términos de razones para vivir y morir e incluso algunas personas tras realizar el intento y sufrir daños importantes, se arrepienten y desean vivir, no logrando sobrevivir en ocasiones.

Por tanto, cabría afirmar que la persona que se suicida quiere dejar de sufrir, lo cual es muy diferente a desear morir. La persona que está sufriendo no suele querer matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, sin los problemas ni sufrimientos que padece. Esto puede llevarle a la idea irracional de que la muerte es la única forma de superar los problemas. Por tanto, es una persona que necesita ayuda para ver otras alternativas a la solución o, al menos, la disminución de esos problemas.

En consecuencia, abordar el sufrimiento, la angustia y desesperanza deben ser la clave para prevenir la conducta suicida.

VI. La gente que habla sobre suicidio no quiere decir que quiera hacerlo o, dicho de otro modo, quien amenaza con suicidarse nunca se suicida.

Aunque muchas personas entienden esta conducta como una verbalización que puede ser una llamada de atención, una forma de victimizarse, etc., lo

cierto es que las personas que hablar sobre suicidio pueden estar alzando la voz para pedir ayuda y apoyo. Un número significativo de personas con suicidio pueden estar padeciendo ansiedad, depresión o desesperanza y pueden sentir que no hay otra alternativa a su sufrimiento. Por tanto, la primera medida de prevención del suicidio universal es escuchar y preguntar a las personas que manifiestan algún tipo de verbalización sobre suicidio.

Otras ideas relacionadas con las anteriores muy importantes para superar a nivel social las barreras y obstáculos que existen para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida son las siguientes (Anseán, 2014):

- **Hay muy pocas personas que se suicidan, por lo que no es un problema importante.**

Tan solo hay que atender a los primeros apartados de prevalencia internacional y nacional del suicidio, así como al impacto social y económico para rebatir esta idea.

- **El suicidio no se puede prevenir**

Obviamente es hipotéticamente posible, pero materialmente imposible poder prevenir cualquier problema de salud al 100%. Pero, sobre todo algo no se puede prevenir si no se hace nada para prevenirlo. Es más, la realidad en la actualidad es que es un problema que tiende a ocultarse, se favorece que no se hable de ello y si alguna iniciativa lo plantea no suele ser vista con buenos ojos. Sin embargo, no por ocultarse dejará de existir.

En España, a falta de un plan, programa o estrategia propia a nivel estatal, las experiencias se limitan a iniciativas autonómicas y, sobre todo, locales. Entre las primeras, destacamos el protocolo realizado en Asturias, Castilla y León y Navarra, los planes realizados en Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, y el programa Risc Suïcidi en Cataluña. Entre las segundas, las realizadas en Barcelona, Sabadell y Guipúzcoa (en el marco de la European Alliance Against Depression -EAAD-) y los realizados en Orense, Oviedo y Madrid (véase <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-espa%C3%B1a-1/>).

En todo caso, a pesar de que sabemos bien que la conducta suicida es como consecuencia de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y protectores, entre la vulnerabilidad individual y los estresores a los que cada individuo se enfrenta a lo largo de la vida o en determinados momentos de ella, no hay que olvidar que cada suicidio, cada persona, es única.

En el apartado 7 se revisan las principales evidencias de la eficacia de intervenciones para prevenir el suicidio.

6. Impacto social y económico del suicidio

Lamentablemente, los intentos de suicidio dan como resultado una carga social y económica significativa para las personas, las familias y las sociedades, debido al uso de los servicios de salud, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus allegados y, ocasionalmente, la discapacidad a largo plazo debido a posibles lesiones (World Health Organization, WHO, 2014). Las investigaciones

realizadas a este respecto, advierten de la significativa carga que conlleva el suicidio (Van Spijker *et al.*, 2011; Murray *et al.*, 2012): a escala mundial representa el 1,4% de la carga de morbilidad en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) (en inglés, DALYs-Disability Adjusted Life Years), y la OMS prevé que en 2020 representará el 2,4% en los países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque socialista (a saber, Alemania del Este, Unión Soviética, Checoslovaquia, Bulgaria, Albania, Hungría, Rumania y Polonia).

Además, el suicidio de un adolescente no es sólo una tragedia para él, sino que también representa un gran sufrimiento para su familia y las personas que le rodean. Las consecuencias del suicidio para familiares y amigos de la víctima son tan devastadoras que provocan un trauma en sus vidas, introduciéndoles en un duelo, por regla general, muy traumatizante y prolongado (World Health Organization, WHO, 2014).

El dolor que experimenta una familia tras el suicidio de uno de sus miembros se incrementa hasta niveles casi insoportables. Es entonces cuando las mentes de los sobrevivientes se llenan de fantasmas, de sombras y de dudas. Se buscan explicaciones, se pretende encontrar culpables, no se sabe cómo mitigar una angustia que se muestra invasiva, aturdidora. Las consecuencias del suicidio para la familia son tan devastadoras que provocan serios destrozos en la vida de los sobrevivientes. Algunas de las consecuencias más destacadas son: la tristeza y rabia, los sentimientos de culpabilidad, traición y abandono y el fracaso de rol de padre o madre, entre otros.

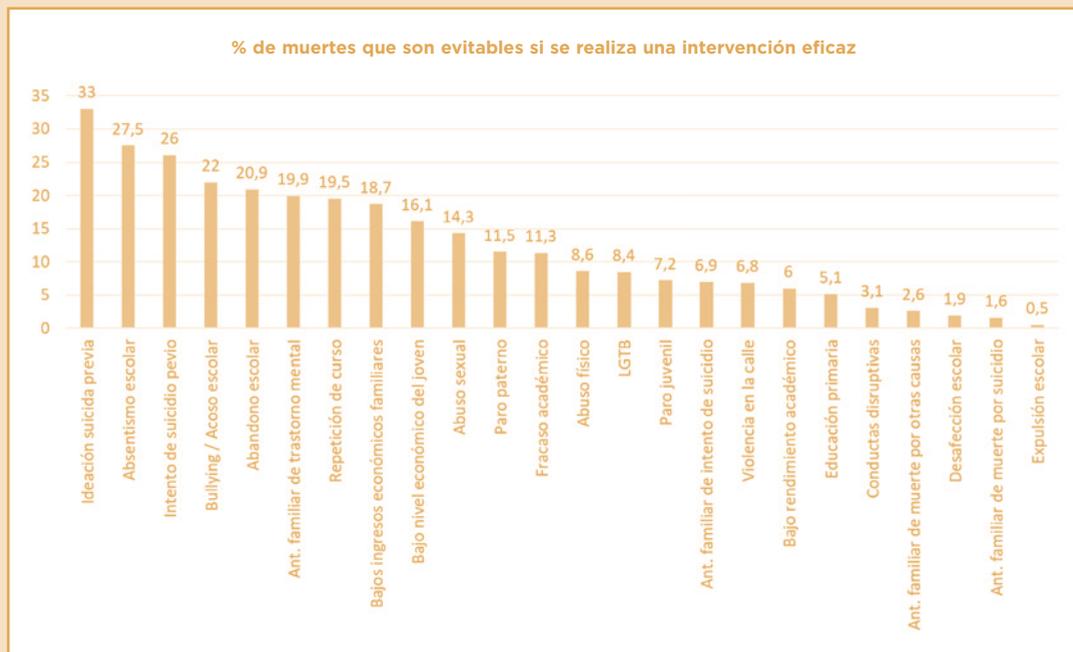
7. Qué se puede hacer para prevenir el suicidio en estas edades

La prevención no es misión exclusiva del sistema sanitario, sino que intervienen muchos más agentes (educativo, familiar, social, entre otros) que deberán ser abordados en los ámbitos correspondientes. Por tanto, existe una corresponsabilidad con la prevención del suicidio que, sin duda, es de obligado cumplimiento entre todos los sectores implicados.

Estudios de revisión meta-analítica recientes sobre factores de riesgo para el suicidio señalan que según el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) (un indicador que representa la proporción de la incidencia de enfermedad que se evitaría en la población general si se eliminara la exposición al factor de riesgo), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida, se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes, para el abandono escolar un 28%, para los trastornos del estado de ánimo un 26%, para el acoso escolar o *bullying* un 22%, entre otros (Castellví, Lucas-Romero *et al.*, 2017; Castellví, Miranda-Mendizábal *et al.*, 2017), datos nada desdeñables. Para más información ver Gráfico 2.

No obstante, aun contando con recomendaciones tan actuales e interesantes como las que se refieren al RAP, existe una considerable falta de comprensión en general de los mecanismos causales que subyacen a los pensamientos y conductas suicidas, y es notable la escasez de estrategias efectivas y rigurosamente evaluadas de tratamiento y prevención del suicidio (Nock *et al.*, 2008). Este es un hecho que pone de manifiesto la imperiosa necesidad de emprender planes preventivos contra el mismo.

Gráfico 2. Riesgo poblacional atribuible para los factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes y jóvenes



Precisamente, la Comisión Europea en su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (Schefflein, 2011), la OMS (World Health Organization WHO, 2018), la Sociedad Británica de Psicología o la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA-European Federation of Psychologists Association) coinciden en señalar varios puntos comunes respecto al suicidio:

1. que la prevención del suicidio debe ser un área de actuación prioritaria,
2. que se debe superar una serie de barreras tales como la falta de sensibilización y el tabú y el estigma alrededor de este problema,
3. que es un problema prevenible, ya que la estrategia de identificación temprana de pensamientos y conductas suicidas y la atención y cuidado eficaz de quienes están en riesgo con claves para garantizar la prevención del suicidio,
4. que los enfoques psicológicos o psicosociales juegan un papel muy importante, ya que la comunicación y las relaciones interpersonales forman parte central de la prevención, y estas son herramientas esencialmente psicológicas.

En cuanto a la evidencia existente sobre la eficacia de actuaciones de prevención del suicidio una primera cuestión es clarificar que tipos de prevención hay y hacia quien ha ido dirigida.

Existen actualmente diversas clasificaciones y diferenciaciones en los programas de prevención. Una de las más aceptadas es la que realiza la

OMS en su Glosario sobre Promoción de la Salud (1998), según el cual la prevención puede ser primaria si está dirigida a evitar la adquisición e incidencia de una enfermedad en población general sana, secundaria para detectar y frenar la evolución y prevalencia de una enfermedad en estadios precoces, y terciaria orientada al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad para reducir la invalidez funcional de las personas. Según la clasificación de Mrazek and Haggerty (1994), podemos subdividir la prevención en tres tipos: universal si está dirigida a una población general, selectiva si se dirige a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor que el promedio de contraer una enfermedad, o indicada si está centrada en aquellas personas de alto riesgo a las que se le han detectado síntomas o signos que pronostican o predisponen a contraer una enfermedad. Asimismo, Katz y colaboradores, en una revisión reciente sobre el suicidio (Katz *et al.*, 2013), distinguen cinco tipos diferentes de prevención: (i) programas de educación o toma de conciencia del problema; (ii) entrenamiento a *gatekeepers* (principalmente profesores y personal de la escuela); (iii) entrenamiento de liderazgo entre compañeros; (iv) programas de entrenamiento en habilidades, y (v) programas de detección y evaluación de sujetos en riesgo. Por tanto, los programas de prevención se pueden agrupar en estudios de prevención directa, dirigidos a los niños y adolescentes; y prevención indirecta, o dirigidos al entrenamiento de personal adulto de los colegios o familiares para la detección de señales de ideación suicida.

Cabe destacar un estudio reciente titulado “Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review” (Zalsman *et al.*, 2016) que indica que en los últimos 10 años se han desarrollado una serie de actuaciones preventivas, llegando a la conclusión que no existe una estrategia única que claramente supere a las demás, sino que es la combinación de estrategias basadas en la evidencia centradas en el individuo y las centradas en los colectivos las que deberían considerarse y evaluarse en el futuro.

Estas revisiones señalan que la mayoría de estudios que realizan programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes, incluyen psicoeducación para reducir el estigma y aumentar los conocimientos generales sobre el suicidio, y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de ayuda y resolución e problemas para reducir el estrés y los factores de riesgo del suicidio. Además, la mayoría de programas se realizan en la escuela, que es un lugar clave para su implementación y recalcan la importancia de incluir a los padres en el proceso de tratamiento (Katz *et al.*, 2013; Zalsman *et al.*, 2016).

Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, no son muchos los países que ciertamente toman un compromiso activo para desarrollar actividades preventivas contra el suicidio (World Health Organization, 2012). De hecho, la OMS estima que actualmente sólo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y únicamente 28 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Así, mientras que a nivel europeo se han realizado diversos programas de prevención de la conducta suicida –tales como la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD-European Alliance Against Depression), OSPI-Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe), PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness

through Networking in the EU), o EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), entre otros-, en España, hay todavía una escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar. Contrario a lo esperado, actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal, si bien es cierto que algunas de sus comunidades están llevando a cabo programas aislados de prevención (Rejón, 2015).

Formar a los profesionales para la detección de las señales de advertencia, bloquear el acceso a los medios para suicidarse, la intervención temprana de los trastornos mentales asociados (como la depresión o el alcoholismo) o sensibilizar a la población sobre el problema para reducir el estigma son, según la OMS (World Health Organization, 2012), algunas de las principales medidas de prevención del suicidio a implementar a nivel global.

Cabe destacar que queda mucho por hacer y éste y otros trabajos recientes pueden servir como pistoletazo de salida para el anunciado y altamente demandado Plan Nacional contra el Suicidio.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO) con número de referencia PSI-2017-88280-R, el proyecto de investigación PI13/00343 del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III y el proyecto "Trastorno por uso de alcohol y otras sustancias en estudiantes universitarios: factores de riesgo, incidencia, e impacto en la cohorte «Universal-Universidad y Salud Mental»" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También ha sido apoyado por la Red PROEMA "Promoción de la salud mental emocional en adolescentes" otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Anseán, A.** (2014). "Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS", en Anseán, A. (ed.) *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, pp. 27-34.
- Bas-Sarmiento, P.; Saucedo-Moreno, M. J.; Fernández-Gutiérrez, M., y Poza-Méndez, M.** (2017). "Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature", *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), pp. 111-121.
- Calvete, E.; Orue, I.; Aizpuru, L., y Brotherton, H.** (2015). "Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents". *Psicothema*, 27(3), pp. 223-228.
- Canetto, S. S., y Sakinofsky, I.** (1998). "The gender paradox in suicide", *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), pp. 1-23.
- Castellví, P.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqeras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Rodríguez-Jiménez, T.; Soto-Sanz, V., y Alonso, J.** (2017). "Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), pp. 195-211.
- Castellví, P.; Lucas-Romero, E.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqeras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V., y Alonso, J.** (2017). "Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 215, pp. 37-48.

- Fergusson, D.; Horwood, J., y Lynskey, M.** (1993). "Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), pp. 1127-1134.
- Franklin, J. C.; Ribeiro, J. D.; Fox, K. R.; Bentley, K. H.; Kleiman, E. M.; Huang, X.; Musacchio, K. M.; Jaroszewski, A. C.; Chang, B. P., y Nock, M. K.** (2017). "Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research", *Psychological Bulletin*, 143(2), pp. 187-232.
- Gili, M.; Castellví, P.; Vives, M.; De la Torre-Luque, A.; Almenara, J.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Pérez-Ara, M. A.; Miranda-Mendizábal, A.; Lagares, C.; Parés-Badell, O.; Piqueras, J. A.; Rodríguez-Jiménez, T.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V.; Alonso, J. y Roca, M.** (2018). "Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies", *Journal Of Affective Disorders*, 245, pp. 152-162.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida** (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Instituto Nacional de Estadística** (2018). *Instituto Nacional de Estadística (INE)*. Madrid: INE.
- Interian, A.; Chesin, M.; Kline, A.; Miller, R.; St. Hill, L.; Latorre, M.; Shcherbakov, A.; King, A., y Stanley, B.** (2018). "Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors", *Archives of Suicide Research*, 22(2), pp. 278-294.
- Kaess, M.; Parzer, P.; Haffner, J.; Steen, R.; Roos, J.; Klett, M.; Brunner, R., y Resch, F.** (2011). "Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study", *BMC Public Health*, 11, p. 597.
- Katz, C.; Bolton, S. L.; Katz, L. Y.; Isaak, C.; Tilston-Jones, T.; Sareen, J., y Swampy Cree Suicide Prevention Team** (2013). "A systematic review of school-based suicide prevention programs", *Depression and Anxiety*, 30(10), pp. 1030-1045.
- Lucassen, M. F.; Stasiak, K.; Samra, R.; Frampton, C. M., y Merry, S. N.** (2017). "Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies", *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), pp. 774-787.
- Mergl, R.; Koburger, N.; Heinrichs, K.; Székely, A.; Tóth, M. D.; Coyne, J.; Quintao, S.; Värnik, A.; Arensman, E.; Coffey, C.; Maxwell, M.; Värnik, A.; Van Audenhove, C.; McDavid, D.; Sarchiapone, M.; Schmidtke, A.; Genz, A.; Gusmão, R., y Hegerl, R.** (2015). "What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries", *PLoS ONE*, 10(7), pp. 1-18.
- Miranda-Mendizábal, A.; Castellví, P.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqueras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V.; Vilagut, G., y Alonso, J.** (2017). "Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis", *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), pp. 77-87.
- Moleiro, C.** (2018). "Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World", *Frontiers in Psychiatry*, 9(August), p. 366.
- Mollá, L.; Vila, S. B.; Treen, D.; López, J.; Sanz, N.; Martín, L. M.; Pérez, V., y Bulbena, A.** (2015). "Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), pp. 51-61.
- Mrazek, P., y Haggerty, R.** (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Murray, C. J. L., et al.** (2012). "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, 380(9859), pp. 2197-2223.
- Nock, M. K., et al.** (2008). "Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts", *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Organización Mundial de la Salud** (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud** (no date). *Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud*. Ginebra: OMS.
- Posner, K.; Brown, G. K.; Stanley, B.; Brent, D. A.; Yershova, K. V.; Oquendo, M. A.; Currier, G. M.; Melvin, G. A.; Greenhill, L.; Shen, S., y Mann, J. J.** (2011). "The Columbia-Suicide Severity Rating Scale:

Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults", *American Journal of Psychiatry*, 168(12), pp. 1266-1277.

Posner, K.; Oquendo, M. A.; Gould, M.; Stanley, B., y Davies, M. (2007). "Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants", *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.

Posner, K.; Brodsky, B.; Yershova, K.; Buchanan, J., y Mann, J. (2014). "The classification of suicidal behavior", en **Nock, M. K.** (ed.) *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, pp. 7-22.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica et al. (2018). 'Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica', p. 137. doi: [10.1007/s00586-014-3310-2](https://doi.org/10.1007/s00586-014-3310-2)

Rejón, R. (2015). *España ignora a la OMS y sigue sin plan nacional para atajar los suicidios, que suben un 10%*, *eldiario.es*. Disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/Espana-nacional-prevencion-crecer-suicidio_0_428707822.html (accedido: 1 febrero 2019).

Scheftlein, J. (2011). "The European Pact for Mental Health and Well-being", *Psychiatrische Praxis*, 38(S01), K02.

Van Spijker, B. A. J.; Van Straten, A.; Kerkhof, A. J.; Hoeymans, N., y Smit (2011). 'Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts', *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 341-347.

Värnik, A.; Kõlves, K.; Van der Feltz-Cornelis, C. M.; Marusic, A.; Oskarsson, H.; Palmer, A.; Reisch, T.; Scheerder, G.; Arensman, E.; Aromaa, E.; Giupponi, G.; Gusmao, R.; Maxwell, M.; Pull, C.; Szekeley, A.; Pérez-Sola, V., y Hegerl, U. (2008). "Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), pp. 545-551.

World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative*, *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (WHO) (2018). *Suicide*, *World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (accedido: 1 febrero de 2019).

Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; Van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Hoschl, C.; Barzilay, R.; Balazs, J.; Purebl, G.; Kahn, J. P.; Sáiz, P. A.; Lipsicas, C. B.; Bobes, J.; Cozman, D.; Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). 'Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review', *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

4

Cibervictimización durante la adolescencia: reflexiones sobre un fenómeno en crecimiento y estrategias de intervención

El artículo analiza la cibervictimización. En primer lugar, se define el fenómeno, se aporta información de su prevalencia (cibervictimización severa promedio 5%), se identifican variables que pueden predecir cibervictimización (rasgos de personalidad, antecedentes victimización cara-a-cara, uso inadecuado de Internet...), y las graves consecuencias de sufrir cibervictimización. Sufrir *cyberbullying* puede conducir al suicidio y a la violencia juvenil, pero incluso cuando no conlleva estos dramáticos efectos puede tener graves consecuencias (ansiedad, depresión, estrés postraumático, disminución del rendimiento académico, trastornos del sueño, somatizaciones, trastornos en la conducta alimentaria, ingesta de alcohol y drogas...). A la luz del considerable porcentaje de cibervíctimas y de las graves consecuencias de la victimización, se evidencia la necesidad de identificar a aquellos que sufren esta violencia, para posteriormente poner medidas de prevención-intervención pertinentes. En segundo lugar, se describen tres estrategias para identificar a las víctimas: observar la conducta en la escuela y la familia, solicitar información sociométrica a los compañeros-as de clase, y aplicar autoinformes. Finalmente, se discute sobre la prevención y la intervención para erradicar estas luctuosas situaciones, planteando acciones desde la sociedad, los centros educativos, la familia y también del ámbito clínico cuando la victimización ha generado daños emocionales de consideración.

Palabras clave: cibervictimización, *bullying*, *cyberbullying*, prevalencia, consecuencias, identificación, prevención, intervención.

Cibervictimización: definición, prevalencia, perfiles y consecuencias

Cibervictimización: ¿Qué es?

El *bullying* es un tipo de violencia escolar, donde uno o varios agresores-agresoras intencionalmente causan dolor, agreden, acosan, humillan y someten reiteradamente a otro compañero o compañera "cara-a-cara", presencialmente. En los últimos años ha surgido otra forma de *bullying*, el *cyberbullying* que consiste en utilizar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), principalmente Internet y el móvil, para ejercer acoso a otros iguales. En el *cyberbullying*, igual que en el *bullying* presencial, nos encontramos con una víctima indefensa, acosada por uno o varios ciberagresores que realizan diversas conductas de *cyberbullying* a la víctima, con intención de hacerle daño, con crueldad de hacerla sufrir, y estas conductas agresivas se repiten con frecuencia, existe una relación dominio-sumisión entre el ciberagresor y la cibervíctima; y las conductas que sufre la víctima le provocan dolor en el momento que se producen y también de forma sostenida, ya que la angustia está flotante todo el tiempo por las expectativas que tiene de sufrir futuros ataques, agresiones o humillaciones

que anticipa sufrir. Aunque se tiene en cuenta la reiteración de la conducta, hay que matizar que en *cyberbullying* en ocasiones una única conducta, por ejemplo, difundir una foto o un vídeo, puede ser muy grave al ser vista por multitud de personas y mantenerse *online* durante mucho tiempo.

¿Qué conductas sufren las cibervíctimas? Una revisión de las conductas identificadas por numerosos autores (Aftab, 2010; Garaigordobil, 2017a; Kowalski, Agatston, y Limber, 2010; Tokunaga, 2010; Urra, 2018) permite identificar un amplio catálogo de conductas, por ejemplo: (1) Reciben mensajes a través del móvil o del correo electrónico insultantes, desvalorizantes y/o amenazantes, intimidatorios (fea, gordo, todos te odian, deberías morir, ten cuidado que te vamos a machacar...); (2) Reciben llamadas de teléfono anónimas para atemorizarle y llamadas para amenazarle, intimidarle, insultarle, desvalorizarle...; (3) Manipulan sus fotografías para ridiculizarle o crear una imagen falsa que distribuyen por móvil o internet; (4) Le excluyen, aíslan, no le dejan participar en las redes sociales (Facebook, WhatsApp, Instagram...); (5) Le roban la contraseña y suplantan su identidad (por ejemplo, envían mensajes agresivos a sus contactos para que éstos se enfaden con la víctima; violan su intimidad, cambian la contraseña para impedirle el acceso a su cuenta de correo...); (6) Le provocan en chats, juegos *online*, comunidades virtuales... para conseguir una reacción violenta que luego denuncian al responsable del servicio para que éste le impida el acceso al servicio; (7) Crean un perfil falso a nombre de la víctima y, por ejemplo, hacen ofertas explícitas de contactos sexuales indicando el móvil de la víctima para contacto...; (8) Dan de alta su dirección de correo electrónico en algunos sitios web para que reciba continuamente SPAM...; (9) Difunden mentiras sobre su persona para perjudicarla (falsos rumores, difamaciones...); (10) Difunden información secreta o embarazosa de la víctima, por ejemplo, referida a su orientación e identidad sexual...; (11) La denigran o hablan mal de la víctima en una web, en el blog personal, en una red social...; (12) Hacen encuestas para degradarla, por ejemplo, para elegirla como más fea, menos inteligente, la más gorda... y llenarle de puntos o votos que le llegan a su correo electrónico; (13) Le dan una paliza o le colocan en una situación humillante, lo graban con el móvil y difunden el vídeo vía móvil o lo suben a YouTube (happy slapping)...

Prevalencia: Porcentaje de cibervíctimas

¿Qué porcentaje de estudiantes sufren *cyberbullying*? Para dar respuesta a esta pregunta, se ha realizado una revisión sistemática (Garaigordobil, 2017a) utilizando diversidad de bases de datos (PsycInfo, Psycodoc, Scopus, Dialnet, CSIC, Latindex, PsycArticles, Eric, Google Scholar...) que ha permitido identificar 171 estudios epidemiológicos que aportan datos de la prevalencia del *cyberbullying* (2000-2017). La revisión de los estudios de prevalencia de *cyberbullying* nacionales (21) e internacionales (150) muestra un rango de porcentajes de cibervictimización grave/severa (frecuente y muy frecuente) que oscila entre 1% y 10%, siendo el promedio de cibervictimización severa aproximadamente 5%. Sin embargo, el porcentaje de estudiantes que sufren conductas de *cyberbullying* aunque sea ocasionalmente supera en algunos estudios el 60%.

Tal y como se puede observar en la revisión realizada (Garaigordobil, 2017a), el *cyberbullying* es un fenómeno en crecimiento ya que en cada estudio que se lleva a cabo aparecen mayores porcentajes de estudiantes cibervictimizados. Este incremento se está produciendo porque: (1) Se

accede a las nuevas tecnologías (Internet, móvil...) cada vez a edad más temprana; (2) Las actividades en el ciberespacio tienen cada vez más relevancia en la vida de las personas como espacio de socialización, ocio, aprendizaje...; (3) Al no darse una situación cara-a-cara se percibe menos el daño que se causa a la víctima, incluso a veces los ciberagresores consideran su conducta un juego, un rol de ficción, sin apenas conciencia del dolor que causa su conducta en la víctima; (4) Muchos ciberagresores piensan que su conducta es anónima y esta percepción de anonimato incrementa la sensación de impunidad; y (5) En internet los ciberagresores se agrupan, elaboran y difunden materiales audiovisuales muy fácilmente.

Los porcentajes de estudiantes que sufren cibervictimización varían en los distintos estudios, que no son fácilmente comparables, ya que difieren las edades de los participantes, los instrumentos de evaluación utilizados, el tipo de ciberconductas estudiadas, o el intervalo de tiempo considerado para informar sobre las conductas sufridas. Por ello, solo se puede aportar una horquilla de porcentajes de cibervictimización grave y ocasional. No obstante, los estudios confirman que un significativo porcentaje de estudiantes sufre cibervictimización de distinta intensidad, lo que enfatiza la necesidad de identificar a los que sufren estas conductas y poner en marcha medidas de prevención-intervención que erradiquen estas lesivas conductas que tan graves consecuencias tienen para las víctimas.

Aunque existen discrepancias sobre las diferencias entre sexos, hay una tendencia a encontrar más cibervíctimas chicas. El *cyberbullying* ya aparece en los últimos años de educación primaria (10-11 años), y aumenta significativamente con la edad. Las conductas que se han identificado más frecuentes: los mensajes de texto insultantes y amenazadores, la difusión de fotografías y vídeos, la exclusión social en los grupos de redes sociales, insultar, hablar mal y hacer circular rumores y difamar a la víctima.

El perfil de las cibervíctimas: ¿Causa o consecuencia de la cibervictimización?

Algunos estudios analizan perfiles y características de las víctimas para intervenir preventivamente en aquellos estudiantes que presenten un perfil de riesgo, es decir, antes de encontrarse en una situación de victimización. Revisando los indicadores que predicen la probabilidad de convertirse en cibervíctima, identificados en diversos trabajos (Cook, Williams, Guerra, Kim, y Sadek, 2010; Garaigordobil, 2018; Garaigordobil y Oñederra, 2010; Urrea, 2018) caben destacar los siguientes: (1) Ser o haber sido víctima de *bullying* presencial o cara-a-cara en la escuela; (2) Tener baja autoestima; (3) Tendencia al aislamiento, a la introversión; (4) Pocas habilidades sociales, de resolución de problemas, baja asertividad y competencia social; (4) Pensar que Internet es un sitio seguro; (5) Compartir las contraseñas con otras personas; (6) No tener en cuenta normas de seguridad informática (utilizar siempre la misma contraseña o contraseñas no seguras); (7) Aportar datos personales en Internet (redes sociales, webs...) o dar estos datos a personas que se conocen por Internet; (8) Enviar fotos y vídeos personales a otras personas que se han conocido en Internet, y especialmente fotos insinuantes, eróticas y/o pornográficas (*sexting*); (8) Aceptar como amigos/as a personas desconocidas; (9) Haberse reunido con personas a las que se ha conocido por Internet...

En relación a los perfiles, no podemos olvidar la existencia de cibervíctimas que son también ciberagresores, por lo que presentan otros rasgos

asociados al perfil del agresor y/o del ciberagresor (conductas agresivas, trasgresión de normas, desconexión moral, baja tolerancia a la frustración...) que también evidencia un perfil complejo. Además, cabe cuestionar si algunas de estas características (baja autoestima, tendencia al aislamiento, a la introversión...) son consecuencias de sufrir victimización y no factores causales o etiológicos que configuren un perfil de riesgo.

Para identificar a las víctimas es útil escuchar las razones que dan los agresores cuando les preguntamos por las razones de su conducta. En un estudio epidemiológico (Garaigordobil, 2013) realizado con 3.026 adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años (educación secundaria y bachiller) a la pregunta “¿Qué razones o motivos te conducen a realizar esas conductas agresivas, de acoso sea cara-a-cara o a través del móvil e internet, a tus compañeros?” los adolescentes/jóvenes de la muestra que habían realizado conductas agresivas hacia otros compañeros (n = 469) dijeron, porque: se lo merecen (40,9%), lo ha decidido el grupo (20,9%), me divierte (17,9%), quiero evitar ser víctima (13,9%), piensan distinto que yo (10,9%), son demasiado listos y no les aguanto (10,4%), son más débiles (8,3%), son torpes (7,7%), quiero ser amigo del líder (7,5%), son homosexuales, lesbianas... (7,2%), son tímidos (6,2%), son de otra raza (5,3%), tienen algún defecto o discapacidad (4,5%), son de un sexo inferior (3,2%). De este listado de razones llama la atención el elevado porcentaje de agresores que atribuyen la responsabilidad de sus acciones a la víctima, así como el componente perverso de la agresión como medio de diversión en un porcentaje importante de estudiantes.

Cuando les hemos preguntado a los agresores por qué realizan estos comportamientos, dan respuestas racistas (porque es de otra raza), homófobas (es homosexual, gay, lesbiana, bisexual...), sexistas (es de un sexo inferior), por tener diferentes ideas políticas, por ser diferente... Si hay algún rasgo que aumenta la probabilidad de convertirse en víctima éste es “ser diferente”, cualquier diferencia aumenta la probabilidad de convertirse en víctima de cualquier tipo de acoso, ser diferente porque es muy alto o muy bajo, muy gordo o muy delgado, con altas capacidades o con discapacidad intelectual, con una orientación e identidad sexual y de género no-normativa... Por ello, con independencia de perfiles, lo que podemos constatar es que existen colectivos claramente vulnerables, precisamente porque son diferentes por su raza, religión, orientación-identidad sexual, aspecto físico discrepante con el modelo estético corporal imperante (gordos...)... Incluso, en ocasiones, no hay razones, y cuando se pregunta a los agresores por su conducta dicen “porque es un pringado, porque se lo merece (haciendo una atribución externa de su conducta agresiva).

Cibervictimización: Consecuencias

El daño emocional del *bullying* en cualquiera de sus modalidades es muy significativo. Si las víctimas de *bullying* cara-a-cara experimentan depresión, ansiedad, fracaso escolar, estrés postraumático, descenso de su autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño... Las víctimas de *cyberbullying* sufren lo mismo e incluso mayor daño psicológico, porque la información humillante está disponible 24 horas del día para todos, los acosadores con frecuencia son anónimos, y generalmente es muy difícil eliminar el material publicado que permanece accesible durante mucho tiempo.

Al hablar de las consecuencias del *cyberbullying*, suelen emerger los episodios más dramáticos, es decir, los que implican amenazas graves contra

la integridad de la víctima o los que conducen al suicidio. Hay evidencia de que en los últimos años algunos adolescentes y jóvenes cibervictimizados, no teniendo capacidad para soportar más sufrimiento se suicidaron. Algunos ejemplos de suicidio por cibervictimización son:

- ✓ Ryan Patrick Halligan de 13 años (Vermont, EEUU, 2003) (Ryan, 2003).
- ✓ Phoebe Prince de 15 años (Massachusetts, EEUU, 2010) (Dpa, 2010; Miller 2010).
- ✓ Tyler Clementi de 18 años (Nueva Jersey, EEUU, 2010) (Tyler Clementi Foundation, 2010).
- ✓ Felicia García de 15 años (EEUU, 2012) (ABC, 2012; Yee, 2012).
- ✓ Amanda Todd de 15 años (Canada, 2012) (Díaz, 2018).
- ✓ Carla Díaz de 13 años (Gijón, España, 2013) (Gosálvez, 2014, Rendueles y Marlasca, 2015; Simón, 2014).
- ✓ Oriana Belen Picotti de 15 años (Argentina, 2016) (García, 2017).

Sin duda, estas situaciones son muy dramáticas, conmueven a la sociedad cuando suceden, alcanzando una gran repercusión mediática y, por tanto, un gran impacto sobre los padres/madres, los y las docentes, así como sobre toda la sociedad en general. En su punto más extremo, el *cyberbullying*, igual que el *bullying*, puede llevar al suicidio y a la violencia juvenil. Pero incluso cuando la victimización no llegue a tener estos dramáticos efectos, suele tener en general graves consecuencias para la vida de las personas, que afectan a su adaptación personal, social...

El *cyberbullying* es un fenómeno más reciente que el *bullying* “cara-a-cara” y por ello son pocas las investigaciones que han explorado sus efectos. Los estudios llevados a cabo evidencian que el *cyberbullying* puede afectar a un porcentaje muy alto de adolescentes (varía en función de los países), que puede ser tan negativo como una agresión física, y que es tan implacable y emocionalmente devastador que puede a veces llevar al suicidio y al asesinato. En algunos trabajos (Smith, Mahdavi, Carvalho y Tippett, 2006) en los que se ha preguntado a las víctimas sobre los efectos de las formas de maltrato tradicionales y *online*, las formas electrónicas eran percibidas como más severas, sobre todo cuando estas tenían un carácter más público o amenazante.

En un estudio epidemiológico (Garaigordobil, 2013) realizado con 3.026 adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años, a la pregunta “¿Qué sientes o has sentido cuándo te han acosado sea cara-a-cara o a través del móvil e internet?”, los que respondieron ($n = 600$) dijeron que les generó sentimientos de rabia o ira (41,8%), preocupación (27,9%), deseos de venganza (25,9%), rencor (23,5%), miedo o temor (20%), tristeza (18,3%), indiferencia (17,6%), vergüenza (12,5%), y culpabilidad (5,9%). A la pregunta “¿Qué efectos han tenido en ti estas actuaciones?” dijeron literalmente “un trastorno alimentario, un cambio de personalidad, soledad por ver que todo el mundo piensa negativamente de ti, estar más triste y alejarme de los compañeros que me apoyan, enfadarme con una amiga y no hablarle en cinco meses, no querer ir al colegio, me sentía tan mal que mis padres me cambiaron de colegio, dejar de ir a sitios que antes frecuentaba por miedo, pagarlo con mis padres y contestarles mal, miedo a que la gente se enterara de lo ocurrido, preocuparme un montón, preocuparme por la gente que me rodea, desmotivación, enfadarme y sentirme humillado...”.

Recientemente se ha realizado una revisión sistemática de estudios (2004-2017) (Garaigordobil, 2018) que ha permitido identificar 38 investigaciones que muestran los efectos a nivel emocional, psicosocial, académico..., es decir, las consecuencias del *cyberbullying*. *Las cibervíctimas tienen sentimientos de inseguridad, soledad, tristeza, infelicidad, indefensión, ansiedad, irritabilidad, depresión moderada y/o severa, ideación suicida (algunas consuman el suicidio), estrés postraumático, temor, miedo, baja autoestima, falta de confianza en sí mismos, baja estabilidad emocional, sentimientos de ira y frustración, somatizaciones, trastornos del sueño, trastornos en la conducta alimentaria, fobias, dificultades en su rendimiento académico, ingesta de alcohol y drogas, bajo ajuste social, ansiedad social...*, es decir, numerosos problemas *internalizantes* y *externalizantes*. Además, estas consecuencias en muchas ocasiones perduran a medio y largo plazo. No son pocas las personas que acuden a las consultas de los psicólogos por problemas de ansiedad, depresión, fobia social... que han sufrido *bullying* y/o *cyberbullying* durante la infancia, la adolescencia o la juventud.

El acoso en todas sus modalidades (presencial y tecnológico) constituye, hoy en día, un relevante problema en los centros escolares, cuya frecuencia tanto dentro como fuera de las aulas, ha experimentado un crecimiento en los últimos años. Su considerable prevalencia y las graves consecuencias que puede tener, permiten considerarlo como un problema de salud pública.

Cibervictimización: identificación y evaluación

El considerable porcentaje de cibervíctimas y las graves consecuencias de sufrir victimización, evidencian la necesidad de identificar estudiantes que están sufriendo este tipo de violencia, para poner medidas de prevención y de intervención cuando estas conductas aparecen. Tres son las estrategias que se pueden utilizar para identificar a las víctimas: (1) Observación de la conducta en la escuela y la familia, (2) Solicitar información a los compañeros y compañeras de clase, que siempre saben lo que está sucediendo, y (3) Aplicar autoinformes estandarizados en los que las víctimas tienen la oportunidad de informar de su situación.

¿Qué conductas se pueden observar en las cibervíctimas que pueden ser indicios de estar sufriendo victimización?:

- ✓ *Conductas depresivas*: Muestran tristeza, apatía, indiferencia, pesimismo, poca comunicación, lloran con facilidad, están deprimidas. En casos graves expresan ideación de suicidio, pueden llegar a realizar alguna tentativa o incluso consumarlo.
- ✓ *Conductas ansiosas*: Manifiestan nerviosismo, ansiedad, angustia, estrés, tienen insomnio, pesadillas..., pueden llegar a sufrir ataques de pánico.
- ✓ *Inestabilidad emocional*: Tienen humor inestable, alternan lábilmente momentos de tristeza-apatía-indiferencia con irritabilidad-agresividad, o de relajación y tensión.
- ✓ *Dificultades en las relaciones sociales*: No quieren salir de casa, no tienen amigos, son objeto de burlas, bromas desagradables.
- ✓ *Problemas con el rendimiento académico*: Muestran altibajos y/o descensos significativos en su rendimiento académico.
- ✓ *Síntomas psicosomáticos*: Con frecuencia tienen enfermedades (dolores de cabeza, de estómago, vómitos, malestar generalizado, mareos,

diarreas...); modifican sus hábitos alimenticios (irregularidades, pérdida de apetito, trastornos...), tartamudea...

- ✓ *Abandona actividades de ocio hasta ese momento preferidas.*
- ✓ *Signos de alteración ante el ordenador y/o el móvil:* Parece alterado después de estar en el ordenador, de ver un mensaje en el móvil, o de recibir una llamada extraña cuyo origen oculta.
- ✓ *Cambios el uso de dispositivos o de internet:* Se oculta cuando se comunica por internet o por móvil...

Para identificar a las víctimas, además de observar la conducta, podemos solicitar información a los compañeros, a los iguales, ya que ellos siempre saben lo que está sucediendo. Teniendo en cuenta la coocurrencia existente entre ser víctima de acoso cara-a-cara y digital, se puede aplicar un cuestionario sociométrico anónimo y pedirles que indiquen los nombres de las personas del grupo que son víctimas y/o cibervíctimas (sufren agresiones físicas, insultos, humillaciones, se les excluye, no se les deja participar, les acosan a través de las redes sociales, internet, el móvil...). Un cuestionario de este tipo en poco tiempo puede aportar una nítida radiografía de las relaciones intragrupo, de las redes, y de las personas que sufren agresiones de sus iguales ya sean cara-a-cara o a través de medios tecnológicos.

Finalmente, otra opción para poder identificar a las cibervíctimas es la utilización de autoinformes. En los últimos años se han desarrollado varios, no todos con garantías psicométricas, a través de los cuales solicitamos información a los/las estudiantes para que puedan informar de las conductas de *cyberbullying* que sufren y con qué frecuencia. Se ha realizado una búsqueda de instrumentos recientes (2010-actualidad) para identificar y evaluar la cibervictimización, seleccionando 11 instrumentos:

- ✓ Cuestionario de *Cyberbullying*-Victimización (Estévez, Villardón, Calvete, Padilla, y Orue, 2010).
- ✓ Escala en línea de victimización (Tynes, Rose, y Williams, 2010).
- ✓ La escala cibervictimización (Çetin, Yaman, y Peker, 2011).
- ✓ Escala de victimización de adolescentes a través del móvil e internet (Buelga, Cava, y Musitu, 2012).
- ✓ La escala de E-victimización (Lam y Li, 2013).
- ✓ El cuestionario de *cyberbullying* (Gámez-Guadix, Villa-George, y Calvete, 2014).
- ✓ La escala de *cyberbullying* (Stewart, Drescher, Maack, Ebesutani, y Young, 2014).
- ✓ El cuestionario de cibervictimización (Álvarez-García, Dobarro, y Nuñez, 2015).
- ✓ Escala del impacto emocional de la cibervictimización (Elipe, Mora-Merchán, y Nacimiento, 2017).
- ✓ *Cyberbullying*. Screening de acoso entre iguales. Screening del acoso escolar presencial (*bullying*) y tecnológico (*cyberbullying*) (Garaigordobil, 2013, 2017b).
- ✓ Cuestionario de *Cyberbullying* (González-Cabrera, León-Mejía,

Machimbarrena, Balea y Calvete, 2019).

- ✓ Escala de ciber-victimización (Buelga, Martínez-Ferrer, Cava y Ortega-Barón, 2019).

A modo de ejemplo de estos autoinformes, uno con garantías psicométricas de fiabilidad y validez: *Cyberbullying: Screening del acoso entre iguales* (Garaigordobil, 2013, 2017b). El test *Cyberbullying* es un instrumento de evaluación estandarizado que se configura con dos escalas que permiten explorar en la persona evaluada el *bullying* presencial y el *cyberbullying*. La escala de *bullying* evalúa 4 tipos de acoso presencial o cara-a-cara: físico (golpear, pegar, empujar, romper o robar los objetos de la víctima), verbal (insultos, motes, calumnias, hablar mal de la víctima...), social (excluir, aislar, no dejarle participar en grupos y actividades) y psicológico (humillar, amenazar, crear inseguridad y miedo). En la escala de *cyberbullying* se exploran 15 conductas: enviar mensajes ofensivos e insultantes, hacer llamadas ofensivas, grabar una paliza y colgar el vídeo en YouTube, difundir fotos o vídeos comprometidos, hacer fotos robadas y difundirlas, hacer llamadas anónimas para asustar, chantajear o amenazar, acosar sexualmente, difundir rumores, secretos y mentiras, robar la contraseña de acceso al correo, trucar fotos o vídeos y subirlos a YouTube, aislar en las redes sociales, chantajear para no divulgar cosas íntimas, amenazar de muerte y difamar. En ambas escalas, cada persona evaluada responde si en el último año ha sufrido esas conductas como víctima, las ha realizado como agresor y las ha observado realizar a otros.

Lo importante, con independencia del medio que utilicemos para detectar y evaluar el *bullying/cyberbullying*, es sacar a la luz comportamientos que muchas veces se desarrollan en la sombra, ya que identificar estas situaciones, identificar a las víctimas es el primer paso para poder intervenir con la finalidad de erradicar estas conductas.

Cyberbullying: prevención e intervención

Factores que influyen en la conducta violenta

¿Qué se puede hacer para prevenir el *bullying/cyberbullying*? Para responder a esta pregunta primero hay que señalar que son muchos los factores que influyen en la conducta social de las personas: culturales, familiares, escolares y personales.

Factores Socioculturales: Las normas sociales y los valores culturales que se refuerzan en cada cultura influyen en las conductas de sus miembros. Hay culturas que reprobaban la agresión mientras que otras la recompensan. También, cada contexto cultural estimula actividades de ocio que condicionan la conducta de los seres humanos. Hay muchas evidencias de estudios que confirman que los niños y adolescentes que ven mucha violencia en la televisión, internet, videojuegos... Se comportan de forma más agresiva y tienen menos empatía con las víctimas de agresiones. Cuando las personas observan con frecuencia conductas violentas tanto de forma directa como a través de las pantallas, tienden a considerar que el uso de la violencia es algo normal, se insensibilizan ante el dolor ajeno, y la violencia la perciben como algo normal para resolver conflictos, constatando que en muchas ocasiones los violentos dominan y ganan.

Factores Familiares: La investigación ha evidenciado que los niños y adolescentes agresivos con mayor probabilidad viven en familias desestructuradas (con abuso de sustancias, conflictos de pareja, problemas de delincuencia, que no aportan cuidado y afecto, donde hay abandono,

maltrato y abuso hacia los hijos, con modelos muy autoritarios, agresivos-punitivos) y familias muy permisivas (con disciplina inconsistente, donde no hay normas estables y por lo tanto no hay diferenciación entre conductas adecuadas e inadecuadas).

Factores Escolares: Varios estudios han puesto de relieve que algunos factores escolares aumentan la probabilidad de que la conducta violenta aparezca, por ejemplo, que los profesores y compañeros sean modelos y agentes de refuerzo de la conducta violenta, que no se transmitan valores socio-morales positivos, no se sancionen las conductas violentas, o se transmitan estereotipos sexistas/racistas en las prácticas educativas.

Factores de Personalidad: Algunas características de la personalidad (baja empatía, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, dificultades control de la ira...) promueven con mayor probabilidad la conducta violenta, antisocial. Los estudios confirman que a mayor desarrollo cognitivo-moral y de la empatía, mayor probabilidad de aparición de la conducta prosocial.

Por consiguiente, la conducta social es una conducta compleja que está multideterminada. Teniendo en cuenta que la violencia aparece debido a múltiples factores (socioculturales, familiares, escolares, personales), la intervención para eliminarla debería realizarse desde múltiples direcciones: desde la sociedad, la escuela, la familia y también a nivel terapéutico individual.

Directrices para la prevención e intervención en la conducta violenta y en el bullying/cyberbullying

Intervención desde la sociedad

Desde la sociedad deberían realizarse diversidad de acciones con el objetivo de reducir la conducta violenta, entre otras acciones debería: (1) Controlar e inhibir la violencia que se expresa en la TV, internet, video-juegos... que refuerzan las conductas agresivas y antisociales, racistas, sexistas...; (2) Realizar campañas mediáticas, desde diversos medios de comunicación (televisión, radio, Internet...) dirigidas a toda la sociedad para acabar con los mitos o creencias irracionales que circulan socialmente sobre el *bullying/cyberbullying* (minimizan el daño que supone, destacan incluso su utilidad sugiriendo que el acoso curte y fortalece la personalidad, proyectan estereotipos sobre las víctimas y agresores, enfatizan la imposibilidad de erradicar estas conductas...), ya que estas creencias fomentan la pasividad frente a este fenómeno; y (3) Fomentar conductas no-violentas en los adultos adoptando mediante diversos mecanismos, actitudes combativas intelectual y moralmente contra todo tipo de violencia (colectiva, de género, entre iguales, racista...).

Intervención en los centros educativos

Los centros educativos, además de identificar y evaluar el *bullying/cyberbullying*, pueden prevenir que estas conductas aparezcan e intervenir cuando aparecen. Los centros tienen un papel relevante en la prevención y eliminación del acoso en todas sus modalidades. Las intervenciones en ámbitos educativos mediante la aplicación de programas se han demostrado eficaces, pudiéndose identificar 3 tipos de intervenciones:

1. *Los programas de intervención psicoeducativa que tienen como objetivo fomentar el desarrollo socio-emocional y prevenir la violencia.* En general los programas que fomentan el desarrollo socio-emocional que

promueven la comunicación (escucha), cooperación, conducta prosocial, tolerancia, empatía, respeto por las diferencias, derechos humanos, uso de técnicas para la resolución de conflictos pacíficas, destrezas para gestionar emociones negativas, autoestima y estima de los demás, valores ético-morales (diálogo, igualdad, solidaridad, justicia, tolerancia, paz)... inhiben las conductas violentas. Estos programas deberían ser sistemáticamente aplicados a lo largo de toda la escolarización (infantil, primaria, secundaria, bachiller...). Por ejemplo, de los programas existentes a nivel nacional caben mencionar:

- ✓ Los programas de juego cooperativo para grupos de niños y niñas 4 a 12 años (Garaigordobil y Fagoaga, 2006).
 - ✓ El programa de intervención para fomentar el desarrollo socioemocional durante la adolescencia (Garaigordobil, 2008).
 - ✓ El programa de educación de las emociones: la con-vivencia (Mestre, Tur, Samper y Malonda, 2012).
 - ✓ El programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales (Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2013).
 - ✓ El programa INTEMO. Programa de habilidades emocionales para jóvenes de 12 a 18 años (Ruiz, Cabello, Salguero, Palomera, Extremera y Fernández-Berrocal, 2013).
 - ✓ El programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes (Montoya, Postigo y González-Barrón, 2016)...
2. *Los programas antibullying de prevención*: Estos programas contienen actividades que confrontan directamente a los estudiantes con la violencia del *bullying* y *cyberbullying* y tienen como objetivos analizar las graves consecuencias de estas conductas para todos los implicados (víctimas, agresores, observadores), fomentar la empatía hacia las víctimas, controlar la conducta en los agresores, y movilizar el apoyo de los observadores cuando visionan estas situaciones. Por ejemplo, a nivel nacional, caben señalar:
- ✓ El Programa CIP: Concienciar, Informar y Prevenir (Cerezo, Calvo y Sánchez, 2011).
 - ✓ Programa ConRed, "Conocer, construir, convivir en Internet y las redes sociales" (del Rey, Casas y Ortega, 2012).
 - ✓ El programa del Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid (Luengo, 2014).
 - ✓ Cyberprogram 2.0. un programa para prevenir el *cyberbullying* (Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2014).
 - ✓ El Proyecto antibullying (Avilés, 2017)...
 - ✓ Prev@cib Programa de intervención para la prevención del *bullying* y *cyberbullying* (Ortega-Barón, Buelga, Ayllón, Martínez-Ferrer y Cava, 2019).

A modo de ejemplo, el programa Cyberprogram 2.0 para la prevención del *Cyberbullying* (Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2014) que está diseñado para implementarse con grupos de adolescentes, se configura con 25 actividades distribuidas en tres módulos o ejes de intervención: (1)

Conceptualización e identificación de roles (actividades para identificar y discriminar qué es *bullying/cyberbullying* y los roles implicados); (2) Consecuencias, derechos y responsabilidades (actividades para identificar las consecuencias para víctimas, agresores y observadores, los derechos de la víctima y la responsabilidad de todos); y (3) Estrategias de afrontamiento (actividades para identificar pautas de actuación desde todos los implicados -víctima, agresor, observador- para prevenir, afrontar, solucionar, eliminar o minimizar los efectos de este tipo de violencia). El programa se complementa con un videojuego *online* de acceso gratuito “Cybereduca cooperativo 2.0. Juego para la prevención del *bullying* y *cyberbullying* (Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2016) www.cybereduca.com. El videojuego se puede jugar con el grupo-aula, como cierre de la aplicación del programa Cyberprogram 2.0 y también en la familia, entre madres/ padres e hijos/as, porque el juego es un estímulo, un reactivo que permite hablar de estos temas en el contexto familiar, algo que es fundamental hacer para prevenir que los hijos e hijas se conviertan en víctimas y/o agresores. El videojuego es principalmente un trivial con preguntas y respuestas que giran en torno al *bullying/cyberbullying* en 5 categorías temáticas: ciberfenómenos y acoso, informática y seguridad, cibersexualidad, consecuencias del *bullying* y del *cyberbullying*, y afrontamiento del *bullying* y del *cyberbullying*.

3. *El protocolo antibullying cuando se detecta una situación de victimización*: Cuando la victimización y/o cibervictimización es ya una realidad, se requiere activar los protocolos *antibullying* que se han sistematizado en todas las Comunidades Autónomas. En general la activación del protocolo implica las siguientes fases de actuación: (1) Detección y obtención de información preliminar en la que se analiza la información recibida y las pruebas, se identifica a la víctima y al agresor(es)...; (2) Valoración del caso, realizando entrevistas con todos los implicados (víctima, agresor, familias de ambos, compañeros, profesores...), para elaborar un informe que clarifique: naturaleza, intensidad, duración, difusión y gravedad de la situación, alumnos implicados, efectos producidos, características de los dispositivos utilizados...; (3) Diseño del plan de acción y ejecución del mismo incluyendo actuaciones con todos los implicados (estudiantes, padres...); (4) Evaluación y seguimiento del plan de acción llevado a cabo; y (5) Desarrollo de actividades sistemáticas de sensibilización para evitar que estas situaciones no se vuelvan a producir.

Intervención desde el contexto familiar

La educación familiar desempeña un papel primordial, ya que los padres que son modelos de empatía y conducta social positiva y que refuerzan estas conductas en sus hijos e hijas tienen con mayor probabilidad hijos menos violentos. Los niños, niñas, y adolescentes que tienen un vínculo de apego seguro y buenas relaciones en la familia no suelen ser violentos.

La formación parental a través de escuelas de padres/madres donde se aporta información sobre pautas de crianza positivas que inhiben la violencia se ha evidenciado eficaz. Para prevenir que los hijos e hijas se conviertan en víctimas y/o agresores, hay pautas de crianza, conductas de educación parental que son factores protectores, entre los que se pueden señalar: (1) Estimular la autoestima del hijo (elogiar sus logros); (2) Reconocer las conductas positivas que realiza de forma espontánea y reforzarlas; (3) Demostrar amor incondicional (evitar culpar, criticar,

enfatar defectos... educar es alentar y disciplinar); (4) Promover la empatía y la conducta prosocial, educando en valores (igualdad, tolerancia, solidaridad, justicia, paz...); (5) Poner límites sin ser autoritarios, con coherencia en la disciplina; (6) Dedicar tiempo a los hijos e hijas, porque tiempo es afecto y aumenta el conocimiento de los hijos, lo que permite identificar los problemas incipientemente; (7) Ser un buen modelo de las conductas que se desean desarrollar en los hijos; (8) Hacer de la comunicación la prioridad en casa...

Y a los padres que descubren que su hijo o hija está siendo victimizado y/o cibervictimizado se les pueden sugerir algunas pautas de acción (ver Cuadro 1).

Intervención desde contextos clínicos

Cuando la violencia ya se ha producido, hay que realizar un diagnóstico de la situación de la víctima (a veces también agresora), y en función de los resultados poner en marcha la intervención terapéutica individual pertinente. Con las víctimas, además de poner el énfasis terapéutico en fortalecer sus recursos de afrontamiento, frecuentemente hay que incrementar su autoestima, fomentar sus habilidades sociales (asertividad, prosocialidad, resolución positiva de problemas...), aumentar su capacidad de regulación emocional (control de la ansiedad, depresión, ira...), estimulando su estabilidad emocional, los sentimientos de equilibrio, tranquilidad, sosiego. Además, con las víctimas que también son agresores, con frecuencia hay que reducir sus emociones negativas (ira, ansiedad...), y desarrollar su capacidad de empatía, tolerancia a la frustración, control de la ira-impulsividad, de resolución pacífica de conflictos. En ocasiones, se requiere también atender terapéuticamente adicciones identificadas en la fase diagnóstica (drogas, alcohol, internet, redes sociales...).

Para cubrir estos objetivos terapéuticos en el contexto del tratamiento individual con víctimas y/o agresores, las 3 técnicas más utilizadas son las: (1) Técnicas conductuales como el entrenamiento en habilidades sociales (asertividad, conducta prosocial, resolución problemas...), y reforzamiento de conductas positivas (control de la agresión y defensa de derechos propios); (2) Técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para cambiar creencias irracionales por otras formas de pensar más adaptativas (en víctimas -mejor no hacer nada, me lo hacen porque me lo merezco-, en agresores -así me respetarán), entrenamiento en autocontrol mediante el análisis de consecuencias y el aprendizaje de técnicas de reducción de la ira; y (3) Técnicas emocionales como el dibujo, el juego, los cuentos, la dramatización..., que facilitan la expresión de emociones, y el manejo constructivo de las mismas.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (PPG17/31) y ha sido apoyado por la Red PROEMA "Promoción de la salud mental emocional en adolescentes" otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Cuadro 1. Cómo actuar como padres/madres de una víctima de bullying y cyberbullying

Víctima de bullying en todas sus modalidades	Cibervíctima
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunicación y escucha: Fomentar la comunicación, que cuente lo que ha sucedido. Alentarle a hablar. Hacerle preguntas abiertas para tratar de averiguar qué es lo que ha sucedido. Hacerle saber que esta situación no debe ocultarse y que cualquier problema que tenga puede arreglarse. No esperar a que el hijo sea el primero que cuente su situación, muchas veces no lo cuentan. Lo más difícil es romper el silencio. ➤ Brindar ayuda emocional: La ayuda emocional es primordial. Hacerle sentirse seguro, valorado, estimado. No culpar a la víctima, eliminarle los sentimientos de culpabilidad y no reprocharle nada, él no tiene la culpa. Transmitirle confianza. Actuar con calma y pedirle que explique lo que le sucede. Rebajar la ansiedad, actuar seguros pero con calma. Darle apoyo es lo primero para que remita su angustia. ➤ Actitud firme y positiva de afrontamiento: Demostrarle determinación para atajar la situación y positivismo. Ayudar al hijo o hija a ver el problema abordándolo en todas sus dimensiones y complejidad. Hacerle ver la necesidad de afrontar la situación, cuidando de no forzar la situación de enfrentamiento que pueda producirle mayor temor. ➤ Conocer qué ha hecho y qué desea hacer: Preguntarle lo que él o ella cree que debe hacer. ¿Qué es lo que ha hecho ya? ¿Qué funcionó y qué no? Planificar en común estrategias para acabar con la situación. Cualquier paso que los padres vayan a dar debe ser con el acuerdo del hijo o hija. ➤ Elaborar un diario para registrar o anotar todos los detalles: Con la ayuda del hijo/a registrar todas las circunstancias e indicios que rodean a la victimización del hijo-a. Es muy importante anotar todos los detalles: fechas, quién lo ha contado, qué ha contado, lo que se ha observado, con quién se ha hablado, qué, dónde y cuándo ocurrió, quiénes estuvieron implicados, los testigos... Recoger todas las pruebas del acoso presencial y tecnológico (conversaciones chat, correos, fotos manipuladas...). Un diario bien elaborado da mucha credibilidad y respeto en el caso de que se estime necesaria una denuncia en cualquier instancia. ➤ Apoyo incondicional: Nunca decirle al hijo que intente solucionarlo por su cuenta, si pudiera hacerlo ya lo habría hecho. ➤ No estimular la agresividad o la venganza: No utilizar la violencia contra el agresor. Algunas víctimas realizan como venganza conductas de acoso a otros, y en estos casos conviene abordar el tema de la inadecuación de la conducta de venganza, mostrar empatía con la frustración que pueden sentir y dotarles de otras estrategias de afrontamiento de la situación de victimización. ➤ Enseñarle a hacer valer sus derechos y fomentar su autoestima: Ayudarle en el desarrollo de las habilidades sociales, de su asertividad y su autoestima. ➤ Solicitar la intervención del centro educativo: Cuando los agresores son del centro educativo (algo que suele ser habitual), buscar a la persona que ofrezca mayor confianza y confidencialidad. No culpar al colegio y animar al hijo-a a hablar con sus profesores, con el tutor/a o con la dirección. Mostrar al colegio las pruebas disponibles, el personal del colegio puede ayudar a vigilar la situación, solicitar al colegio ayuda para contactar con los padres del acosador/ciberacosador... <i>Solicitar en el centro la aplicación de un programa de intervención y participar activamente.</i> ➤ Evitar sentimientos de culpa y vergüenza: Evitar sentirse culpables o avergonzados por lo que le sucede al hijo o hija. ➤ Buscar apoyo clínico: Solicitar ayuda a algún profesional de la salud mental si el hijo manifiesta un desarreglo emocional digno de consideración o ideas de hacerse daño. Prestar atención a la gravedad y frecuencia del acoso (para tratar de calibrar su magnitud), así como a la manera en que la víctima lo sufre. ➤ Informar a los servicios de inspección y a la justicia: Si centro escolar no de una respuesta satisfactoria, se puede acudir a la inspección, para solicitar su ayuda e intervención, o a órganos institucionales superiores. La justicia se debe usar para casos graves y cuando no se encuentre otra vía de resolución y reparación de daños. ➤ Lo peor es no hacer nada: No pensar que es mejor no hacer nada para no agravar el problema. No creer que con el tiempo se pasará. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Guardar las pruebas del acoso: Imprimir copias de los mensajes y de las páginas web. Hacer uso del dispositivo de guardado en el caso de los mensajes instantáneos. Los padres deben enseñar a los hijos-as a guardar cualquier prueba de acoso. Si reciben alguna fotografía ofensiva o les llevan a entrar en una web ofensiva deben apagar la pantalla y no el ordenador para que los padres puedan posteriormente registrar las pruebas y enviarlas al proveedor (del sitio web...). ➤ Ignorar, bloquear o responder: Si la primera ofensa es leve se sugiere ignorar, bloquear o borrar al remitente. Habitualmente la mejor respuesta a un mensaje malicioso es no responder. No obstante, frente a mensajes maliciosos se sugiere bloquear el envío de mensajes instantáneos y también bloquear los mensajes y los números de los móviles desde los que se envíen los mensajes de texto. ➤ Localizar la procedencia de los e-mails, los mensajes de texto...: Informar al proveedor de la telefonía móvil o reenviar al proveedor una copia del e-mail recibido. ➤ Localizar la procedencia de los comentarios que aparecen en las redes sociales online y en las webs: Informar de ello a la website. ➤ Contactar con los padres del ciberacosador: Con frecuencia los padres del acosador se muestran indiferentes o la defensiva en relación con el acoso y minimizan la conducta de sus hijos como cosas de niños, o bromas. Se sugiere que los padres de la víctima muestren las pruebas del acoso a los padres del acosador en determinados casos. ➤ Opciones legales: Justicia y Policía: A veces amenazar con llamar a la policía, o ponerse en contacto con un abogado es suficiente para asegurarse del cese del acoso electrónico. Hay que llamar a la policía si el acoso incluye amenazas de daño físico, acoso obsesivo u hostigamiento, imágenes pornográficas o extorsión. Cuando se dan amenazas graves el tema debe tomarse muy en serio, máxime cuando consta que quien acosa dispone de datos personales concretos del menor (como la dirección o el centro escolar en el que estudia). Recurrir a la policía no está de sobra en estos casos.

Nota: Actualización de pautas de Garaigordobil (2011)

Referencias bibliográficas

- ABC** (2012). Otra adolescente víctima de ciberbullying se suicida en Nueva York arrojándose a la vía del tren. *Página web del periódico ABC.es*. Disponible en: <http://www.abc.es/20121030/familia-padres-hijos/abci-nuevo-suicidio-adolescente-relacionado-201210301402.html> (Accedido: 10 octubre 2018).
- Aftab, P.** (2010). "What is Cyberbullying?" Disponible en: <http://aftab.com/index.php?page=ciberbullying>. http://www.stopcyberbullying.org/pdf/what_is_cyberbullying_exactly.pdf (Accedido: 14 septiembre 2010).
- Álvarez-García, D.; Dobarro, A., y Núñez, J. C.** (2015). "Validez y fiabilidad del cuestionario de cibervictimización en estudiantes de Secundaria", *Aula Abierta*, 43, pp. 32-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aula.2014.11.001>.
- Aviles, J. M.** (2017). *Proyecto Antibullying. Prevención del Bullying y el Cyberbullying en la comunidad educativa*. Madrid: CEPE.
- Buelga, S.; Martínez-Ferrer, B.; Cava, M. J., y Ortega-Barón, J.** (2019). "Psychometric properties of the CYBIVCS Cyber-Victimization Scale and its relationship with psychosocial variables", *Social Sciences* 8 (13), pp.1-13. <https://doi.org/10.3390/socsci8010013>.
- Cerezo, F.; Calvo, A. R., y Sánchez, C.** (2011). *El programa CIP: Concienciar, Informar y Prevenir, para la intervención específica en bullying*. Madrid: Pirámide.
- Çetin, B.; Yaman, E., y Peker, A.** (2011). "Cyber victim and bullying scale: A study of validity and reliability", *Computers & Education*, 57, pp. 2261-2271. <http://dx.doi.org/10.1016/j.compedu.2011.06.014>.
- Cook, C. R.; Williams, K. R.; Guerra, N. G.; Kim, T. E., y Sadek, S.** (2010). "Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation", *School Psychology Quarterly*, 25(2), pp. 65-83.
- Del Rey, R.; Casas, J. A., y Ortega, R.** (2012). "El programa ConRed, una práctica basada en la evidencia", *Revista Científica de Educomunicación*, 20 (39), pp. 129-138. [doi:10.3916/C39-2012-03-03](https://doi.org/10.3916/C39-2012-03-03).
- Díaz, P.** (2018). El desgarrador vídeo de Amanda Todd contando su dramático caso de "sextorsión" y ciberbullying. Disponible en: <https://muhimu.es/violencia/desgarrador-video-amanda-todd-contando-dramatico-caso-sextorsion-ciberbullying/> (Accedido: 10 noviembre 2018).
- DPA** (2010). EEUU juzga a nueve adolescentes por acosar a una alumna que se suicidó. *Página web del periódico El Mundo.es*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/america/2010/04/05/estados-unidos/1270481224.html> (Accedido: 10 octubre 2018).
- Elipe, P.; Mora-Merchán, J., y Nacimiento, L.** (2017). "Development and Validation of an Instrument to Assess the Impact of Cyberbullying: The Cybervictimization Emotional Impact Scale", *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20 (8), pp. 479-485. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0069>.
- Estévez, A.; Villardón, L.; Calvete, E.; Padilla, P., y Orue, I.** (2010). "Adolescentes víctimas de ciberbullying: prevalencia y características", *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1), pp. 73-89.
- Gámez-Guadix, M.; Villa-George, F., y Calvete, E.** (2014). "Psychometric properties of the Cyberbullying questionnaire (CBQ) among Mexican adolescents", *Violence and Victims*, 29 (2), pp. 232-247.
- Garaigordobil, M.** (2008). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M.** (2011). "Bullying y cyberbullying: programas y estrategias de prevención e intervención desde el contexto escolar y familiar" en *FOCAD Formación Continuada a Distancia. Duodécima Edición Enero-Abril 2011* (eds.). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, pp. 1-29.
- Garaigordobil, M.** (2013). *Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales*. Screening del acoso escolar presencial (bullying) y tecnológico (cyberbullying). Madrid: TEA.
- Garaigordobil, M.** (2017a). *Bullying y cyberbullying: definición, prevalencia consecuencias y mitos*. Barcelona: Fundació per la Universitat Oberta de Catalunya.
- Garaigordobil, M.** (2017b). "Psychometric properties of the Cyberbullying Test, a screening instrument to measure cybervictimization, cyberaggression, and cyberobservation", *Journal of Interpersonal Violence*, 32 (23), pp. 3556-3576. [doi:10.1177/0886260515600165](https://doi.org/10.1177/0886260515600165).
- Garaigordobil, M.** (2018). *Bullying y Cyberbullying: Estrategias de evaluación, prevención e intervención*. Barcelona: Oberta UOC Publishing.

- Garaigordobil, M., y Fagoaga, J. M.** (2006). *Juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros educativos: Evaluación de programas de intervención para educación infantil, primaria y secundaria*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. CIDE. Colección Investigamos.
- Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V.** (2014). *Cyberprogram 2.0. Un programa de intervención para prevenir y reducir el ciberbullying*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V.** (2016). *Cybereduca cooperativo 2.0. Juego para la prevención del bullying y cyberbullying*. Disponible en: www.cybereduca.com (Accedido: 10 enero 2016).
- Garaigordobil, M., y Oñederra, J. A.** (2010). *La violencia entre iguales: Revisión teórica y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- García, M.** (2017). El trágico adiós de Oriana, una víctima de acoso escolar. *CNN Latinoamérica*. Disponible en: <http://cnnespanol.cnn.com/2017/05/02/el-tragico-adios-de-oriana-una-victima-del-acoso-escolar/> (Accedido: 10 noviembre 2018).
- González-Cabrera, J. M.; León-Mejía, A.; Machimbarrena, J. M.; Balea, A., y Calvete, E.** (online 2019). "Psychometric properties of the cyberbullying triangulation questionnaire: A prevalence analysis through seven roles". *Scandinavian Journal of Psychology*. doi:10.1111/sjop.12518.
- Gosálvez, P.** (2014). Me decían: son cosas de crías. *Página web del periódico El País.com*. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2014/09/27/actualidad/1411839254_086464.html (Accedido: 10 noviembre 2018).
- Kowalski, R.; Agatston, P., y Limber, S.** (2010). *Cyber bullying: El acoso escolar en la era digital*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lam, L. T., y Li, Y.** (2013). "The validation of the E-Victimisation Scale (E-VS) and the E-Bullying Scale (E-BS) for adolescents", *Computers in Human Behavior*, 29, pp. 3-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.021>.
- Luengo, J. A.** (2014). *Ciberbullying: Prevenir y actuar: Guía de recursos didácticos para centros educativos*. Madrid: COP. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.
- Mestre, M. V.; Tur, A.; Samper, P., y Malonda, E.** (2012). *Programa de educación de las emociones: la con-vivencia*. Tirant lo Blanch: Valencia.
- Méndez, F. X.; Llavona, L. M.; Espada, J. P., y Orgiles, M.** (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.
- Miller, C.** (2010). Phoebe Prince's final days: Bullied girl suffered "intolerable" abuse before suicide, say Court docs. *CBS news*. Disponible en: <https://www.cbsnews.com/news/phoebe-princes-final-days-bullied-girl-suffered-intolerable-abuse-before-suicide-say-court-docs/> (Accedido: 10 noviembre 2018)
- Montoya, I.; Postigo, S., y González-Barrón, R.** (2016). *Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Ortega-Barón, J.; Buelga, S.; Ayllón, E.; Martínez-Ferrer, B., y Cava, M. J.** (2019). "Effects of Intervention Program Prev@cib on Traditional Bullying and Cyberbullying", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, pp. 527-239; doi:10.3390/ijerph16040527.
- Ruiz, D.; Cabello, R.; Salguero, J.; Palomera R.; Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P.** (2013). *Guía para mejorar la inteligencia emocional en adolescentes. Programa INTEMO*. Madrid: Pirámide.
- Rendueles, L., y Marlasca, M.** (2015). Acoso y muerte de la niña Carla Díaz. *Territorio negro. Página web de la radio OndaCero.es*. Disponible en: http://blogs.ondacero.es/territorio-negro/acoso-muerte-nina-carla-diaz_2015012600295.html (Accedido: 10 noviembre 2018).
- Ryan** (2003). La historia de Ryan. *Página web de Ryan*. Disponible en: <http://www.ryanpatrickhalligan.org/> (Accedido: 10 noviembre 2018).
- Smith, P. K.; Mahdavi, J.; Carvalho, M., y Tippett, N.** (2006). *An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying*. Research Brief No. RBX03-06. London: DFES.
- Simón, P.** (2014). Agresión escolar y salto al vacío. *Página web del periódico El Mundo.es*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/espana/2014/03/23/532e0acde2704e4f3d8b4574.html> (Accedido: 10 noviembre 2018).
- Stewart, R. W.; Drescher, C. F.; Maack, D. J.; Ebesutani, Ch., y Young, J.** (2014). "The development and psychometric investigation of the Cyberbullying Scale", *Journal of Interpersonal Violence*, 29, pp. 2218-2238. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513517552>.

Tyler Clementi Foundation (2010). La historia de Tyler Clementi. *Página web de la Fundación de Tyler Clementi*. Disponible en : <https://tylerclementi.org/tylers-story/> (Accedido: 10 noviembre 2018).

Tynes, B. M.; Rose, A., y Williams, D. (2010). "The development and validation of the Online Victimization Scale for adolescents", *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 4, Article 2. Disponible en: <http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2010112901&article=> (Accedido: 10 noviembre 2018).

Tokunaga, R. S. (2010). "Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization", *Computers in Human Behavior*, 26, pp. 277-287. doi:10.1016/j.chb.2009.11.014.

Urra, J. (2018). *La huella del silencio. Estrategias de prevención y afrontamiento del acoso escolar*. Madrid: Morata.

Yee, V. (2012). On staten island, relentless bullying is blamed for a teenage girl's suicide. The New York Times. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2012/10/26/nyregion/suicide-of-staten-island-girl-is-blamed-on-bullying.html> (Accedido: 10 noviembre 2018).

Nuevos riesgos de la sociedad digital: *Grooming*, *sexting*, adicción a Internet y violencia *online* en el noviazgo

Este artículo revisa varios de los principales riesgos online entre menores y adolescentes. En primer lugar, se describen las características del *online grooming*, referido al proceso por el cual un adulto manipula a un menor para conseguir algún tipo de contenido o contacto sexual. A continuación, se detallan las principales formas del *sexting*, un fenómeno caracterizado por la elaboración y el envío de contenidos sexuales propios (fotos, videos o mensajes). Asimismo, se exponen las principales razones para implicarse en *sexting* y las posibles consecuencias de esta conducta. Un tercer riesgo analizado es la adicción a Internet, también conocida como uso problemático o uso compulsivo de Internet. Finalmente, se revisan los principales tipos y características del abuso *online* en el noviazgo, una problemática creciente con importantes efectos sobre el ajuste psicosocial de las víctimas. Para terminar, señalamos las futuras líneas de investigación y las estrategias de prevención de estos riesgos.

La sociedad digital es fuente de desarrollo y oportunidades para adolescentes y jóvenes. Les permite nuevas formas de comunicación, obtener información y desarrollar proyectos que serían impensables en un contexto no digital. Sin embargo, a pesar de todas las oportunidades que supone, la sociedad digital también entraña riesgos, especialmente para los y las adolescentes más jóvenes. Lamentablemente, muchos de los problemas que existen en la sociedad offline (abuso, violencia y adicciones) han encontrado su equivalente en internet. De esta manera, el *bullying* se transforma en *cyberbullying* y el abuso en las relaciones románticas se convierte en ciberacoso en la pareja. Además, algunas características de internet, tales como su acceso desde cualquier lugar o dispositivo, el anonimato que permite y su inmediatez, agravan los problemas mencionados a la vez que facilitan el surgimiento de nuevos problemas específicos del entorno digital, tales como la adicción a internet y el *online grooming*. Estos problemas pueden ser especialmente graves en la adolescencia y primeros años de la juventud, una etapa evolutiva en la que el individuo está en busca de su identidad y en la que la auto-regulación de las emociones y de la conducta propia aún está desarrollándose.

A continuación se revisan algunas de las principales problemáticas relacionadas con la sociedad digital. Específicamente, nos centramos en describir las características del *online grooming* de menores, el *sexting*, la adicción a Internet y la violencia en el noviazgo a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).

Online grooming de menores

El *online grooming* de menores es el proceso por el cual un adulto trata de manipular a un menor para conseguir material sexual (como fotos o vídeos) o para mantener algún tipo de relación sexual en persona con este (O'Connell, 2003; Whittle, Hamilton-Giachritsis, Beech, y Collings, 2013). El *online grooming* constituye, por tanto, una forma de abuso sexual de menores. El adulto puede ser una persona que el menor ha conocido a través de Internet o un conocido del entorno del menor que desarrolla el abuso a través de las TIC (Gámez-Guadix, De Santisteban, y Alcazar, 2018).

Según los estudios internacionales que se han efectuado hasta la fecha, entre el 5% y el 15% de los menores de edad han sido solicitados sexualmente por adultos a través de las TIC (Bergen et al., 2014). En un estudio con adolescentes españoles entre 12 y 15 años, se encontró que un 12% de los menores habían sido víctimas de solicitudes sexuales por parte de adultos en el último año (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018). El *grooming* puede tener importantes consecuencias para el ajuste psicosocial de los menores víctimas, como depresión, ansiedad, revictimización futura e ideas e intentos de suicidio (Kloess, Beech, y Harkins, 2014).

En la legislación española, el delito de *online grooming* se recoge dentro de los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años (edad de consentimiento sexual en España). En concreto, la Ley Orgánica 1/2015 del Código Penal, en el artículo 183 señala que: "El que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño. 2) El que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca un menor, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años."

El *online grooming* es un proceso complejo y gradual, que se produce paulatinamente a través de un conjunto de pasos que pueden incluir el engaño, la implicación afectiva del menor, la sexualización progresiva de las conversaciones, el uso de regalos y las agresiones explícitas (De Santisteban, Almendros, y Gámez-Guadix, 2018; Gámez-Guadix, 2017). Así, el *online grooming* puede comenzar con el engaño de un adulto sobre su identidad. Por ejemplo, un adulto se puede hacer pasar por un menor, utilizando fotos y perfiles falsos, simulando aficiones y hablando con la jerga de los menores. También puede fingir ser alguien importante para ofrecer a los menores trabajos, participación en televisión, conocer a personajes famosos, etc. En otras ocasiones, el adulto se puede ocultar sus intenciones sexuales. No obstante, lo más habitual es que el menor sepa cuál es la edad real del adulto y sus intenciones (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017; Wolak, Finkelhor, Mitchell, y Ybarra, 2010). El adulto puede presentarse como alguien en quien el menor puede confiar, preocupado e interesado por sus

problemas y aparentemente dispuesto a ayudarlo. El adulto puede ofrecer dinero o regalos a los menores a cambio de que, por ejemplo, este le envíe fotos o de que se conozcan en persona. Suele comenzar con peticiones menores para, progresivamente, ir involucrando a los menores para que accedan a actividades a las que en principio no aceptarían (enviar fotos sexuales, conectarse a través de la webcam, etc.). En otras ocasiones, el adulto puede tratar de establecer una especie de relación emocional, de amistad o de pareja con el menor, embaucándolo como si se tratara de una relación equitativa entre ambos (De Santisteban, Del Hoyo, Alcázar-Córcoles, y Gámez-Guadix, 2018).

En el proceso de *online grooming* se distinguen dos aspectos principales, cualitativamente distintos, denominados “solicitudes sexuales” e “interacciones sexuales”. Las solicitudes sexuales incluyen la petición de fotos, videos u otra información sexual del adulto al menor (Mitchell, Finkelhor, y Wolak, 2001, 2007). El adulto también puede solicitar al menor mantener algún tipo de contacto sexual, *online* o en persona. Las interacciones sexuales, por su parte, incluyen las situaciones en las que el menor ha accedido a implicarse en algún tipo de contacto sexual con el adulto, enviándole fotos sexuales, manteniendo cibersexo o quedando en persona (Gámez-Guadix et al., 2018).

Como ocurre en otros tipos de abusos sexuales, la prevalencia del *online grooming* es mayor entre las chicas (Whittle et al., 2013). Así, las chicas se encuentran en una situación de riesgo para ser víctimas de *grooming* en Internet, mientras que la mayoría de los adultos son hombres (Schulz, Bergen, Schuhmann, Hoyer, y Santtila, 2016).

Respecto a la edad, los adolescentes más mayores (entre 14 y 15 años) son más propensos a ser víctimas de *online grooming* en comparación con los niños más pequeños (i.e., 12 años o menos) (Wolak et al., 2010). Una posible explicación para estos resultados es el mayor control y supervisión por parte de los padres en cuanto al uso que los hijos hacen de Internet y con quién se comunican. Asimismo, las actividades que realizan los niños más pequeños a través de Internet son más lúdicas y menos interactivas socialmente que las que realizan los adolescentes más mayores. Por ejemplo, el uso de redes sociales suele estar limitado hasta los 15 o 16 años. Además, la adolescencia es una etapa en la que se inicia el desarrollo de la sexualidad y comienzan a explorarse las relaciones íntimas y sexuales. Esto puede situar a los adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad ante adultos dispuestos a explotarles sexualmente (Wolak et al., 2010).

Sexting

El término *sexting* hace referencia a la creación y el envío de fotos, videos o mensajes sexuales sobre uno mismo a través de las TIC (Döring, 2014; Drouin, Vogel, Surbey, y Stills, 2013). Estos contenidos pueden enviarse a parejas, amigos o amigas, personas con las que se mantiene un flirteo sexual o amoroso o usuarios que se conocen solo a través Internet (Gámez-Guadix, Almendros, Borrajo, y Calvete, 2015). El envío de mensajes, fotos o videos sexuales, con frecuencia se relaciona con recibir esos mismos contenidos procedentes de otras personas, produciéndose un doble patrón de envío y recepción, lo que se conoce como *sexting* activo y pasivo, respectivamente (Klettke, Hallford, y Mellor, 2014).

Son diversos los motivos que pueden llevar a los adolescentes a practicar *sexting*. A continuación, se revisan los más importantes (para una revisión exhaustiva, véase Döring, 2014; Klettke et al., 2014). En muchos casos, los adolescentes participan en *sexting* para “coquetear” con otros adolescentes. En la cultura digital, cualquier aspecto de la vida cotidiana puede trasladarse también a Internet y a las redes sociales. Esto mismo ocurre con el flirteo sexual. Este flirteo puede mantenerse simultáneamente con diferentes personas a las que se les envía los contenidos sexuales. Ello se ve favorecido por la inmediatez que proporcionan los sistemas de mensajería actuales, como WhatsApp o aplicaciones como Instagram. Así, el *sexting* se ha convertido en una forma de mantener relaciones interpersonales para muchos adolescentes (Gámez-Guadix, 2017).

De manera relacionada, el *sexting* puede representar una manera de explorar la identidad sexual para los menores (Gámez Guadix, de Santisteban, y Resett, 2017). La exploración de la identidad y la orientación sexual es algo normativo y frecuente durante la adolescencia. Internet proporciona una vía aparentemente inofensiva para ello y el *sexting* constituye un canal importante de exploración para los jóvenes. Otros adolescentes practican el *sexting* dentro de una relación de pareja en la que el envío de imágenes o contenidos sexuales suele ser recíproco. Según diversos estudios, el intercambio de fotos a través de los *Smartphones* se ha convertido en una vía preferente de interacción en las relaciones de noviazgo.

Algunos jóvenes se implican en *sexting* por presión social. El *sexting* es visto como algo normalizado y muchos adolescentes demandan a otros fotos sexuales. Ante estas peticiones, algunos menores para resistir la presión de alguien que le demanda fotos sexuales, a menudo, estos jóvenes afirman sentirse en deuda con quienes les envían contenidos sexuales. Ello les conduce a generar y enviarles contenidos sexuales propios.

Además, algunos estudios han señalado que la exposición del cuerpo a través de Internet podría ser una forma de aumentar la propia autoestima. Los adolescentes incrementan el sentimiento sobre el valor de sí mismos al comprobar que otros están interesados en sus fotos íntimas, lo cual refuerza positivamente envío de estas imágenes. Este factor, en una etapa como la adolescencia, caracterizada con frecuencia por la inseguridad, puede ser de gran importancia.

Otra razón clave es la ausencia de percepción de riesgo de los comportamientos de *sexting*. El envío de contenidos sexuales se percibe como algo insignificante o que no conlleva consecuencias negativas (por ejemplo, que la foto o el video se difunda a terceras personas no deseables o desconocidas).

Sin embargo, es importante mencionar que no todos los adolescentes practican *sexting* (Gámez-Guadix et al., 2017). La probabilidad de practicar *sexting* se incrementa progresivamente con la edad. A los 12 años alrededor de un 3% de los menores ha participado en *sexting*. A los 17 años el porcentaje se incrementa hasta superar el 35%. A partir de los 15 años hay un incremento considerable en el número de menores que practica *sexting*. El posible motivo para ello es que algunas de las aplicaciones más usadas entre los jóvenes para el intercambio de fotografías no permiten abrir un perfil a los menores de 15 años (Gámez-Guadix et al., 2017).

En sí mismo, el envío de contenidos sexuales no es algo negativo. Es más, como se ha señalado, puede favorecer importantes procesos durante la adolescencia como el desarrollo de relaciones interpersonales o la exploración de la identidad sexual (Döring, 2014). El *sexting* representa un problema cuando expone a diferentes riesgos a los menores, derivados principalmente de un mal uso por parte de otros de los contenidos sexuales que son enviados. Estos riesgos están íntimamente relacionados con la facilidad de transmitir fotos o videos de una persona a otra en Internet, la ilimitada permanencia de este material en la red y el hecho de que cualquiera pueda acceder a esos contenidos en el futuro (Gámez-Guadix y Mateos-Pérez, 2019).

Al igual que ocurre en el caso del *cyberbullying*, el hecho de no ver la reacción de la víctima favorece la falta de empatía con la misma. Las consecuencias pueden no ser inmediatas, lo cual hace que la víctima no perciba la relación entre su comportamiento y los efectos que este puede tener o el daño que le puede ocasionar (Smith, Thompson, y Davidson, 2014).

Adicción a Internet

La adicción a Internet incluye el uso compulsivo y la dependencia psicológica de Internet, incluyendo el uso de los *Smartphones* y los videojuegos *online* (Caplan, 2002; Gámez-Guadix, Villa-George, y Calvete, 2012). Este uso inadecuado puede provocar problemas de la salud, académicos o sociales en el menor. Algunos de estos problemas incluyen sacar peores notas, relacionarse cada vez menos con familiares o amigos, o dejar de hacer otras actividades aparte de estar conectado, por ejemplo, practicar deporte (Caplan, 2002).

Uno de los debates más controvertidos en el ámbito profesional y en la investigación científica es la calificación como “adicción” de conductas en las que no se produce el consumo de una sustancia química, como ocurre en la adicción a Internet. En este sentido, diversos especialistas recomiendan el uso de términos como *uso compulsivo* o *uso problemático de Internet*, en lugar de adicción a Internet (Gámez-Guadix, 2014). Aun siendo conscientes de esta controversia y teniendo en cuenta que las adicciones conductuales no producen los mismos cambios fisiológicos en el organismo a corto plazo ni deterioro orgánico a largo plazo que las adicciones a sustancias, nosotros emplearemos la denominación *adicción a Internet* de forma intercambiable con *uso problemático de Internet* debido a que estas denominaciones son la más ampliamente empleadas en la bibliografía para referirse a esta problemática (Gámez-Guadix, 2014). En todo caso, recomendamos cautela a la hora de usar términos como “adicto” o “adicción” en contextos clínicos o educativos, en los que “uso problemático” parece más adecuado.

En la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) no se reconocen las “adicciones” conductuales, a excepción del juego patológico incluido en el grupo de los trastornos del control de impulsos. No obstante, en la sección III del DSM-5 (“Medidas y modelos emergentes”), se recoge el Desorden de Juego a través de Internet (*Internet Gaming Disorder*) como una condición que debe ser investigada con mayor profundidad. Esta problemática se define como un uso persistente y recurrente de Internet para implicarse en juegos *online*, a menudo con otros jugadores, que conduce a un deterioro o un malestar

clínicamente significativo, que incluye entre otros síntomas, preocupación con los juegos, abstinencia, tolerancia y pérdida de interés por otras actividades placenteras de la vida cotidiana. Es importante señalar que esta problemática es diferente del juego patológico *online*, que se considera dentro de la categoría de juego patológico.

De manera más general, los principales indicadores del uso problemático de Internet incluyen los siguientes (véase Gámez-Guadix, 2018).

1. Aparece una pérdida de control sobre la conducta de uso de Internet (incluyendo el uso de diferentes aplicaciones en el Smartphone). La persona se siente incapaz de controlar el uso que hace de las TIC y persiste en ello a pesar de las consecuencias negativas.
2. El adolescente piensa de forma continua en conectarse a Internet, jugar *online* o comprobar el móvil cuando no puede acceder a él. Esta dependencia psicológica también se manifiesta a través del impulso y el deseo recurrente de conectarse.
3. Conforme se desarrolla el problema, aparece una necesidad de incrementar progresivamente el tiempo dedicado a las nuevas tecnologías. El uso de Internet, el móvil o los videojuegos se incrementan paulatinamente hasta llegar a ser preocupantes y ocasionar efectos adversos.
4. El adolescente presenta cambios emocionales, como la aparición de alteraciones del estado de ánimo, irritación, impaciencia o angustia cuando intenta reducir o interrumpir su uso de Internet, el móvil o los videojuegos.
5. El adolescente prefiere relacionarse a través de Internet o el móvil que hacerlo cara a cara. El contexto online puede ser percibido como menos amenazante y más seguro que las interacciones cara a cara.
6. La persona recurre a Internet para aliviar estados de ánimo negativos. Así, Internet, el móvil o los videojuegos se convierten en una forma de escapar de los problemas de la vida cotidiana, funcionando como un regulador de emociones negativas.
7. Aparecen problemas graves en el colegio, en la familia o en el grupo de amigos derivados del uso problemático de las tecnologías.

La adicción a Internet pueden ser específica o generalizada (Caplan, 2002). La adicción específica se centra en una única aplicación o contenido (p.ej., juegos online, abuso de WhatsApp, Facebook o Snapchat). El abuso generalizado se produce cuando la persona usa sistemáticamente varias aplicaciones de manera compulsiva.

En un reciente metaanálisis de estudios realizados en 31 naciones, Cheng y Li (2014) informaron una prevalencia del 6% para la adicción a Internet. Del mismo modo, una revisión reciente de 12 estudios que examinaron muestras representativas a nivel nacional de adolescentes, Pontes, Kuss y Griffiths (2015) reportaron tasas de prevalencia entre 1 y 18%, con una tasa de prevalencia media del 7,5%.

Diferentes variables psicológicas parecen estar relacionadas con el uso problemático de Internet, tales como una mayor sintomatología depresiva (Gámez-Guadix, 2014), el uso de sustancias (Gámez-Guadix, Calvete, Orue, y Las Hayas, 2015), la impulsividad (Lee et al., 2012), el rasgo de mindfulness

(Calvete, Gámez-Guadix, y Cortazar, 2017), y otras problemáticas relacionadas con Internet como el *cyberbullying* o el *online grooming* (Wolak et al., 2010).

Violencia *online* en el noviazgo

La violencia en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes constituye un problema de gran relevancia social. Incluye cualquier acto de violencia física, emocional o sexual que pueda tener lugar en persona o electrónicamente (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2016). No solo afecta a numerosos chicos y chicas adolescentes sino que además tiene efectos negativos en la autoestima, salud mental y bienestar de las víctimas (Fernández-González, O'Leary y Muñoz-Rivas, 2014; Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007). A las formas tradicionales de agresiones psicológicas, físicas y sexuales que pueden tener en las relaciones de noviazgo, se suma la violencia *online*. Aunque el fenómeno ha sido objeto de un interés creciente, hay un gran camino por hacer en su conocimiento y desarrollo de intervenciones preventivas (Yahner, Dank, Zweig y Lachman, 2015; Van Ouytsel, Ponnet y Walrave, 2018). La violencia *online* en el noviazgo se ha descrito como vigilar, controlar, acosar o abusar de alguna manera de una pareja romántica mediante las nuevas tecnologías (Temple et al., 2016).

Los estudios que han analizado su prevalencia muestran que es un fenómeno de gran magnitud. En Europa se encuentran tasas de victimización de entre 2,5% y 75%, mientras que las tasas de perpetración se encuentran entre 1,8% y 83,5% (e.g., Barter et al., 2017; Borrajo et al., 2015; Sánchez, Muñoz-Fernández y Ortega-Ruiz, 2015; Van Ouytsel et al., 2018). Además, algunas formas de violencia *online* parecen ser más altas en España (por ejemplo, 80%, Borrajo et al., 2015) en comparación con otros países, donde no superan el 50% (Burke, Wallen, Vail-Smith y Knox, 2011). Respecto a posibles diferencias según el sexo, los resultados no son concluyentes. En cuanto a la victimización, en contraste con estudios realizados en Estados Unidos, en muestras de México y España se encuentran mayores tasas de victimización en las chicas que en los chicos (Domínguez-Mora, Vargas-Jiménez, Castro-Castañeda y Nuñez-Fadda, 2016; Durán y Martínez-Pecino, 2015). Con respecto a las diferencias de sexo en la perpetración, en general no se observan diferencias o estas son pequeñas, salvo en el abuso cibernético sexual, que es más frecuentemente realizado por los chicos (Durán y Martínez-Pecino, 2015; Zweig et al., 2013).

En la violencia en las relaciones de noviazgo de adolescentes y jóvenes tiene lugar una alta reciprocidad. Es decir, los mismos miembros de la pareja que agreden a su pareja son agredidos por esta (Chiodo et al., 2012; Fernández-González, Calvete y Orue, 2017). Esta reciprocidad también se observa en la violencia *online* en el noviazgo (Borrajo et al., 2015; Durán y Martínez-Pecino, 2015). En un estudio, Durán y Martínez-Pecino (2015) encontraron que, cuando la victimización era baja, no había diferencias de sexo en el nivel de perpetración. Sin embargo, cuando la victimización era alta, los chicos tendían a cometer más comportamientos abusivos contra la pareja que las chicas. Los autores interpretaron que puede haber una forma diferente de reaccionar a las agresiones *online* y que mientras que los chicos tenderían a reaccionar agrediendo a la pareja, las chicas tenderían a ignorar la victimización y no responden con más agresividad.

Se ha encontrado que existe un solapamiento entre violencia *online* en el noviazgo y formas presenciales de violencia en las relaciones de noviazgo. En concreto, la mayoría de las víctimas de abuso cibernético en relaciones románticas también experimentan abuso psicológico presencial (Zweig et al., 2013). Este solapamiento podría sugerir que la violencia *online* en el noviazgo es una modalidad de abuso psicológico en las relaciones de pareja. Sin embargo, algunas características de esta forma de violencia fortalecen la idea de que tiene una identidad propia. Al igual que ocurre con el *cyberbullying*, algunas características de la violencia *online* en el noviazgo no tienen lugar en la violencia presencial entre los miembros de la pareja. Por ejemplo, algunos componentes de las agresiones (textos, imágenes, videos) pueden quedar almacenadas permanentemente en internet dado que es sumamente difícil eliminar algunos contenidos que se han difundido a través de internet (Gámez-Guadix, Almendros, Borrajo y Calvete, 2015). Además, los mensajes e imágenes abusivas pueden ser reenviados por terceras personas. Por todo ello, puede tener lugar un proceso de revictimización que contribuye a magnificar los efectos sobre la víctima (Stonard, Bowen, Lawrence y Price, 2014). Más aún, el abuso cibernético a menudo no se realiza en privado sino que hay un acceso público al mismo dado que los mensajes e imágenes pueden propagarse y llegar a muchas personas. Esta dimensión pública puede hacer que la humillación sea especialmente dañina para la víctima (Peskin et al., 2017). Además, la violencia *online*, al realizarse a través del móvil u ordenador, implica que la persona que agrede realiza la conducta sin contacto directo con la víctima al igual que sucede con el *cyberbullying* (Smith, 2012). Por ello, pueden atreverse a agredir *online* jóvenes y adolescentes que no se atreverían a hacerlo presencialmente. Más aún, al no ver la reacción de la víctima no actuaría el mecanismo de empatía que puede disuadir o mitigar la agresión contra la pareja. Finalmente, la violencia *online* en el noviazgo no solo incluye formas de abuso psicológico sino también de abuso sexual, tal y como se describe más adelante.

Existen numerosas modalidades de violencia *online* en el noviazgo. Recientemente, en un estudio de revisión, se identificaron cinco formas (Calvete, Gámez-Guadix y Borrajo, 2019). La primera modalidad consiste en agresiones verbales directas en forma de llamadas telefónicas o textos que tienen como objetivo descalificar y/o amenazar a la víctima (Borrajo et al., 2015; Jaén-Cortes, Rivera-Aragón, Reidl-Martínez y García-Méndez 2017; Muñiz, 2017). Es una categoría que claramente tiene su equivalente en la violencia psicológica en el noviazgo que tiene lugar presencialmente. La segunda modalidad consiste en el control y vigilancia de la pareja a través de las nuevas tecnologías (Borrajo et al., 2015; Jaen-Cortés et al., 2017; Sánchez et al., 2015). Por ejemplo, los y las adolescentes o jóvenes estarían comprobando constantemente lo que su pareja está haciendo en internet, con quien se relaciona, que mensajes envía, etc. También incluye restringir el comportamiento de la pareja en las redes sociales, determinando, por ejemplo, con quién puede o no relacionarse. Para llevar a cabo esta forma de abuso, la persona que agrede puede usar la identidad y la contraseña de su pareja o expareja, las cuales las obtiene a menudo a través de la usurpación. En un estudio cualitativo realizado con adolescentes mexicanos, la mayoría de las personas que participaron conocían la contraseña de sus parejas y admitieron que utilizaban las cuentas de sus parejas sin que éstas lo supieran. Además, la mayoría indicó que sus parejas les habían dado la contraseña como una señal de confianza o para enviar o manejar

información (Alvarado-Bravo, Salinas, Heras y Santana, 2015). Por lo tanto, compartir la contraseña podría representar un símbolo de confianza entre los miembros de la pareja y esto podría ser aprovechado con fines abusivos en algunos casos. El control *online* de la pareja es una forma de abuso que también tiene su paralelo en el abuso tradicional, por ejemplo a través de comportamientos como evitar que las víctimas se relacionen con sus amistades y familiares, o decidiendo qué pueden o no pueden hacer las víctimas (Ureña, Romera, Casas, Viejo y Ortega-Ruiz, 2015).

Una tercera modalidad de violencia *online* en el noviazgo consiste en el abuso relacional (Calvete et al., 2019). El objetivo, en este caso, es excluir socialmente a la víctima. Esto puede realizarse de numerosas formas tales como bloqueando la comunicación electrónica, eliminándola de una lista o humillando públicamente a la víctima a través de Internet (por ejemplo, publicar textos y/o imágenes públicas de la víctima que puedan ser humillantes o vergonzosos). La humillación pública de la víctima en internet puede ser especialmente dañina (Borrajó et al., 2015; Jaen-Cortés et al., 2017; Zweig et al., 2013).

Una cuarta modalidad de violencia *online* en el noviazgo es la comunicación excesiva (Burke et al., 2011), denominada también como comportamientos intrusivos en línea (Sánchez et al., 2015). Incluye conductas tales como llamadas telefónicas o mensajes de texto masivos. Esta comunicación excesiva puede percibirse de una manera muy amenazadora e invasiva por parte de la víctima, especialmente cuando ha habido un conflicto previo con la pareja o cuando es la ex pareja quien se involucra en estos comportamientos.

La quinta modalidad es el abuso sexual cibernético. Este incluye comportamientos como el envío de textos o imágenes de naturaleza sexual (cuando el o la agresora sabe que la víctima no quiere recibirlos), publicar fotos en las que la víctima aparece desnuda o exhibiendo posiciones o comportamientos de naturaleza sexual, y presionar o incluso amenazar a la víctima para que envíe imágenes sexuales o desnudas de él/ella (Jaen-Cortés et al., 2017; Zweig et al., 2013). Esta es una categoría importante que ha sido menos estudiada y su prevalencia, aunque menor que la de otras categorías, es preocupante (por ejemplo el 13% en el estudio de Dick et al., 2014).

Estos datos muestran que la violencia *online* en el noviazgo es un fenómeno creciente, que adopta numerosas modalidades y tiene lugar a niveles preocupantes entre adolescentes y jóvenes.

Conclusiones

Como se ha mencionado al comienzo de este artículo, Internet ha conllevado importantes beneficios a nivel social e individual, también para los y las jóvenes y adolescentes. Asimismo, conforme se han desarrollado las TIC, han aparecido diversos riesgos que comenzamos a conocer mejor. El *online grooming* constituye un riesgo mayor para adolescentes y jóvenes, al representar una nueva forma de abuso sexual. El sexting se ha convertido en una conducta normativa en la adolescencia, sobre la que se requiere mayor información y educación sexual. La adicción a Internet puede ocasionar importantes consecuencias negativas para adolescentes y jóvenes, provocando problemas de salud y limitando otras actividades importantes. Finalmente, el acoso *online* en la pareja puede revestir diversas formas

(control, agresión directa, etc.) que provocan un gran sufrimiento entre sus víctimas.

Se hace imprescindible seguir avanzando en la investigación y la intervención sobre estas problemáticas. Respecto a la investigación, es necesario llevar a cabo más estudios longitudinales que permitan conocer mejor los predictores y las consecuencias de estos riesgos. Asimismo, futuros estudios transculturales deben analizar las diferencias entre distintos contextos culturales. Finalmente estudios con muestras más amplias y representativas deben examinar la incidencia real de estos problemas.

A nivel de intervención, se hace necesario desarrollar programas de prevención que aborden de forma holística diferentes riesgos relacionados con las TIC. Hasta el momento, se han realizado importantes esfuerzos por prevenir problemas específicos (Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2015; Ortega Ruiz, Rey Alamillo, y Casas Bolaños, 2013). La investigación futura debe avanzar en la integración de la prevención de diversos problemas *online*, como el *cyberbullying*, el *grooming* o el acoso en la pareja, que tienden a aparecer relacionados. A nivel de tratamiento, la intervención debe abordar tanto los factores de riesgo que pueden incrementar la vulnerabilidad en la adolescencia (p.ej., impulsividad, falta de conocimientos), como las posibles consecuencias negativas de la victimización *online*, tales como la depresión o la ansiedad.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Alvarado-Bravo, B. G.; Salinas, S. G.; Heras, J. A. V., y Santana, J. E. T. (2015). “Repercusiones de la tecnología en las relaciones de pareja”, En A. Gutiérrez Cedeño, J.A. Vírveda Heras, y J.M., Serrano García (Eds), *Por una Psicología sin fronteras*. Toluca (México). Universidad Autónoma del Estado de México, 161-174.
- Barter, C.; Stanley, N.; Wood, M.; Lanau, A.; Aghtaie, N.; Larkins, C., y Øverlien, C. (2017). “Young people’s online and face-to-face experiences of interpersonal violence and abuse and their subjective impact across five European countries”, *Psychology of Violence*, 7(3), pp. 375-384.
- Bergen, E.; Davidson, J.; Schulz, A.; Schuhmann, P.; Johansson, A.; Santtila, P., ... Jern, P. (2014). “The effects of using identity deception and suggesting secrecy on the outcomes of adult-adult and adult-child or-adolescent online sexual interactions”, *Victims & Offenders*, 9(3), pp. 276-298.
- Borrajó, E.; Gámez-Guadix, M.; Pereda, N., y Calvete, E. (2015). “The development and validation of the cyber dating abuse questionnaire among young couples”, *Computers in Human Behavior*, 48, pp. 358-365.
- Burke, S. C.; Wallen, M.; Vail-Smith, K., y Knox, D. (2011). “Using technology to control intimate partners: An exploratory study of college undergraduates”, *Computers in Human Behavior*, 27(3), pp. 1162-1167.
- Calvete, E.; Gámez-Guadix, M., y Borrajó, E. (2019). “Cyber Abuse in Romantic Relationships: Measurement and Characteristics from an International Perspective”, En G. Giumetti y R. Kowalsk (Eds.). *Cyberbullying in Schools, Workplaces, and Romantic Relationships* edited book. Routledge.
- Calvete, E.; Gámez-Guadix, M., y Cortázar, N. (2017). “Mindfulness facets and problematic Internet use: A six-month longitudinal study”. *Addictive Behaviors*, 72, 57-63.
- Caplan, S. E. (2002). “Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument”. *Computers in Human Behavior*, 18(5), pp. 553-575.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2016).** *Understanding teen dating violence. Fact sheet 2016.* Retrieved March 10, 2015, from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>.
- Cheng, C., y Li, A. Y.** (2014). "Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions." *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(12), pp. 755-760.
- Chiodo, D.; Crooks, C. V.; Wolfe, D. A.; McIsaac, C.; Hughes, R., y Jaffe, P. G.** (2012). "Longitudinal prediction and concurrent functioning of adolescent girls demonstrating various profiles of dating violence and victimization", *Prevention Science*, 13, pp. 350-359.
- De Santisteban, P.; Almendros, C., y Gámez-Guadix, M.** (2018). "Estrategias de persuasión percibidas por adolescentes en situaciones de engaño pederasta por internet (online grooming)". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), pp. 243-262.
- De Santisteban, P.; Del Hoyo, J.; Alcázar-Córcoles, M. Á., y Gámez-Guadix, M.** (2018). "Progression, maintenance, and feedback of online child sexual grooming: a qualitative analysis of online predators". *Child Abuse & Neglect*, 80, pp. 203-215.
- De Santisteban, P., y Gámez-Guadix, M.** (2017). "Online Grooming y Explotación Sexual de Menores a Través de Internet." *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, 6, pp. 81-100.
- De Santisteban, P., y Gámez-Guadix, M.** (2018). "Prevalence and risk factors among minors for online sexual solicitations and interactions with adults". *The Journal of Sex Research*, 55(7), pp. 939-950.
- Dick, R. N.; McCauley, H. L.; Jones, K. A.; Tancredi, D. J.; Goldstein, S.; Blackburn, S.; ... y Miller, E.** (2014). "Cyber dating abuse among teens using school-based health centers", *Pediatrics*, 134(6), pp. 1560-1567.
- Domínguez-Mora, R.; Vargas-Jiménez, E.; Castro-Castañeda, R., y Núñez-Fadda, S. M.** (2016). "Impacto de la comunicación familiar en la victimización por internet en parejas adolescentes", *Opción*, pp. 32(13).
- Döring, N.** (2014). "Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting?" *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8(1).
- Drouin, M.; Vogel, K. N.; Surbey, A., y Stills, J. R.** (2013). "Let's talk about sexting, baby: Computer-mediated sexual behaviors among young adults". *Computers in Human Behavior*, 29(5), pp. 25-30.
- Gámez Guadix, M.; De Santisteban, P., y Resett, S. A.** (2017). "Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles." *Psicothema*, 29, pp. 29-34.
- Gámez-Guadix, M.** (2014). "Depressive symptoms and problematic Internet use among adolescents: Analysis of the longitudinal relationships from the cognitive-behavioral model". *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(11), pp. 714-719.
- Gámez-Guadix, M. G.** (2014). "E-impacto del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud mental". *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(8), pp. 454-463.
- Gámez-Guadix, M.** (2017). *"Escuela de padres 3.0."* Ediciones Pirámide.
- Gámez-Guadix, M.; Almendros, C.; Borrajo, E., y Calvete, E.** (2015). "Prevalence and association of sexting and online sexual victimization among Spanish adults." *Sexuality Research and Social Policy*, 12, pp. 145-154.
- Gámez-Guadix, M.; Calvete, E.; Orue, I., y Las Hayas, C.** (2015). "Problematic Internet use and problematic alcohol use from the cognitive-behavioral model: A longitudinal study among adolescents". *Addictive Behaviors*, 40, pp. 109-114.
- Gámez-Guadix, M.; De Santisteban, P., y Alcázar, M. Á.** (2018). "The construction and psychometric properties of the questionnaire for online sexual solicitation and interaction of minors with adults". *Sexual Abuse*, 30(8), pp. 975-991.
- Gámez-Guadix, M., y Mateos-Pérez, E.** (2019). "Longitudinal and reciprocal relationships between sexting, online sexual solicitations, and cyberbullying among minors". *Computers in Human Behavior*, 94, pp. 70-76.
- Gámez-Guadix, M.; Villa-George, F. I., y Calvete, E.** (2012). "Measurement and analysis of the cognitive-behavioral model of generalized problematic Internet use among Mexican adolescents". *Journal of Adolescence*, 35(6), pp. 1581-1591.

- Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V.** (2015). "Effects of Cyberprogram 2.0 on" face-to-face" bullying, cyberbullying, and empathy". *Psicothema*, 27(1), pp. 45-51.
- Durán, M., y Martínez-Pecino, R.** (2015). "Ciberacoso mediante teléfono móvil e Internet en las relaciones de noviazgo entre jóvenes", *Comunicar*, 22(44), pp. 159-167.
- Fernández-González, L.; Calvete, E., y Orue, I.** (2017). "Adolescent Dating Violence Stability and Mutuality: A 4-Year Longitudinal Study", *Journal of Interpersonal Violence*, 10.
- Fernández-González, L.; O'Leary, K. D., y Muñoz-Rivas, M. J.** (2014). "Age-Related changes in dating aggression in Spanish high school students", *Journal of Interpersonal Violence*, 29, pp. 1132-1152.
- Jaen-Cortés, C. I.; Rivera-Aragón, S.; Reidl-Martínez, L. M., y García-Méndez, M.** (2017). "Violencia de pareja a través de medios electrónicos en adolescentes mexicanos", *Acta de Investigación Psicológica*, 7, pp. 2593-2605.
- Klettke, B.; Halford, D. J., y Mellor, D. J.** (2014). "Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review". *Clinical Psychology Review*, 34(1), pp. 44-53.
- Kloesse, J. A.; Beech, A. R., y Harkins, L.** (2014). "Online child sexual exploitation: Prevalence, process, and offender characteristics". *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(2), pp. 126-139.
- Lee, H. W.; Choi, J.-S.; Shin, Y.-C.; Lee, J.-Y.; Jung, H. Y., y Kwon, J. S.** (2012). "Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling". *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 15(7), pp. 373-377.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo de reforma del Código Penal, https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOEA-2015-3439.
- Mitchell, K. J.; Finkelhor, D., y Wolak, J.** (2001). "Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth". *Jama*, 285(23), pp. 3011-3014.
- Mitchell, K. J.; Finkelhor, D., y Wolak, J.** (2007). "Youth Internet users at risk for the most serious online sexual solicitations". *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6), pp. 532-537.
- Muñiz, M.** (2017). "Online teen dating violence, family and school climate from a gender perspective/ Violencia de pareja online en la adolescencia, clima familiar y escolar desde la perspectiva de género", *Infancia y Aprendizaje*, pp. 1-27.
- Muñoz-Rivas, M. J.; Graña, J. L.; O'Leary, K. D., y González, M. P.** (2007). "Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences", *Journal of Adolescent Health*, 40, pp. 298-304.
- O'Connell, R.** (2003). *A typology of child cyberexploitation and online grooming practices*. Preston: University of Central.
- Ortega-Ruiz, R.; Del Rey, R., y Casas, J. A.** (2013). "Redes sociales y cyberbullying: El proyecto ConRed", *Convives*, 3, pp. 34-44.
- Pontes, H. M.; Kuss, D. J., y Griffiths, M. D.** (2015). "Clinical psychology of Internet addiction: a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment". *Neuroscience & Neuroeconomics*, 4, pp. 11-23.
- Peskin, M. F.; Markham, C. M.; Shegog, R.; Temple, J. R.; Baumler, E. R.; Addy, R. C.; ... Emery, S. T.** (2017). "Prevalence and correlates of the perpetration of cyber dating abuse among early adolescents", *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), pp. 358-375.
- Sánchez, V.; Muñoz-Fernández, N., y Ortega-Ruiz, R.** (2015). "Cyberdating Q_A: An instrument to assess the quality of adolescent dating relationships in social networks", *Computers in Human Behavior*, 48, pp. 78-86.
- Schulz, A.; Bergen, E.; Schuhmann, P.; Hoyer, J., y Santtila, P.** (2016). "Online sexual solicitation of minors: how often and between whom does it occur?", *Journal of research in crime and delinquency*, 53(2), pp. 165-188.
- Smith, P. K.** (2012). "Cyberbullying and cyber aggression", En A. B. N. S.R. Jimerson, M.J. Mayer, y M.J. Furlong (Ed.), *Handbook of school violence and school safety: International research and practice* (2nd ed.). New York: Routledge, pp. 93-103.
- Smith, P. K.; Thompson, F., y Davidson, J.** (2014). "Cyber safety for adolescent girls: bullying, harassment, sexting, pornography, and solicitation". *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(5), pp. 360-365.

Stonard, K. E.; Bowen, E.; Lawrence, T. R., y Price, S. A. (2014). "The relevance of technology to the nature, prevalence and impact of adolescent dating violence and abuse: A research synthesis", *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), pp. 390-417.

Temple, J. R.; Choi, H. J.; Brem, M.; Wolford-Clevenger, C.; Stuart, G. L.; Peskin, M. F., y Elmquist, J. (2016). "The temporal association between traditional and cyber dating abuse among adolescents", *Journal of Youth and Adolescence*, 45, pp. 340-349.

Ureña, J.; Romera, E. M.; Casas, J. A.; Viejo, C., y Ortega-Ruiz, R. (2015). "Psychometrics properties of Psychological Dating Violence Questionnaire: A study with young couples", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), pp. 52-60.

Van Ouytsel, J.; Ponnet, K., y Walrave, M. (2018). "Cyber dating abuse victimization among secondary school students from a lifestyle-routine activities theory perspective", *Journal of Interpersonal Violence*, 33(17), pp. 2767-76.

Whittle, H.; Hamilton-Giachritsis, C.; Beech, A., y Collings, G. (2013). "A review of online grooming: Characteristics and concerns". *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), pp. 62-70.

Wolak, J.; Finkelhor, D.; Mitchell, K. J., y Ybarra, M. L. (2010). "Online "predators" and their victims: Myths, realities, and implications for prevention and treatment". *American Psychologist*, 63, pp. 111-128.

Yahner, J.; Dank, M.; Zweig, J. M., y Lachman, P. (2015). "The co-occurrence of physical and cyber dating violence and bullying among teens", *Journal of Interpersonal Violence*, 30, pp. 1079-1089.

José Antonio Piqueras. Departamento de Psicología de la Salud,
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Miguel Ángel Carrasco. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos,
Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Evaluación de problemas emocionales y nuevas tecnologías en los jóvenes

Los problemas emocionales en la adolescencia son un problema de salud pública, no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone. La presencia de alteraciones emocionales en la infancia y la adolescencia ha propiciado el enorme interés por desarrollar estrategias específicas tanto para su evaluación como su intervención. En este trabajo se describen en primer lugar las características diferenciadoras, el para qué, qué, cuándo y cómo de la evaluación psicológica con niños y adolescentes. A continuación, se revisan los principales instrumentos de lápiz y papel para la evaluación de los problemas emocionales en adolescentes. Por último, se revisan los últimos avances tecnológicos que permiten aplicar las anteriores herramientas con las ventajas de Internet y la aplicación de sistemas basados en nuevas tecnologías tales como la aplicación de la inteligencia artificial para el análisis lingüístico en redes sociales o la monitorización automatizada de conductas de forma ecológica, por poner solo dos ejemplos. Los avances son notables, las experiencias cada vez más satisfactorias y la accesibilidad para los profesionales cada vez mayor.

Palabras clave: trastornos emocionales, ansiedad, depresión, adolescencia, evaluación, nuevas tecnologías, internet.

La presencia de alteraciones emocionales y conductuales en la infancia y la adolescencia han propiciado el enorme interés por desarrollar estrategias tanto para la evaluación como para la intervención de las mismas. La prevalencia de las alteraciones psicopatológicas a estas edades varía según los estudios y el tipo de alteración. Algunos trabajos de meta-análisis, estudio de estudios, han hallado tasas globales de prevalencia del 13.4% (Polanczyk *et al.*, 2015) con amplias oscilaciones desde el 1.8% hasta el 50.6% (Achenbach *et al.*, 2012). En población española los porcentajes globales de prevalencia han alcanzado valores de hasta el 60% en adolescentes (Ezpeleta *et al.*, 2007). De estas prevalencias las alteraciones más frecuentes han resultado ser los problemas de conducta y las alteraciones de ansiedad y depresión (Bragado *et al.*, 1995; Ezpeleta *et al.*, 2007; Fernández *et al.*, 2000; Navarro-Pardo *et al.*, 2012) con elevadas tasas de comorbilidad, especialmente entre ansiedad y depresión. A medida que los niños crecen los problemas tienden a incrementarse, especialmente en la primera adolescencia (de los 13 a los 15 años) y tienden a remitir posteriormente en la adolescencia más tardía. Respecto al sexo, hay que considerar la mayor incidencia de los problemas de eliminación y de los exteriorizados en los chicos, de los interiorizados en las chicas y un claro predominio de los trastornos de alimentación en éstas cuando alcanzan la adolescencia.

Estas tasas de prevalencia, algunas de ellas en aumento, han sido una de las razones que ha llevado al desarrollo de procedimientos y

técnicas de evaluación con un triple objetivo: delimitar la presencia de estos problemas y sus componentes, identificar y evaluar los factores asociados que permitan su comprensión y predicción, y la evaluación de los efectos de su tratamiento a lo largo de su proceso de implementación como a la finalización de los mismos. En los tres objetivos, la evaluación psicológica responde a un proceso científico de recogida sistemática de información para la descripción, clasificación, predicción y explicación del comportamiento psicológico que permite tomar decisiones y solucionar problemas. A lo largo de este proceso se sucede una secuencia de fases en la que se establecen objetivos y se formulan hipótesis las cuales se contrastan mediante técnicas e instrumentos de evaluación.

La investigación ha puesto un gran interés en los últimos años en los estudios de eficacia de los tratamientos psicológicos e incluso ha sentado las bases de lo que han de considerarse como criterios para determinar los diferentes niveles de eficacia. Ejemplos de esta aproximación llamada *Evidence-Based Practice in Psychology* (EBPP) son, por ejemplo, las Guías de práctica clínica de Cochrane o las Guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que ofrecen recomendaciones centradas en la detección, diagnóstico y, sobre todo, en el tratamiento de diferentes trastornos mentales. Sin embargo, el énfasis en la eficacia de los procedimientos de evaluación no ha sido tan destacado, cuando la determinación de la eficacia de las intervenciones debe requerir de la calidad científica de esos procedimientos de evaluación sobre los que se determina tal eficacia. De hecho, recientemente algún estudio ha señalado la necesidad de desarrollar guías de evaluación basada en la evidencia (*Evidence-Based Psychological Assessment*; EBPA), con el fin de revisar y ofrecer las mejores prácticas en evaluación psicológica (Bornstein, 2017). Ello pone en valor la importancia de la evaluación que aquí abordamos.

La exposición de contenidos de este artículo se realizará dando respuesta a un conjunto de preguntas que cualquier profesional podría hacerse ante la tarea de evaluar a un niño o una niña o, a un adolescente o una adolescente. El artículo se estructurará en un total de 7 preguntas en las que se exponen las características de la evaluación en la población infanto-juvenil, su finalidad y contenidos, los momentos en los que se realiza y su metodología básica. A continuación, se revisan los principales instrumentos de lápiz y papel para la evaluación de los problemas emocionales en adolescentes y se describen los últimos avances tecnológicos que permiten aplicar las anteriores herramientas con las ventajas de Internet y la aplicación de sistemas recientes basados en nuevas tecnologías.

¿Es diferente la evaluación psicológica de los niños/as y los/as adolescentes de la de los adultos?

Si bien el proceso de evaluación, es decir, la secuencia de fases que se implementa para llevar a cabo la evaluación es similar en niños/as, adolescentes y adultos, existen una serie de peculiaridades que hacen que la evaluación en niños y jóvenes sea característica. Mencionemos algunas de estas especificidades:

- *Limitada por la condición jurídica de menor, su nivel de dependencia y autonomía.* La condición de menor hace que sean los padres o responsables legales quienes autoricen y en la mayoría de los casos los que decidan y propicien que el/la joven acuda a un profesional. Derivada de su condición jurídica pero también de su nivel de desarrollo y autonomía, raramente

son los niños los que piden acudir a un profesional. En algunos casos los adolescentes pueden demandarlo cuando hay un claro sufrimiento, pero en general, los niños y las niñas y en muchos casos los y las adolescentes, no son conscientes de tener un problema o una alteración psicológica. Son los adultos que les rodean, padres, profesores, pediatras, quienes consideran la conveniencia de una valoración psicológica y por tanto son los que realizan la correspondiente demanda. Puede ocurrir que existan discrepancias entre el juicio clínico del profesional y el de los padres o madres, en esta circunstancia una evaluación sistematizada puede solventar dichas diferencias. La consecuencia más inmediata de la condición de menor se relaciona con la voluntariedad o no de acudir al psicólogo así como con la permeabilidad y motivación a ser atendidos por un profesional. En muchos casos, especialmente en los/as adolescentes existe cierta reactividad a ser evaluados o atendidos por un profesional principalmente cuando ellos no han decidido solicitar la ayuda. Es por esto como veremos, que la preparación del menor a la evaluación, su consentimiento y el establecimiento de una alianza son de particular importancia.

- Caracterizada por una *aproximación multimodal*. Es una regla de oro en la evaluación psicológica infantil el cumplimiento de una aproximación que cumpla con tres criterios: una aproximación multiinformante, multimétodo y multidimensional (Achenbach y Rescorla, 2001; Carrasco, 2013; del Barrio, 2002; de los Reyes y Kazdin, 2005; Hunsley y Mash, 2008; Reyes y Langer, 2018; Youngstrom *et al.*, 2017). El primero se refiere a la recogida de información procedente de diferentes fuentes informantes, padres/madres, profesores/as, compañeros/as y el/la propio/a menor; de todas ellas cabe resaltar la insustituible información suministrada por el/la menor, la cual en ningún caso debería ser obviada. Existe una gran parte del comportamiento de naturaleza interiorizada (p.ej., vivencias, pensamientos, sensaciones fisiológicas...) a la que solo el/la propio menor tiene acceso. La información proporcionada por numerosas fuentes es una forma de obtener información del comportamiento del o de la menor en diferentes contextos y desde diferentes perspectivas. La segunda, multimétodo, se refiere al uso de diferentes técnicas e instrumentos (p.ej., observación, entrevistas, escalas de puntuación, autorregistros, cuestionarios); y la tercera, multidimensional, implica atender a diferentes constructos y variables tanto del o de la menor, como de su contexto. Respecto a este particular, el destinatario o la destinataria de la evaluación no es exclusivamente el/la menor, sino en muchas ocasiones debe ser extendida a sus cuidadores principales atendiendo a variables relevantes como el estilo de crianza, el manejo de contingencias o la psicopatología de los padres, entre otras; o bien a variables del ambiente como los recursos materiales (p.ej., infraestructuras, economía...) o psicosociales disponibles (p.ej., apoyo social). Por otra parte, esta exploración multidimensional es una manera de atender a la comorbilidad altamente probable y muy característica de la población infanto-juvenil (Aláez *et al.*, 2000; Bragado *et al.*, 1995; Ezpeleta *et al.*, 2007; Navarro-Pardo *et al.*, 2012; Polanczyk *et al.*, 2015). A lo largo de este texto se incluirán las indicaciones recomendadas para optimizar la combinación de fuentes e instrumentos, así como los contenidos mínimos que deben ser evaluados.

- Caracterizada por una *aproximación evolutiva*. La psicología del desarrollo y del ciclo vital ha puesto claramente de manifiesto que las personas estamos en permanente evolución y que los procesos de cambio no

culminarán hasta el final de nuestros días. Sin embargo, es también conocido que estos procesos de cambio están más canalizados y son más acentuados a lo largo del periodo infantil y adolescente. Es por ello, que la consideración de los contenidos evolutivos a estas edades no pueden ser eludidos: desarrollo cognitivo y del lenguaje (p.ej., capacidad para recordar, ciclo atencional, nivel de autoconciencia y conciencia de los otros, razonamiento lógico-formal y nivel de abstracción, la flexibilidad cognitiva y las habilidades metacognitivas), desarrollo emocional (p.ej., conocimiento, expresión y regulación de las emociones, necesidades afectivas, autonomía....) y desarrollo psicosocial (comprensión de las relaciones interpersonales, grado de autonomía, empatía y adopción de perspectivas, el juego y el ocio, o las nociones de justicia y moralidad). El patrón de desarrollo normativo marca una referencia para que el evaluador estime tanto el adecuado logro de los hitos evolutivos esperables, las variaciones atípicas o la manera particular de manifestar la sintomatología. En otras palabras, si la presencia de una conducta inadecuada es lo esperable en un determinado momento evolutivo (p.ej., incontinencia urinaria antes de los 5 años) no puede ser un indicador de desajuste. Si bien es cierto, que la referencia al marco evolutivo no exime de considerar la variabilidad individual, es decir, el grado en el que las capacidades intelectuales o de personalidad pueden introducir diferencias más allá del logro evolutivo que marque el calendario normativo. Y más allá de esto, el momento evolutivo puede ser el responsable de que la manifestación de una alteración psicopatológica adquiera una forma específica que le diferencie de la misma manifestación en los adultos. Por ejemplo, el juego repetitivo en el estrés postraumático o la irritabilidad en la depresión.

Más particularmente, el desarrollo evolutivo establece cómo la evaluación ha de adaptar el vocabulario y extensión de los instrumentos, la complejidad gramatical e inferencial de las preguntas, su contextualización o la duración de las sesiones de evaluación. En el caso de los y las adolescentes, sus capacidades cognitivas son bastante equiparables a las del adulto, sin embargo, hay un conjunto de matizaciones en su desarrollo que conviene que el evaluador tenga presente y que forman parte de ese proceso de búsqueda de la identidad en el que la o el adolescente está inmerso. A saber: el egocentrismo adolescente caracterizado por percibir su visión de los hechos superior a la de los otros, por su percepción de invencibilidad o bajo riesgo y por percibir sus experiencias como únicas e incomprensibles (Elking, 1967). A este egocentrismo, y en parte derivado de ello, se suma su necesidad de reafirmación y el cuestionamiento de la autoridad adulta, la proximidad al grupo de iguales, el distanciamiento de las figuras parentales y su búsqueda de más autonomía (Sierra y Brioso, 2006). De manera similar algunos contenidos y no otros (p.ej., sintomatología depresiva, consumo de sustancias, imagen corporal, identidad, relaciones de pareja y amigos...) adquieren mayor relevancia en la etapa adolescente. Por todo ello, tanto los conocimientos sobre el desarrollo evolutivo y la adquisición de adecuadas habilidades y actitudes por parte del evaluador son de extraordinaria importancia en la evaluación infanto-juvenil.

- *Caracterizada por una aproximación contextualizada*

Las variables contextuales son al menos tan importantes como las individuales (individuo x ambiente), pero en el comportamiento de niños, niñas y jóvenes adquieren especial relevancia por diferentes razones (Kazdin, 2003, Moreno, 2012): (a) existe una mayor dependencia situacional en el

comportamiento infantil, es decir, muchos de los comportamientos infantiles solo ocurren en determinados contextos o ante determinadas personas; (b) la complejidad cognitiva de los niños y niñas es menor lo que hace que gran parte de los elementos explicativos de su comportamiento se encuentre en las contingencias ambientales más que en las cogniciones o reglas de conducta; y (c) el contexto es un importante foco, bien para la intervención como facilitador de conductas adaptadas alternativas, o bien, como inhibidor de conductas desadaptadas cuya modificación puede resultar más accesible y fácil. Llegada la preadolescencia, las variables cognitivas cobran más protagonismo y por tanto, el comportamiento se torna más independiente del contexto. Como parte de la evaluación del contexto, la evaluación de los padres y madres adquiere especial importancia. La psicopatología de los cuidadores principales o figuras de referencia, así como sus estilos de crianza son dos factores de riesgo muy relevantes para los problemas psicopatológicos en los niños y jóvenes.

- *Caracterizada por un papel más activo y plural del evaluador*

El evaluador debe adoptar un papel más activo en la búsqueda y análisis de la información. El niño o la niña y en gran medida el o la adolescente no comunican espontáneamente sus problemas, y apenas tienen una construcción elaborada de lo que les ocurre que ayude a identificar las variables del problema. El evaluador debe adoptar un papel más directivo, saber qué y cómo indagar, planteando las preguntas adecuadas, usando las técnicas de evaluación más apropiadas y administrando los instrumentos más oportunos. La dinámica más activa se pone también de manifiesto en la búsqueda de información a través de otras fuentes informantes que aporten información procedente de diferentes contextos del niño o la niña. A todos ellos tras las primeras fases de la recogida de información también conviene hacerles partícipe de la devolución, al menos de aquella parte del problema de la que pudieran ser responsables. En muchas ocasiones, cuando la evaluación tiene por objetivo monitorizar una intervención o valorar sus resultados, el evaluador debe instruir y entrenar a los adultos para que realicen una adecuada recogida de información o cumplimenten correctamente los registros y escalas indicadas en el contexto natural en el que están presentes.

¿Para qué evaluar y a qué contenidos atender?

Los contenidos de la evaluación (“qué evaluar”) están muy condicionados por la finalidad de la misma (“para qué”). Podría establecerse una triple finalidad en la evaluación psicológica: identificar el problema, formular las variables asociadas que lo originan o mantienen y valorar una intervención.

1) *Identificar el problema o los problemas.*

Se refiere a la delimitación de las dificultades, conductas problema, áreas de conflicto (p.ej., familiar, escolar, social) o presencia de síntomas o síndromes que pudieran responder a un diagnóstico particular. Con esta finalidad, es importante delimitar los parámetros de duración, frecuencia e intensidad de los problemas en el triple sistema de respuesta (conductual-cognitivo-emocional) y valorar como estas dificultades impactan e interfieren en el funcionamiento cotidiano de los chicos y las chicas. Si se identifica una alteración clínica, conviene analizar su patrón de comorbilidad (presencia de más de un trastorno) así como su diagnóstico diferencial (presencia o ausencia de síntomas que descartan la presencia de otro trastorno diferente al identificado).

2) Formular el problema o los problemas.

Supone el análisis de las variables implicadas en el origen y mantenimiento del problema y de todos aquellos factores asociados que nos permitan una comprensión útil y una potencial explicación del problema. Es el mapa de relaciones entre variables psicológicas y contextuales las que proveerán la conceptualización y localización de las principales dificultades así como su entramado de relaciones con las restantes variables. La formulación del problema supone el establecimiento de hipótesis explicativas acorde a los modelos teóricos disponibles que deberán ser contrastadas en el caso particular que analicemos mediante la evaluación de las variables implicadas y sus relaciones. Para ello, el conocimiento de los modelos explicativos sobre las diferentes alteraciones así como los factores de vulnerabilidad, de riesgo y de protección que la investigación ha identificado como relevantes son de especial interés. En este sentido las experiencias traumáticas o los acontecimientos vitales relevantes, deben ser activamente explorados, dada su elevada frecuencia a no ser explicitados por vergüenza, miedo al rechazo, ansiedad o minimización de su importancia.

3) Valorar una intervención.

La evaluación puede tener como finalidad la evaluación de una intervención tanto en su proceso (monitorización) como tras su implementación (evaluación de resultados y seguimiento). Con este objetivo se pretende valorar y medir el curso y la evolución del cambio en el transcurso de una intervención para tomar el pulso de la misma y reconducir o modificar, si fuera preciso, las estrategias de tratamiento diseñadas; pero también evaluar los efectos de la intervención y los cambios producidos. Se trata de analizar la eficacia (cumplimiento de metas establecidas), la efectividad (el impacto en la salud mental, bienestar y funcionamiento de los y las jóvenes que reciben la intervención) y la eficiencia (relación de costes y beneficios) de un tratamiento.

Tabla 1. Principales contenidos a evaluar según la finalidad de la evaluación

Identificar problema/s	Formular problema/s	Valorar tratamiento
-Especificar y delimitar la demanda	-Historia del problema: origen-desarrollo	-Expectativas y motivación al tratamiento
-Frecuencia, duración e intensidad de los problemas	-Variables personales: desarrollo madurativo, problemas médicos, dificultades previas, capacidad intelectual, personalidad y temperamento, expresión-regulación emocional, afrontamiento, intereses y ocupaciones	-Alianza terapéutica
-Exploración Psicopatológica:		-Resistencia o cumplimiento de consignas de tratamiento
- Estado mental		-Evolución y cambio en:
- Presencia de síndromes y comorbilidad	-Variables escolares: historia escolar, rendimiento, compañeros...	- Conductas problema
-Funcionalidad: interferencia e impacto en el funcionamiento cotidiano	-Variables familiares: estructura, relaciones, apego, estilo educativo	- Sintomatología
-Contexto y circunstancias en las que ocurre el problema	-Variables sociales e interpersonales: amistades, habilidades sociales, ocio, apoyo social	- Funcionalidad e interferencia cotidiana
	- Acontecimientos vitales	- Impacto en familia, escuela, compañeros, ocio
	-Configuración de relaciones entre las variables y contextos analizados	-Bienestar/malestar subjetivo
	-Factores de fortaleza, vulnerabilidad, riesgo y protección	-Satisfacción con la intervención
		- Seguimiento y recaídas

En cada uno de estos objetivos se precisa de la obtención de determinada información que ayude a la consecución de los mismos. En la tabla 1, se precisan los principales contenidos a evaluar según la finalidad de la evaluación. Ciertamente estos contenidos no son apartados estancos de manera que los contenidos evaluados para un objetivo específico son también un complemento para cualquiera de los restantes. Por ejemplo, la evaluación de la intensidad de cierta sintomatología inicial o el establecimiento de un diagnóstico encaminados a la identificación de un problema (p.ej., depresión) es útil para conocer las variables explicativas que se recogen en los modelos teóricos que explican esa alteración (p.ej., desesperanza, inactividad, sesgos cognitivos...) para formular el problema; y al mismo tiempo, es una información relevante como línea base para evaluar el cambio en una intervención.

¿Cuándo debe realizarse una evaluación?

La evaluación psicológica se realiza generalmente ante la demanda de los padres y las madres o, con menor frecuencia ante la demanda que los jóvenes y las jóvenes hacen a sus padres. En muchas ocasiones son los profesores los que ante la presencia de dificultades en el contexto escolar indican a los padres o las madres la conveniencia de realizar una evaluación psicológica. Las principales demandas por la que se solicita una evaluación psicológica son muy variadas (p.ej., deterioro funcional, bajada del rendimiento académico, excesiva ansiedad, tristeza o irritabilidad, problemas en las relaciones interpersonales, problemas de sueño o alimentación...). En la mayoría de las ocasiones las demandas parten de las madres y se relacionan bien con la presencia de dificultades que impactan en el ajuste social, familiar o escolar del menor o la menor; o bien por la presencia de síntomas o manifestaciones graves referidas a problemas exteriorizados, principalmente en los varones más pequeños (p.ej., trastorno de conducta, hiperactividad, trastorno negativista desafiante) y problemas interiorizados en los adolescentes (p.ej., ansiedad o depresión (Moreno, 2012).

Algunas veces la evaluación se realiza de forma preventiva como parte de la actividad regular que se realiza en los colegios o institutos por parte de departamentos de orientación escolar. Suele tratarse de una evaluación de cribado o despistaje en la que se exploran, mediante instrumentos de amplio espectro, diferente sintomatología, actitudes y aptitudes en los y las jóvenes.

¿Cómo debe llevarse a cabo la evaluación?

La evaluación se implementa desde una aproximación científica (Reyes y Langer, 2018; Youngstrom *et al.*, 2017) mediante un proceso de evaluación e intervención guiado por el cumplimiento de una serie de criterios científicos y deontológicos. Por tanto, tres son los elementos que deben conducir la evaluación: un proceso que articule sus pasos, diferentes criterios científico-técnicos y deontológicos.

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación es una sucesión de fases en el que se establece los diferentes objetivos de la evaluación y se formulan las distintas hipótesis, las cuales se contrastarán mediante los instrumentos de evaluación correspondientes. Este proceso se compone de cuatro fases globales (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2003): análisis del caso; organización de la información de los resultados; planificación de la intervención; y

valoración del tratamiento y su seguimiento. Las dos primeras fases son suficientes cuando lo que se pretende es la identificación y formulación del problema. No obstante, cuando el objetivo de la evaluación es diseñar e implementar una evaluación es necesario cumplimentar las cuatro fases que a continuación se detallan:

1) Análisis del caso

En esta primera fase se analiza la demanda y se establecen tanto las hipótesis de identificación del problema o los problemas (p.ej., descripción de conductas problema o diagnóstico) como las hipótesis funcionales, predictivas o explicativas que permitan una formulación del caso. De acuerdo con estas hipótesis se procede a la recogida de información mediante técnicas e instrumentos de evaluación. Posteriormente se analizan los resultados de la evaluación, se interpretan y se establecen las conclusiones derivadas de los datos. Al finalizar esta fase deberíamos contar con una delimitación del problema en términos de áreas de conflicto, posible diagnóstico y conductas problema, así como una teoría del caso que detalle las relaciones entre variables que expliquen los problemas.

2) Organización de la información de los resultados

Recogida y analizada la información, esta debe ser organizada e integrada tratando de dar respuesta a la demanda y a las hipótesis formuladas. La información procedente de las diferentes fuentes informantes y de los distintos instrumentos ha de ser combinada e integrada de forma coherente y comprensiva. Una vez integrada debe procederse a la devolución y comunicación de la información a los evaluados y sus responsables. En esta devolución se discuten los resultados y se toman las decisiones que permitan solucionar los problemas planteados: orientaciones, recomendaciones o tratamientos específicos.

3) Planificación de la intervención

La tercera fase del proceso de evaluación incluye el establecimiento de objetivos de intervención, la selección de variables relevantes sobre las que actuar estableciendo hipótesis de resultados y las diferentes alternativas de tratamiento que mejor se ajusten al caso. Aunque esta fase no es estrictamente de evaluación, se deriva de ésta y marca la fase posterior.

4) Valoración del tratamiento y su seguimiento

Esta fase se implementará tanto a lo largo de la intervención para ir monitorizando el curso del tratamiento como tras su finalización para valorar los efectos del tratamiento y su impacto. De acuerdo con las hipótesis de resultados planteadas, se valoran los resultados y efectos obtenidos. Esto incluye evaluar el grado de modificación de las variables sobre las que se ha intervenido y de sus efectos en las diferentes áreas de funcionamiento de los chicos y las chicas. De nuevo se acompaña de una devolución y comunicación de los logros y cambios alcanzados y se planifica un seguimiento que permita valorar la permanencia de los cambios y sus efectos.

Criterios técnicos y deontológicos

Para garantizar la calidad científica y profesional del proceso de evaluación, este debe guiarse mediante distintos criterios técnicos y deontológicos. Con los primeros hacemos referencia a las directrices científicas que servirán

de base para llevar a cabo una evaluación útil, válida y fiable (Reyes y Langer, 2018; Youngstrom *et al.*, 2017); los segundos a las actitudes y comportamientos éticos que deben impregnar la actuación del evaluador.

Los criterios técnicos incluyen en primer lugar, dirigir la evaluación a aquellas variables y constructos (personales, contextuales, pasadas y presentes) que la evidencia empírica ha mostrado que son relevantes en relación con los problemas a evaluar. Los modelos teóricos con apoyo empírico pueden ser la base que guíe esta selección. En segundo lugar, seleccionar técnicas e instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas que permitan hacer inferencias válidas y fiables. En tercer lugar, combinar el uso de instrumentos y fuentes informantes, siguiendo criterios de coste, especificidad y validez incremental que optimicen la adecuada integración de la información. Finalmente, la minimización de los sesgos del evaluador con un adecuado entrenamiento en el ámbito de competencia en el que se realiza la evaluación y el uso de estrategias complementarias (p.ej., heurísticos y guías de evaluación, tablas de contingencia...). De forma general, se recomienda en las primeras fases de la evaluación el uso de instrumentos de amplio espectro junto con alguna entrevista de detección para posteriormente aplicar instrumentos más específicos (autorregistros, cuestionarios, escalas de puntuación). Además se recomienda combinar varias fuentes de información, entre las que siempre estén las del propio o la propia menor (especialmente para la información interiorizada) junto con la información aportada por los padres o madres (principalmente para la información exteriorizada). La administración de autoinformes debe aplicarse solo con niños y niñas de más de 8 años que tengan adecuadas competencias en lectura. Más particularmente, se recomienda el uso de una historia clínica semiestructurada junto con un instrumento multidimensional de amplio espectro, seguido de instrumentos específicos (p.ej., autorregistros, módulos focalizados de entrevista semiestructurada, observación, cuestionarios) que permitan la delimitación del problema y la estimación del deterioro funcional (intensidad, frecuencia, impacto en las diferentes áreas de la vida). Además de la sintomatología y su impacto en la funcionalidad del joven o la joven conviene obtener medidas de su personalidad, un listado de acontecimientos vitales relevantes, medidas de afrontamiento, apoyo social, estilo educativo familiar y psicopatología de los padres (Carrasco, 2013; del Barrio, 2002; Ezpeleta, 2012).

Los criterios deontológicos son aquellos que marcarán la conducta ética del evaluador o la evaluadora. Estos criterios pueden agruparse en cinco áreas las cuales afectan de forma más directa a la evaluación (COP, 2010; APA, 2017; International Test Commission, 2001):

1) *Confidencialidad y secreto profesional*. La información suministrada al evaluador ha de ser tratada confidencialmente y bajo secreto. Los menores tienen también este derecho, pero sus responsables legales deben ser concededores de aquella información relevante que les afecte. No obstante, en aras al cumplimiento de los derechos del niño, se recomienda la transmisión de información a los padres, siempre de forma consensuada entre evaluador/a y niño/a o adolescente haciendo prevalecer el mejor interés del menor. Para garantizar este principio, el menor o la menor deben contar con al menos una o dos sesiones de evaluación en ausencia de sus padres.

2) *Consentimiento informado*. Cualquier actuación del evaluador debe estar precedida por el consentimiento informado del menor o de sus responsables

legales; y solo será válido si, en relación con las circunstancias concretas, la persona acepta ser evaluada de forma libre consciente y ausente de error. El consentimiento será por representación cuando se trate de un menor de edad inferior a los 12 años; entre 12 y 16 años, la opinión de los menores sobre el consentimiento ha de ser siempre oída pero los representantes legales deben consentir; y bastaría con el consentimiento informado del propio menor, si este tiene 16 años y es capaz intelectual y emocionalmente (*menor maduro*) de comprender el alcance de la intervención (Bartolomé, 2015). Esta consigna es claramente aplicable a la evaluación psicológica la cual no suele entrañar ningún riesgo grave para la integridad física de un menor. No obstante, la recomendación deontológica es oír y tener en cuenta siempre la opinión del menor o la menor haciendo que de forma consensuada tanto el propio menor o la propia menor como sus responsables legales consentan; en el caso de los/las menores a partir de 12 años, es importante solicitar su consentimiento para obtener información desde otras fuentes tales como la de sus padres/madres o profesores/as. En cualquier caso las decisiones deontológicas con los y las menores deben siempre conjugar el interés superior del menor o la menor, sus derechos fundamentales, el deber de responsabilidad parental (vela, cuidado y asistencia) y el cumplimiento del deber del profesional de intervenir en casos de urgencia o de estado de necesidad. Ante la dificultad de conjugar estos derechos y deberes se impone la consulta al Juez de Guardia o al Ministerio Fiscal.

3) *Invasión de la personalidad.* El evaluador debe evitar cualquier intromisión innecesaria en la vida privada de la familia o del propio menor. La evaluación debe ser pertinente y ajustada a los motivos y finalidad de la exploración siempre con conocimiento y consentimiento.

4) *Competencia y rigor científico.* El evaluador debe ejercer su labor de acuerdo a la evidencia científica, esto es, aplicando dicha evidencia al uso y selección de técnicas e instrumentos de evaluación y, principalmente a su interpretación y toma de decisiones.

5) *Protección de datos personales y documentación.* La información relativa a los datos personales debe custodiarse y protegerse en condiciones de riguroso control y secreto (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de carácter personal) bajo el consentimiento del menor, si este tiene más de 14 años o de sus responsables legales cuando su edad es inferior a 14 años. Según los casos, los menores o sus responsables deben tener los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación. Además, la información recogida debe estar adecuadamente custodiada en aras de la protección del honor, la intimidad y la imagen de los y las menores.

Como combinación de los criterios científicos y deontológicos cabe mencionar la importancia de tres elementos en la práctica del evaluador o de la evaluadora cuando interviene con un/a menor: la preparación previa, el establecimiento de la alianza terapéutica y la atención a la multiculturalidad.

Preparación del menor o de la menor. Como se ha comentado gran parte de los chicos y chicas que acuden al psicólogo/a para ser evaluados son llevados por sus madres o padres y desconocen las razones de ello. Debe ofrecerse una explicación sencilla indicando la necesidad de buscar ayuda con la finalidad de mejorar algunos comportamientos o hacer que se sientan mejor. La negativa debe ser abordada mediante la persuasión y si esta no funcionara contemplar el uso de alguna recompensa. En el caso de los o las adolescentes, si fallaran estas estrategias, recurrir a personas significativas

para ellos (p.ej., amigos, profesores) puede ser una alternativa. La imposición o el castigo no suele funcionar a estas edades (del Barrio, 2002).

La *alianza terapéutica*. Se refiere a la relación positiva o vínculo que se establece entre evaluador/a y evaluado/a. Se fragua a lo largo de las primeras sesiones a partir de tres elementos: el lazo emocional positivo que se establece en la relación, el acuerdo en las metas a alcanzar y el consenso en las tareas o estrategias a realizar para su consecución (Roest *et al.*, 2016). En la evaluación y tratamiento de los problemas infanto-juveniles la alianza responde a una relación tripartita en la que intervienen padres/madres, profesional y menor; por ello, la alianza con los padres y su participación a lo largo del proceso de evaluación tiene un papel facilitador fundamental (Bunzako, 2017) que el o la profesional debe cuidar. La alianza facilita la motivación a la evaluación, la apertura y la revelación. En el caso de la intervención terapéutica la buena alianza predice resultados positivos (Shirk *et al.*, 2011). Por tanto, todo aquello que promueva este vínculo facilitará la obtención de información y el desarrollo de la evaluación. Las habilidades del evaluador relacionadas con la escucha, la empatía, la confidencialidad, el respeto, el reforzamiento y la comunicación juegan un papel esencial, además de la negociación en el establecimiento de metas.

La atención a la multiculturalidad. La atención de ciudadanos procedentes de otros entornos culturales se ha convertido en algo muy frecuente en nuestro entorno. Por tanto, se hace necesaria la sensibilidad y competencia por parte de los profesionales en el manejo de las minorías étnicas y la atención a la diversidad (Valenzuela *et al.*, 2017) para implementar la evaluación con menores y familias procedentes de otros contextos. Los evaluadores y las evaluadoras deben adquirir actitudes, conocimientos y habilidades para interpretar adecuadamente los indicadores de salud mental de estas minorías, seleccionar instrumentos adecuadamente adaptados, ajustar el lenguaje y la comunicación, la formulación de preguntas y los tiempos de atención.

¿Qué técnicas e instrumentos pueden utilizarse para la recogida de información?

La alta presencia de alteraciones emocionales en la infancia y la adolescencia han propiciado la necesidad por desarrollar estrategias específicas de evaluación psicológicas.

Como afirmaron Sánchez-Sánchez *et al.* (2016), “disponer de la instrumentación adecuada es una condición indispensable para cumplir los requisitos necesarios para una evaluación científica... y es un primer paso para lograr una evaluación de calidad que ofrezca las garantías necesarias”. En este mismo sentido, una de las recomendaciones del “Informe y hoja de ruta sobre las prioridades para la promoción de la salud mental y bienestar emocional en los jóvenes” publicado por la red PROEM en 2018 indica que es necesario disponer de un repositorio de instrumentos de evaluación e intervención para la mejora de la detección precoz y de las intervenciones en problemas de salud mental con evidencia científica que aumenten la transparencia y disminuyan el intrusismo laboral (Red de miembros y colaboradores PROEM, 2018).

Pero, ¿realmente existe un número suficiente de instrumentos de evaluación infantil con adecuadas propiedades psicométricas que permitan evaluar los principales problemas emocionales?

La respuesta es claramente afirmativa. Así, existen tanto instrumentos para la evaluación de sintomatología general que permiten un cribado inicial como para la evaluación de síntomas específicos que permiten explorar de forma más particularizada el tipo de problemas emocionales. Además contamos con entrevistas semiestructuradas que permiten realizar una delimitación diagnóstica más precisa o un diagnóstico diferencial, entre otros.

Los instrumentos de autoinforme han demostrado ser los de primera elección para la detección de ansiedad y depresión con indudables ventajas sobre otras técnicas como las entrevistas o la observación (Southam-Gerow y Chorpita, 2007). Así, contamos con diversos instrumentos de amplio espectro, que tratan de evaluar tanto aspectos negativos como positivos del funcionamiento. Entre ellos cabe mencionar el Sistema de Evaluación de la conducta en Niños y Adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 2004), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar los problemas de conducta infantiles; el Sistema de Evaluación de Achenbach (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*, ASEBA; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007) o el Y-PSC-17 (Jellineck *et al.*, 1988), el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (*SDQ*; Goodman, 1997), o el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescente (SENA; Fernández-Pinto *et al.*, 2015a, 2015b), que incluye cuestionarios específicos para recabar información de diferentes informadores atendiendo a los principales contextos en los que se desenvuelve el niño (familia y escuela), además de modelos de autoinforme según la edad de la persona evaluada.

Más allá de estas herramientas multicomponentes y de amplio espectro, también contamos con pruebas específicas para la evaluación de la ansiedad y la depresión, tales como la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS y RCADS-30). Un reciente metanálisis señala que la consistencia interna de las diferentes versiones del RCADS son equivalentes, con valores de consistencia elevados (Piqueras *et al.*, 2017). Otra medida actual es la prueba de aplicación en línea para evaluar el nivel de malestar y los síntomas específicos de los trastornos emocionales más comunes en niños y adolescentes, la DetectaWeb-Malestar (García-Olcina *et al.*, 2014, 2017; Piqueras *et al.*, 2017). Además, existen pruebas específicas diferenciadas para síntomas de trastornos de ansiedad y de depresión. Entre estas pruebas cabe destacar, por los avances en su estudio, la Escala de Ansiedad Spence de Niños (SCAS) y la Medida de Ansiedad Juvenil para el DSM-5 (YAM-5). Respecto al SCAS, muy recientemente un meta-análisis de generalización de la fiabilidad ha demostrado que presenta una consistencia interna robusta, así como un importante apoyo empírico a la estructura factorial original de 6 factores (Orgilés *et al.*, 2016). A pesar de los muchos aspectos positivos que este instrumento ha mostrado, presenta una limitación esencial, no incluye una escala de depresión. De manera similar Muris *et al.* (2017) han desarrollado la YAM-5, una nueva escala para evaluar los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes siguiendo criterios DSM-5 (Muris *et al.*, 2017), la cual tampoco incluye la evaluación de la sintomatología depresiva. Esta escala cuenta con la versión I, que abarca los principales trastornos de ansiedad social y la II, que solo mide fobias específicas. Algunas de estas pruebas incluyen formas paralelas para padres y para profesores/maestros (véase tabla 2).

Además de las escalas y cuestionarios están disponibles las entrevistas diagnósticas. Entre ellas, están las entrevistas diagnósticas semiestructuradas

que permiten el diagnóstico diferencial. Un ejemplo de estas son el K-SADS-PL, el MINI-KID, el ADIS-IV-C/P, la ADIS-5-C/P o la DAWBA.

La tabla 2 incluye alguno de los principales y más utilizados instrumentos para evaluar los trastornos emocionales, si bien no pretende ser un listado exhaustivo de la totalidad de herramientas disponible.

Tabla 2. Principales instrumentos generales de evaluación de los problemas emocionales.

Prueba	Descripción	Edad (años)	Duración (en minutos)
Escalas de sintomatología general y recursos			
BASC	Sistema de instrumentos multifuente (padres, tutores y los propios niños), multimétodo (cuestionarios, historia del desarrollo y observación) y multidimensional que incluye dimensiones tanto adaptativas (2 escalas: Adaptabilidad y Habilidades Sociales) como clínicas o desadaptativas (8 escalas: Agresividad, Hiperactividad, Problemas de atención, Atipicidad, Depresión, Ansiedad, Retraimiento y Somatización).	3-17 Forma padres, profesores y niños	10-20 adultos 30-45 niño
SENA	Sistema de evaluación multimétodo compuesto por 9 cuestionarios dirigidos a tres niveles de edad: Infantil (3-6 años), Primaria (6-12 años) y Secundaria (12-18 años); y multidimensional: permite evaluar problemas (interiorizados, exteriorizados, específicos y contextuales: familiar, escolar y compañeros), factores de vulnerabilidad (problemas de regulación emocional, rigidez, aislamiento, dificultades de apego y búsqueda de sensaciones) y factores de recursos personales (Autoestima, Integración y competencia social, Inteligencia emocional, Conciencia de los problemas y disposición al estudio).	3-17 Forma padres, profesores y niños	15-20 adultos 30-40 niño
SDQ	Cuestionario de 25 ítems que incluye síntomas emocionales, trastorno de conducta, hiperactividad, problemas de relación social y conducta prosocial.	3-17 Forma padres, profesores y niños	10
Escalas de sintomatología general			
ASEBA	Sistema de evaluación que incluye diferentes instrumentos. Permite analizar comportamientos adaptativos y anómalos en diferentes rangos de edad. Evalúa problemas interiorizados (personalidad, timidez y ansiedad/inhibición) y exteriorizados (conducta, cólera o desafío y agresión).	2-16 Forma padres, profesores y niños	30-60
Y-PSC Y-PSC-17	Cuestionario de 35 y 17 ítems, respectivamente. Evalúa los problemas emocionales, conductuales y atencionales en niños y adolescentes.	9-17 años Forma padres y niños	10
Entrevistas clínicas diagnósticas semi-estructuradas			
ADIS-IV C/P	Entrevista semi-estructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se centra en los trastornos de ansiedad, aunque cubre otros trastornos como distimia, depresión mayor o déficit de atención con hiperactividad.	6-17 Forma padres y niños	60-90
ADIS-5 C/P	Equivalente al ADIS-IV, pero basado en DSM-5.	6-17 Forma padres y niños	60-90
K-SADS-PL	Incluye los principales diagnósticos psiquiátricos infantiles del Eje I del DSM-IV presentes y pasados.	6-17 Forma padres y niños	30-90

MINI-KID	Diagnóstico de los trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10.	6-17	30-90
DAWBA	Diagnóstico de los principales trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10.	5-16 Forma padres y niños	30-90
Escalas específicas de síntomas de ansiedad y depresión			
RCADS y RCADS-30	47 ítems y 30 ítems. Síntomas DSM-IV relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor.	11-17 Forma padres y niños	10-20
DASS y DASS-21	42 y 21 ítems, respectivamente Evalúa depresión, ansiedad y estrés	11-17 Forma niños	10
Detectaweb-Malestar	30 ítems. Evalúa estado de ánimo (depresión mayor y trastorno distímico), ansiedad (ansiedad de separación, generalizada, social, pánico / agorafobia y fobia específica), trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y suicidio (ideación, planes e intentos de suicidio).	8-17	10
Pruebas específicas de ansiedad			
SCAS	44 ítems. Evalúa principales síntomas de ansiedad: ansiedad por separación, pánico/agorafobia, fobia social, miedo al daño físico, problemas obsesivo-compulsivos y ansiedad generalizada.	3-17 Forma padres y niños	10-20
STAI-C	20 ítems. Evalúa ansiedad estado y rasgo.	9-15	15-20
MASC	39 ítems. Evalúa sintomatología física, evitación del peligro, ansiedad social y ansiedad de separación.	8-17	10-20
SCARED-R	Evalúa diversos síntomas de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica, fobia específica (tipo sangre-inyección-daño) y fobia específica (tipo situacional-ambiental).	8-12	10-20
YAM-5	50 ítems. Evalúa los principales síntomas de trastornos de ansiedad según el DSM-5	8-17	20
Pruebas específicas de depresión			
CDI	27 ítems. Prueba de referencia en depresión infantil. Incluye cinco subescalas: humor negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa.	8-12	10-20
CES-D	20 ítems. Evalúa componentes cognitivos y conductuales de la sintomatología depresiva.	10-17	10-20
PHQ-9	9 ítems. Evalúa síntomas depresivos.	10-17	5

Nota. BASC: *Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 2004); SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto *et al.*, 2015a, 2015b); SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997); ASEBA: Sistema de Evaluación de Achenbach (Achenbach and Rescorla, 2001, 2007); Y-PSC / Y-PSC-17: *Youth-Pediatric Symptom Checklist* (Gardner *et al.*, 1999; Jellinek *et al.*, 1988; versión española del primer autor); ADIS-IV-C/P: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child/Parent versions* (Silverman y Albano, 1996; versión española de Silverman, Albano y Sandin, 2003); ADIS-5 C/P: DSM-5. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5-Child and Parent versions* (Albano *et al.*, 2018); K-SADS-PL: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime versión* (Kaufman *et al.*, 1997; versión española de Ulloa *et al.*, 2006); MINI-KID: *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* (Sheeha *et al.*, 2010; versión española de Colón-Soto, Díaz, Soto, y Santana, 2005); DAWBA: *Development And*

Well-Being Assessment (Goodman et al., 2000); RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; Chorpita et al., 2000; Versión española de Sandín, et al., 2009, 2010; DASS y DASS-21: *Depression, Anxiety and Stress Scales* (Lovibond y Lovibond, 1995); Detectaweb-Malestar: Escala de Detección vía Web para los trastornos mentales emocionales (García-Olcina et al., 2014, 2017 y Piqueras et al. 2017); SCAS: *Spence Children's Anxiety Scale* (Spence, 1998; versión española de Orgilés et al., 2012); STAI-C: Cuestionario de Ansiedad Estado-rasgo Niños (Spielberger, 1973); MASC: Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (Multidimensional Anxiety Scale for Children (March et al., 1997); SCARED-R: *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders -Revised* (Muris et al.; 1999); YAM-5: *Youth Anxiety Measure for DSM-5* (Muris et al., 2017; versión española de García-López et al., 2017 *Fuentes-Rodriguez et al., 2018*); CDI: Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1981; versión española del Barrio y Carrasco, 2004); CES-D: *Center for Epidemiological Studies Depression* (Radloff, 1977); PHQ-9: *Patient Health Questionnaire* (Kroenke et al., 2001; versión española de Diez-Quevedo et al., 2001).

¿Qué nos está ofreciendo la tecnología?

En la presentación del monográfico titulado “Avances en evaluación y diagnóstico psicológico en niños y adolescentes” publicado en la Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes en 2016, ya se afirmaba respecto al estado actual de la disciplina y los avances en evaluación psicológica infantil lo siguiente: “...podría concluirse que el panorama actual de la evaluación psicológica se caracteriza por el esfuerzo de integración de distintas aproximaciones teóricas, el avance en metodologías y técnicas clásicas, la introducción de nuevas tecnologías y la apertura a nuevos campos de trabajo, tanto a nivel teórico como aplicado...” (del Barrio y Piqueras, 2016).

Esta afirmación no podía ser más acertada, puesto que en la actualidad, los avances tecnológicos ofrecen la posibilidad de aplicar las herramientas clásicas de evaluación en modalidad *online* y de utilizar nuevos sistemas solo disponibles gracias a las nuevas tecnologías, como por ejemplo, la aplicación de la inteligencia artificial para el análisis del lenguaje empleado en redes sociales o la monitorización de una conducta como la actividad física mediante una aplicación del Smartphone, por poner solo dos ejemplos.

La evaluación basada en Internet (“Internet-based assessment”) se define como la recogida de información personal a través de un instrumento disponible en un dispositivo que permite acceder a una red (Mogle, 2016). Por tanto, hablamos de evaluación psicológica a través de Internet cuando nos referimos a cualquier recogida de información de una persona (o grupo específico de personas) que se realiza mediante cualquier tipo de dispositivo electrónico conectado a Internet, pero siempre y cuando cumpla los mismos criterios que la evaluación psicológica basada en la evidencia, es decir, dirigida al estudio científico del comportamiento humano (en los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta (Fernández-Ballesteros, et al., 2003), todo ello con la particularidad de implementarlo a través de Internet. En este sentido, los tipos de evaluación científica basada en Internet incluyen cualquier técnica de evaluación psicológica de las conocidas, tales como medidas de autoinforme, entrevistas clínicas en línea, medidas cognitivas o de actitud basadas en el desempeño y registro discreto de la actividad, y técnicas de observación y autoobservación consistente en la recogida de actividad de forma automática a través de Internet.

Independientemente de la modalidad en la que se aplique la evaluación en adolescentes, las técnicas o instrumentos deben dar respuesta a las características diferenciadoras de la evaluación psicológica con niños/as y

adolescentes, por lo que deben ser instrumentos que permitan, como ya se ha señalado, una evaluación multiinformante, multimétodo, multidimensional, ajustada al desarrollo evolutivo del o la menor y enmarcada adecuadamente en el contexto en el que la evaluación tiene lugar. Además, el uso de estas herramientas debe cubrir las funciones de identificar problemas, formular hipótesis y valorar la eficacia de las intervenciones siempre bajo el cumplimiento de las garantías científico-técnicas y ético-deontológicas ya mencionadas.

Por tanto, las nuevas tecnologías nos ofrecen al menos tres oportunidades: 1) la posibilidad de administrar los cuestionarios y entrevistas tradicionales o pruebas específicamente desarrolladas desde este ámbito, es decir, cuestionarios *online*, entrevistas *online*, etc.; 2) aplicación de otras modalidades de evaluación, tales como la observación y autoobservación a través de Internet, la evaluación ecológica momentánea o la evaluación automática y; 3) nuevos desarrollos tecnológicos en fase de investigación, tales como la evaluación psicológica en base a *Big-Data-Data Mining*, entre otros. De todas los instrumentos mencionados, las encuestas de autoinforme son las formas más comunes de evaluación basadas en Internet, mientras que las medidas basadas en la observación y autoobservación son menos frecuentes, aunque cada vez su uso en la investigación y en el ámbito profesional se está extendiendo.

¿Cómo podemos evaluar psicológicamente los problemas emocionales mediante las nuevas tecnologías?

1. Autoinformes: cuestionarios y encuestas a través de Internet

Puede afirmarse que existe un suficiente número de estudios que apoyan las adecuadas propiedades psicométricas (estimaciones de fiabilidad y evidencias de validez) y la utilidad de las pruebas en línea así como la equivalencia entre éstas (pruebas detección, evaluación y/o diagnóstico) y las pruebas de lápiz y papel tradicionales (Alfonsson *et al.*, 2014; Donker *et al.*, 2009; van Ballegooijen *et al.*, 2016) en adolescentes (Cuijpers *et al.*, 2008; Piqueras *et al.*, 2017).

Centrándonos en la población adolescente, una revisión sistemática realizada en 2016 indicó que las propiedades psicométricas de los cuestionarios en papel para su uso en línea, así como la validez de los nuevos instrumentos que se han desarrollado específicamente para este medio son adecuadas (van Ballegooijen *et al.*, 2016). De acuerdo con esta revisión, cabe señalar que existen instrumentos en línea con buenas propiedades psicométricas para evaluar algunos de los principales trastornos mentales emocionales en adolescentes. Por ejemplo, para la depresión se han desarrollado específicamente el *Center for Epidemiologic Studies Depression scale* (CES-D) y el *Major Depression Inventory* (MDI) o el HSCL-10 de Haavet *et al.* (2011) que ha mostrado un alfa de Cronbach de .87. En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, el *Children-Florida Obsessive-Compulsive Inventory* (C-FOCI) obtuvo un alfa de Cronbach de .73 (Storch *et al.*, 2009). A pesar de que la revisión de instrumentos desarrollada específicamente para su uso en línea puso de manifiesto las propiedades psicométricas de las medidas en línea también evidenció que ninguna de estas medidas había sido desarrollada para ser aplicada directamente a través de internet.

En la actualidad se han desarrollado plataformas y aplicaciones que permiten la evaluación de problemas psicológicos. Por ejemplo, existen

algunas plataformas, con sus correspondientes laboratorios psicológicos virtuales, que sirven para evaluar y realizar investigación *online*. Estas plataformas pretenden acercar el laboratorio a la persona y no al revés. Otro ejemplo para la evaluación de adolescentes es una aplicación (*app*) muy interesante llamada *NovoPsych Psychometrics*. Se trata de una *app* que ofrece evaluaciones psicológicas a través de un iPad o de un ordenador, donde los clientes pueden completar las pruebas en la consulta o en la sala de espera simplemente respondiendo en la pantalla del iPad. Los resultados se calculan automáticamente y se remiten vía internet al psicólogo, quien puede acceder a las puntuaciones, subescalas y percentiles al instante. Las pruebas específicas que incluye para adolescentes son pruebas tan utilizadas como las Escalas de Estrés, Ansiedad y Depresión (tanto el DASS-42 como el DASS-21), la Escala de Ansiedad de Spence para Niños (SCAS Parent and Child versions), el Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos (*MFQ Parent and Child versions*), el CES-D for Children, el *Children's Obsessional Compulsive Inventory-Revised-Self Report* (ChOCI-R-S) y el *Mood and Feelings Questionnaire-Self Report* (MFQ-Self) para menores de 6 a 16 años, y para padres. Esta aplicación mejora la eficiencia de la evaluación al ahorrar tiempo de consulta o al eliminar la necesidad de imprimir, almacenar y puntuar pruebas psicométricas. Además, permite administrar pruebas psicométricas ampliamente utilizadas y convierte de manera automatizada las puntuaciones en rangos de percentil para que los profesionales de la salud mental dispongan de datos para interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas.

También permite representar gráficamente los resultados a lo largo del tiempo para que el profesional y su cliente puedan ver la evolución de los síntomas. Según la propia empresa, NovoPsych cumple con los más altos códigos de seguridad de datos de salud mental, que se consideran de alto nivel de seguridad. Para ello los datos son transmitidos con encriptación AES, para proteger la privacidad de los clientes. Las pruebas incluidas actualmente en NovoPsych son gratuitas y de dominio público y pueden ser administradas tantas veces como se requiera sin cargo adicional. Tiene una versión gratuita y una versión de pago bajo suscripción, que ofrece la opción de actualizar el servicio proporcionando con más funciones y un mayor soporte. Por el momento, esta aplicación está íntegramente en inglés, pero su descarga e instalación puede permitir analizar este sistema en www.novopsych.com. Dicha *app* cuenta con algunos estudios científicos (p.ej., Chung y Buchanan, 2019).

Por último, dos recientes publicaciones del mismo autor australiano L Jellins que revisan las herramientas en línea para los psicólogos educativos han indicado que existe una serie de herramientas de cribado ya disponibles en formato electrónico aunque mayoritariamente en inglés, tales como el DASS, el SDQ y el SCAS (Jellins, 2015). Además en estos trabajos se recomiendan una serie de *apps* que permiten ayudar a evaluar los problemas emocionales en adolescentes (Pfohl y Jellins, 2017). Entre ellas cabe mencionar, *Mood Assessment*, *MoodGYM*, *MoodKit*, *iCope*, *Smiling Mind*, *Talking Anxiety*, *Body Beautiful*, *DeepSleep*, *SuperBetter*, *Live Happy*, *Pillboxie*, *iCounselor*, *Mnf*, *Check-in*, *FocusUp Pro*, *Appreciate a Mate*, *NovoPsych*, *Therapy Outcome Management System*, *Recharge—Sleep Well*, *Be Well*, *Thought Diary Pro*, *MindShift*, y *My Mood Tracker*. En La tabla 3 se incluye un resumen de las principales herramientas disponibles en español.

Tabla 3. Principales instrumentos generales de evaluación de los problemas emocionales disponibles a través de Internet.

Prueba	Web	Características
Escalas de sintomatología general y recursos		
SENA	http://web.teaediciones.com/	Administración en pantalla en ordenador o tablet y corrección automática
SDQ	www.sdqinfo.org (web 1) o www.youthinmind.info (web 2)	Administración en pantalla en ordenador o tablet y corrección automática
Escalas de sintomatología general		
ASEBA	www.aseba.org/asebaweb.html	Administración en pantalla en ordenador o tablet y corrección automática
Y-PSC Y-PSC-17	https://www.massgeneral.org/psychiatry/services/treatmentprograms.aspx?id=2088&display=forms	Administración en pantalla en ordenador o tablet y corrección automática
Entrevistas clínicas diagnósticas semi-estructuradas		
DAWBA	www.dawba.info/	Administración en pantalla en ordenador o tablet y corrección automática
Escalas específicas de síntomas de ansiedad y depresión		
RCADS y RCADS-30	Contactar con el primer autor	Administración en pantalla en ordenador o tablet
DASS y DASS-21	http://www.psy.unsw.edu.au/research/research-tools/depression-anxiety-stress-scales-dass (web 1) o NovoPsych app (web 2)	Cualquier dispositivo conectado a internet o descarga cuestionarios
Detectaweb-Malestar	www.detecta-web.com/blog/	Exclusivamente a través de internet
Pruebas específicas de ansiedad		
SCAS	www.scaswebsite.com	Descarga de cuestionarios en pdf; corrección manual o bien mediante corrección automática en la web que genera un informe

Nota. SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto *et al.*, 2015a, 2015b); SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997); ASEBA: Sistema de Evaluación de Achenbach (Achenbach and Rescorla, 2001, 2007); Y-PSC / Y-PSC-17: *Youth-Pediatric Symptom Checklist* (Gardner *et al.*, 1999; Jellinek *et al.*, 1988; versión española del primer autor); DAWBA: *Development And Well-Being Assessment* (Goodman *et al.*, 2000); RCADS: *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; Chorpita *et al.*, 2000; Versión española de Sandin, *et al.*, 2009, 2010; DASS y DASS-21: *Depression, Anxiety and Stress Scales* (Lovibond y Lovibond, 1995); Detectaweb-Malestar: Escala de Detección via Web para los trastornos mentales emocionales (García-Olcina *et al.*, 2014, 2017 y Piqueras *et al.* 2017); SCAS: *Spence Children's Anxiety Scale* (Spence, 1998; versión española de Orgilés *et al.*, 2012).

Entre las entrevistas diagnósticas semiestructuradas, el DAWBA puede aplicarse en línea y cuenta con estudios que han apoyado su uso (Brondbo *et al.*, 2012). Respecto a otro tipo de entrevistas, como las no estructuradas, el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información ha favorecido nuevos formatos de prestación del servicio psicológico tales como la telepsicología, e-psicoterapia, terapia *online*, etc. La extensión de esta nueva forma de proporcionar servicios psicológicos en el ámbito clínico ha tenido particular aplicación para tratamiento de personas cuyos trastornos producen una restricción de su movilidad (e.g. fobias sociales), para implementar la tecnología como un mediador del encuentro asistencial, (e.g. trabajando con adolescentes adictos a los videojuegos), o para mantener la supervisión y el seguimiento (Karray *et al.*, 2017). Un ejemplo de este tipo de entrevistas son las llevadas a cabo mediante videollamadas (las consideradas

entrevistas *online* sincrónicas) que además suelen complementarse con procedimientos asincrónicos (i.e. mensajería, correo electrónico). Algunos ejemplos de plataformas tecnológicas para prestar servicios de TelePsicología son TherapyChat y Psicall.

La entrevista *online* tiene algunas ventajas que las hace especialmente interesantes para adolescentes. Los adolescentes están acostumbrados al uso de estos medios de comunicación, no les supone un obstáculo proporcionar información personal por estos medios y se muestran más proclives a revelar información relevante en formatos de entrevista sincrónica (Cleary y Walter, 2011).

2. Observación y autoobservación a través de Internet

Respecto a otras modalidades de evaluación, como son la observación y autoobservación a través de Internet, cabe destacar la evaluación ecológica momentánea y la evaluación automática.

La evaluación ecológica momentánea (*Ecological Momentary Assessment*, EMA, Stone y Schiffman, 1994) se caracteriza por recoger información de los sujetos en tiempo real y en el contexto natural en el que los eventos acontecen. El desarrollo de nuevos dispositivos electrónicos, su generalización e interconexión han marcado el impulso para este enfoque. En la actualidad, la EMA se apoya en aparatos electrónicos como los ordenadores, los teléfonos móviles y otros dispositivos como pulseras de actividad. Así, la utilización de esta aproximación permite, para ilustrarlo con un caso, evaluar un problema de ansiedad social, el escape de la situación y sus evitaciones mediante el registro de niveles de ansiedad, y las actividades que se llevan a cabo cuando eso ocurre a lo largo de un período de varias semanas en las que el individuo puede registrar en su teléfono móvil cada una de esas dimensiones. El registro se puede llevar a cabo en el momento en el que el evento acontece (en el momento en el que la situación social tiene lugar o en el que la ansiedad anticipatoria aparece, aunque se intente controlar) pero también permite que, de manera aleatoria, a lo largo del día, el dispositivo avise a la persona evaluada para que cumplimente la evaluación de los niveles de ansiedad y de estado de ánimo. Esto permite tener un registro fidedigno de cómo evoluciona éste a lo largo del día y en qué medida se relaciona con los deseos de evitar o escapar a situaciones sociales y con sus niveles de satisfacción, demora o refreno. Recientes revisiones sistemáticas señalan que EMA es útil en la evaluación de problemas emocionales en el contexto simultáneo y real de los adolescentes (Baltasar-Tello *et al.*, 2018; Heron *et al.*, 2017).

3. Nuevos desarrollos tecnológicos: Psicología 5.0

Hasta aquí hemos revisado un conjunto de procedimientos que utilizan Internet y las nuevas tecnologías para la evaluación de problemas emocionales dentro del proceso de evaluación clínica y que ya son una realidad en la práctica cotidiana de los psicólogos. Además de compartir el uso de las nuevas tecnologías, estos procedimientos permiten un papel activo de la persona evaluada. Por lo tanto, requieren del adolescente evaluado comunicarse con el entrevistador para realizar la entrevista en línea, interactuar con el dispositivo para la evaluación a través de procedimientos de autoinforme, o hacer uso de dispositivos móviles para registrar su comportamiento. Todos estos ejemplos requieren un compromiso por parte de la persona evaluada cuando llevan a cabo las acciones solicitadas en cada caso.

El presente-futuro, sin embargo, prevé una evaluación en la que la persona evaluada tiene una participación activa mucho más limitada. Una evaluación en la que, al amparo de las cuestiones éticas implicadas, las nuevas tecnologías permitirán recoger información de las personas mientras realizan actividades de la vida diaria o de forma complementaria a la ejecución de tareas obligatorias del proceso de evaluación psicológica. De hecho, esto ya está ocurriendo en ámbitos de la psicología en donde se utiliza el análisis lingüístico de las producciones en las redes sociales como Facebook o Twitter para identificar rasgos de personalidad; predecir el nivel de bienestar de las personas en diferentes áreas geográficas; analizar mensajes o posts en episodios de *bullying*/intimidación que permiten explorar quiénes estuvieron involucrados, qué tipo de agresión y quiénes denunciaron estos eventos; detectar el ciberacoso y el ciberterrorismo (Van-Hee *et al.*, 2018); analizar la personalidad a partir del análisis de los favoritos o “Me gusta” en las imágenes subidas a Flickr (Guntuku *et al.*, 2018); o detectar a las personas en riesgo de suicidio a través del análisis de los posts de Twitter (Vioulès *et al.*, 2018). Como señalan Mariñelarena-Dondena *et al.* (2017) todos estos estudios emplean técnicas de minería de textos (*text mining*: un tipo de minería de datos) y la Computación Afectiva (para analizar el reconocimiento emocional a través del análisis de las características del lenguaje, las imágenes, etc...en las redes sociales.

¿Está lejos detectar el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad, un episodio depresivo o un acto suicida a partir del análisis de la voz de la persona evaluada al interactuar con el psicólogo, con otras personas cercanas a él o con una máquina con inteligencia artificial? ¿Es ciencia ficción que podamos determinar el nivel de ansiedad de una persona a partir del registro automático de sus movimientos? La tecnología actualmente disponible y los avances que se están produciendo en estos campos muestran que, más que una quimera, una película o serie de ciencia-ficción como *Black Mirror* (2011) creada por Charlie Brooker o, un sistema o método de crédito y control social como el instaurado en China desde el año 2018 a partir del *Big Data* (Staab y Butollo, 2018), estamos hablando de un escenario a la vuelta de la esquina.

Pero tanto los nuevos avances que se están incorporando a la evaluación (la evaluación automatizada, la realidad virtual, etc.) como los que ya son una realidad se enfrentan al reto de salvaguardar las garantías científicas del proceso de evaluación. La evaluación psicológica basada en la web 5.0 o web sensorial y las sucesivas 6.0, 7.0..., se centran en componentes sensorial-emotivos cuya toma de decisiones se fundamenta en algoritmos de inteligencia artificial, en hacer pronósticos y diagnósticos en base a programas de reconocimiento de emociones y en monitorizar la conducta de forma ecológica, portátil y mínimamente invasiva, entre otras cosas.

No debemos olvidar que el psicólogo debe jugar un papel central en el proceso de evaluación sobre la base de modelos psicológicos empíricamente validados, en la elección, aplicación, corrección e interpretación de los instrumentos de evaluación y en los cumplimientos de los principios éticos y deontológicos de la profesión, entre otros. Y todo ello independientemente de que se utilicen tecnologías 1.0 o 7.0. Todos estos desafíos deben ser abordados ahora para que la modalidad (a través de Internet, haciendo uso de las nuevas tecnologías) no se convierta en una amenaza, sino en una oportunidad, para las personas.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO) con número de referencia PSI-2017-88280-R y la Red de investigación PSI2015-70943-REDT. También ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A.** (2001a). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A.** (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont: Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.; Rescorla, L. A., e Ivanova, M. Y.** (2012). “International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnosis, dimensions and conceptual issues”, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 51, pp. 1261-1272.
- Aláez Fernández, M.; Martínez Arias, R., y Rodríguez Sutil, C.** (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, *Psicothema*, 12(4), pp. 525-532.
- Albano, A. M., y Silverman, W.** (2018). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5–Child and Parent Versions*. Oxford: Oxford University Press.
- Alfonsson, S.; Maathz, P., y Hursti, T.** (2014). “Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: a systematic review”, *Journal of Medical Internet Research*, 16, e268.
- American Psychological Association** (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington: American Psychological Association.
- Baltasar-Tello, I.; Miguélez-Fernández, C.; Peñuelas-Calvo, I., y Carballo, J. J.** (2018). “Ecological momentary assessment and mood disorders in children and adolescents: a Systematic Review”, *Current Psychiatry Reports*, 20 (8), pp. 66.
- Bartolomé, A.** (2015). *Los derechos de la personalidad del menor de edad*. Cirur Menor: Editorial Aranzadi, S.A.
- Bornstein, R. R.** (2017). “Evidence-based psychological assessment”, *Journal of Personality Assessment*, 99(4), pp. 435-445.
- Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez, M. L.; Bersabé, R.; Loriga, A., y Monsalve, T.** (1995). “Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares”, *Clinica y Salud*, 6, pp. 67-82.
- Brøndbo, H.; Mathiassen, B.; Martinussen, M.; Heiervang, E.; Eriksen, M., y Kvernmo, S.** (2012). “Agreement on web-based diagnoses and severity of mental health problems in Norwegian child and adolescent mental health services”, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 8, pp. 16-21.
- Buzanko, C.** (2017). “Understanding parents’ Experiences of their child’s assessment process”, *Child Care in Practice*, 24(3), pp. 304-316.
- Carrasco, M. A.** (2013). “La evaluación clínica: introducción a los aspectos conceptuales y técnicos básicos” en Carrasco, M. A. Ramirez, I. y del Barrio, M. V. (eds.) *Evaluación Clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Sanz y Torres, pp. 3-40.
- Chorpita, B. F.; Yim, L.; Moffitt, C.; Umemoto, L. A., y Francis, S. E.** (2000). “Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale”, *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), pp. 835-855.
- Chung, J., y Buchanan, B.** (2019). “A self-Report survey: Australian clinicians’ attitudes towards progress monitoring measures”, *Australian Psychologist*, 54, pp. 3-12.
- Cleary, M., y Walter, G.** (2011). “Is E-mail Communication a feasible method to interview young people with mental health problems?”, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(3), pp. 150-152.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos** (2010). *Código Deontológico del Psicólogo*. Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf> (Accedido: 15 Abril de 2015).

- Colón-Soto, M.; Díaz, V.; Soto, O., y Santana, C.** (2005). *Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID) Versión en Español*. Tampa: Medical Outcome Systems.
- Cuijpers, P.; Boluijt, P., y Van Straten, A.** (2008). "Screening of depression in adolescents through the Internet", *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), pp. 32-38.
- De los Reyes, A., y Kazdin, A.** (2005). "Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study", *Psychological Bulletin*, 131, pp. 483-509.
- Del Barrio, M. V.** (2002). "Método de la evaluación psicológica y su aplicación al niño y adolescente", en del Barrio, M. V. (Coord.) *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED, pp. 57-88.
- Del Barrio, M. V., y Carrasco, M. A.** (2004). *Manual del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs*. Madrid: TEA-Ediciones.
- Del Barrio, V., y Piqueras, J. A.** (2016). Presentación del monográfico, *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2).
- Díez-Quevedo, C.; Rangil, T.; Sánchez-Planell, L.; Kroenke, K., y Spitzer, R. L.** (2001). "Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients", *Psychosomatic Medicine*, 63(4), pp. 679-686.
- Donker, T.; Van Straten, A.; Marks, I., y Cuijpers, P.** (2009). "A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation", *Journal of Medical Internet Research*, 11(3).
- Elkind, D.** (1967). "Egocentrism in adolescence", *Child Development*, 38, pp. 1025-1034.
- Ezpeleta, L.** (2012). "La Evaluación de los trastornos infantiles" en Comeche, M.I. y Vallejo, M. A. (Coords) *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson, pp. 79-115.
- Ezpeleta, L. J.** (2014). "Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), pp. 145-155.
- Ezpeleta, L.; Guillamón, N.; Granero, R.; De la Osa, N.; Domènech, J. M., y Moya, I.** (2007). "Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum", *Social Science and Medicine*, 64(4), pp. 842-849.
- Fernández-Ballesteros, R.; De Bruyn, E.; Godoy, A.; Hornke, L.; Ter Laak, J.; Vizcarro, C.; Westhoff, K.; Westmeyer, H., y Zaccagnini, J. L.** (2003). "Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión", *Papeles del Psicólogo*, 23(84), pp. 58-70.
- Fernández-Pinto, I.; Santamaría, P.; Sánchez-Sánchez, F.; Carrasco, M. A., y Del Barrio, V.** (2015a). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Pinto, I.; Santamaría, P.; Sánchez-Sánchez, F.; Carrasco, M. A., y Del Barrio, V.** (2015b). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández, M. A.; Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C.** (2000). "Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género", *Psicothema*, 12(4), pp. 525-532.
- Fuentes-Rodríguez, G.; Sáez-Castillo, A. J., y García-Lopez, L. J.** (2018). "Psychometric properties of the social anxiety subscale of the Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5-I-SAD) in a clinical sample of Spanish-speaking adolescents", *Journal of Affective Disorders*, 235, pp. 68-71.
- García-López, L. J.; Sáez-Castillo, A. J., y Fuentes-Rodríguez, G.** (2017). "Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents", *Journal of Affective Disorders*, 208, pp. 455-459.
- García-Olcina, M.; Piqueras, J. A., y Martínez-González, A. E.** (2014). "Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles", *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), pp. 69-77.
- García-Olcina, M.; Rivera-Riquelme, M.; Cantó-Díez, T. J.; Tomás-Berenguer, M. R.; Bustamante, R., y Piqueras, J. A.** (2017). "Detección online de trastornos emocionales en población clínica de niños y adolescentes: Escala DetectaWeb-Malestar", *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), pp. 35-45.
- Gardner, W.; Murphy, M.; Childs, G.; Kelleher, K.; Pagano, M.; Jellinek, M.; McInerney, T. K.; Wasserman, R. C.; Nutting, P., y Chiappetta, L.** (1999). "The PSC- 17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN", *Ambulatory Child Health*, 5, pp. 225-236.
- Goodman, R.** (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), pp. 581-586.

- Goodman, R.; Ford, T.; Richards, H.; Gatward, R., y Meltzer, H.** (2000). "The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), pp. 645-655.
- Guntuku, S. C.; Zhou, J. T.; Roy, S.; Weisi, L., y Tsang, I. W.** (2018). "Who likes What, and Why? Insights into Personality Modeling based on Image 'Likes'", *IEEE Transactions on Affective Computing*, 9(1), pp. 130-143.
- Haavet, O. R.; Sirpal, M. K.; Haugen, W., y Christensen, K. S.** (2011). "Diagnosis of depressed young people in primary health care—a validation of HSCL-10", *Family Practice*, 28(2), pp. 233-237.
- Heron, K. E.; Everhart, R. S.; McHale, S. M., y Smyth, J. M.** (2017). "Using mobile-technology-based Ecological Momentary Assessment (EMA) methods with youth: A systematic review and recommendations", *Journal of Pediatric Psychology*, 42(10), pp. 1087-1107.
- Hunsley, J., y Mash, E. J.** (2008). *A guide to assessments that work*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- International Test Commission** (2001). "International Guidelines for Test Use", *International Journal of Testing*, 1(2), pp. 93-114.
- Jellinek, M. S.; Murphy, J. M.; Robinson, J.; Feins, A.; Lamb, S., y Fenton, T.** (1988). "Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction", *The Journal of Pediatrics*, 112, pp. 201-209.
- Jellins, L.** (2015). "Assessment in the digital age: An overview of online tools and considerations for school psychologists and school counsellors", *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 25(1), pp. 116-125.
- Karray, A.; Coq, J. M., y Bouteyre, E.** (2017). "Delivering online clinical interviews with NGO workers in humanitarian and cross-cultural contexts", *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 6(2), pp. 115-131.
- Kaufman, J.; Birmaher, B.; Brent, D.; Rao, U. M. A.; Flynn, C.; Moreci, P.; Williamson, D., y Ryan, N.** (1997). "Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), pp. 980-988.
- Kazdin, A. E.** (2003). "Psychotherapy for children and adolescents", *Annual Review of Psychology*, 54(1), pp. 253-276.
- Kovacs, M.** (1981). "Rating scales to assess depression in school-aged children", *Acta Paedopsychiatry: International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5-6), pp. 305-315.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L., y Williams, J. B.** (2001). "The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure", *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606-613.
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H.** (1995). "The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories", *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 335-343.
- March, J. S.; Parker, J. D.; Sullivan, K.; Stallings, P., y Conners, C. K.** (1997). "The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), pp. 554-565.
- Mariñelarena-Dondena, L.; Errecalde, M. L., y Castro-Solano, A.** (2017). "Extracción de conocimiento con técnicas de minería de textos aplicadas a la psicología", *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(2), pp.65-76.
- Mogle, J.** (2016). "Internet-Based Assessment", en Susan, K W. (eds), *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*. Hoboken: John Wiley & Sons, pp. 1-5.
- Moreno, I.** (2012). "Características de la intervención terapéutica en la infancia", en Comeche, M.I. y Vallejo, M. A. (coords.) *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson, pp. 27-77.
- Muris, P.; Merckelbach, H.; Mayer, B.; Van Brakel, A.; Thissen, S.; Moulart, V., y Gadet, B.** (1998). "The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(4), pp. 327-339.
- Muris, P.; Simon, E.; Lijphart, H.; Bos, A.; Hale, W., y Schmeitz, K.** (2017). "The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents", *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1), pp. 1-17.
- Navarro-Pardo, E.; Moral, J. C. M.; Galán, A. S., y Beitia, M. D. S.** (2012). "Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género", *Psicothema*, 24(3), pp. 377-383.

- Orgilés, M.; Fernández-Martínez, I.; Guillén-Riquelme, A.; Espada, J. P., y Essau, C. A.** (2016). "A systematic review of the factor structure and reliability of the Spence Children's Anxiety Scale", *Journal of Affective Disorders*, 190, pp. 333-340.
- Orgilés, M.; Méndez, X.; Spence, S. H.; Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P.** (2012). "Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale", *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), pp. 271-281.
- Pfohl, W., y Jellins, L.** (2017). "School psychologists in the digital age", en Thielking, M. y Terjesen, M.D. (eds.) *Handbook of Australian School Psychology* Springer, Cham, pp. 707-722.
- Piqueras, J. A.; García-Olcina, M.; Rivera-Riquelme, M.; Rodríguez-Jiménez, T.; Martínez-González, A. E., y Cuijpers, P.** (2017). "DetectaWeb Project: study protocol of a web-based detection of mental health of children and adolescents", *BMJ open*, 7(10), e017218.
- Piqueras, J. A.; Martín-Vivar, M.; Sandín, B.; San Luis, C., y Pineda, D.** (2017). "The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis" *Journal of Affective Disorders*, 218, pp. 153-169.
- 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(3), pp. 345-365.
- Radloff, L. S.** (1977). "The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population", *Applied Psychological Measurement*, 1, pp. 385-401.
- Red de miembros y colaboradores PROEM** (2018). *Informe y hoja de ruta prioridades para promoción de la salud mental y bienestar emocional en los jóvenes. Informe. N.r.p.i. 201899902658019*. Jaén, 21 de Junio de 2018. Disponible en: http://redproem.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe_encuentro_Red_PROEM.pdf (accedido: 1 febrero de 2019).
- Reyes, A. D. L., y Langer, D. A.** (2018). "Assessment and the Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology's Evidence Base Updates Series: Evaluating the Tools for Gathering Evidence", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(3), pp. 357-365.
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W.** (2004). *BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes* (J. González, S. Fernández, E. Pérez y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Roest, J.; Van der Helm, P.; Strijbosch, E.; Van Brandenburg, M., y Stams, G. J.** (2016). "Measuring therapeutic alliance with children in residential treatment and therapeutic day care: A validation study of the Children's Alliance Questionnaire", *Research on Social Work Practice*, 26, pp. 212-218.
- Sánchez, F. S.; Pinto, I. F.; Santamaría, P.; Carrasco, M. Á., y Del Barrio Gándara, V.** (2016). "SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez", *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), pp. 23-34.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F.** (2010). "Desarrollo de una versión de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), pp. 165-178.
- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P.** (2009). "RCADS: evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), pp. 193-206.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. y Wilkinson, B.** (2010). "Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)", *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), pp. 313-326.
- Shirk, S. R.; Karver, M. S., y Brown, R.** (2011). "The alliance in child and adolescent psychotherapy". *Psychotherapy*, 48(1), pp. 17.
- Sierra, P., y Brioso, Á.** (2006). "El desarrollo socioafectivo del adolescente: la búsqueda de una identidad", en Sierra, P. y Brioso, Á. (coords) *Psicología del desarrollo*. Madrid: Sanz y Torres, pp. 241-266.
- Silverman, W. K., y Albano, A. M.** (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV, Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Silverman, W. K.; Albano, A. M., y Sandín, B.** (2003). *ADIS-IV: C: entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV: entrevista para el niño*. Madrid: Klinik.
- Southam-Gerow, M. A., y Chorpita, B. F.** (2007). "Fears and anxieties", en Mash, E.J. y Barkley, R.A. (eds.) *Assessment of Childhood Disorders*. New York: Guildford, pp. 271-335.
- Spence, S. H.** (1998). "A measure of anxiety symptoms among children", *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), pp. 545-566.
- Spielberger, C. D.** (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Staab, P., y Butollo, F.** (2018). "Cómo desafía China a Silicon Valley", *Nueva Sociedad*, 275, pp. 23-30.
- Stone A. A., y Shiffman, S.** (1994). "Ecological Momentary Assessment in behavioral medicine", *Annals of Behavioral Medicine*, 16, pp. 199-202.
- Storch, E. A.; Khanna, M.; Merlo, L. J.; Loew, B. A.; Franklin, M.; Reid, J. M.; Goodman, W. K., y Murphy, T. K.** (2009). "Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory: Psychometric youth", *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), pp. 467-483.
- Ulloa, R.E.; Ortiz, S.; Higuera, F.; Nogales, I.; Fresán, A.; Apiquian, R.; Cortés, J.; Arechavaleta, B.; Foullieux, C.; Martínez, P., y Hernández, L.** (2006). "Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL)", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), pp. 36-40.
- Valenzuela, J. M.; Pulgaron, E. R.; Salamon, K. S., y Patiño-Fernández, A. M.** (2017). "Evidence-based assessment strategies for working with ethnic minority youth", *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 5(1), 108-120.
- Van Ballegooijen, W.; Riper, H.; Cuijpers, P.; Van Oppen, P., y Smit, J. H.** (2016). "Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review", *BMC Psychiatry*, 16(1), pp. 45.
- Van Hee, C.; Jacobs, G.; Emmery, C.; Desmet, B.; Lefever, E.; Verhoeven, B.; De Pauw, G.; Daelemans, W., y Hoste, V.** (2018). "Automatic detection of cyberbullying in social media text", *PLoS One*, 13(10), p.e0203794.
- Vioulès, M. J.; Moulahi, B.; Azé, J., y Bringay, S.** (2018). "Detection of suicide-related posts in Twitter data streams", *IBM Journal of Research and Development*, 62(1), pp. 7:1-7:12.
- Youngstrom, E. A.; Van Meter, A.; Frazier, T. W.; Hunsley, J.; Prinstein, M. J.; Ong, M. L., y Youngstrom, J. K.** (2017). "Evidence-based assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, pp. 331-363.

Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes

Diferentes estudios muestran que el 50% de los trastornos mentales de la edad adulta han tenido su inicio entre los 12 y los 18 años de vida. Por este motivo, la población adolescente constituye una población diana para las políticas preventivas y asistenciales de salud mental.

El estigma y la falta de conocimientos de salud mental se han asociado a un retraso en el reconocimiento de los trastornos mentales y en la búsqueda de ayuda para afrontarlos, mostrando que tan sólo una minoría de jóvenes que experimentan un trastorno mental diagnosticable accede a ayuda profesional. Los estudios sobre alfabetización en salud mental (ASM) coinciden en señalar la necesidad de mejorar los conocimientos. En particular, por el aumento de los trastornos mentales en la población juvenil y el escaso diagnóstico precoz de los mismos. Se recomienda llevar a cabo este tipo de intervenciones en los centros escolares y promover el trabajo conjunto y coordinado entre los diferentes servicios (educativos, sanitarios y comunitarios) para que todos los jóvenes puedan beneficiarse de los mejores cuidados en salud.

Aplicar intervenciones de ASM en adolescentes ha mostrado que incrementa los conocimientos en salud mental, mejora las conductas, reduce el estigma e incrementa el bienestar emocional.

Palabras clave: promoción, prevención, salud mental, alfabetización, estigma, jóvenes.

1. La población juvenil, la salud mental y los trastornos mentales

El término “**adolescencia**” se refiere al período del desarrollo humano que transita desde la infancia a la vida adulta (de los 11-13 hasta los 19-21 años). Implica múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, haciendo a los adolescentes más vulnerables a los problemas de salud mental durante ese período de vida (Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta etapa implica salir de la dependencia infantil para desarrollar la autonomía hacia la etapa adulta, momento en que la persona adquiere todos los derechos y deberes de un adulto.

El concepto de adolescencia ha ido cambiando a lo largo del tiempo, adaptándose a las nuevas realidades sociales. Estudios recientes han definido la adolescencia como un período comprendido entre los 11 y los 25 años (Sawyer *et al.*, 2018), diferenciando entre adolescencia temprana (entre los 12 y 14 años), media (entre los 15 y 17 años) y tardía (entre los 18 y 25 años).

El estudio de Sawyer *et al.* (2018) muestra que los marcadores psicosociales que nos indican el cambio hacia la etapa adulta, como la maternidad/paternidad, la inserción en el mercado laboral y el matrimonio, son roles de transición que se han ido retrasando debido a factores como la ampliación de los periodos de educación y el uso de la contracepción, y que han contribuido a que la adolescencia se alargue por más de una década.

El informe de la World Federation for Mental Health (WFMH, 2018) sobre la salud mental de los jóvenes en un mundo en transición, señala que uno de los aspectos clave de la etapa juvenil y de los primeros años de la edad adulta es la sucesión de cambios que se experimentan en este breve periodo de tiempo, tales como traslados de vivienda o escuela, la entrada en la universidad o en el mercado laboral, cambios en las relaciones sociales y familiares. Todos estos cambios pueden afectar la salud mental de los y las jóvenes más vulnerables.

Aunque la adolescencia es generalmente considerada una época de buena salud general y de buena salud mental y una mayoría de los jóvenes y las jóvenes no sufre ningún tipo de trastorno mental, es también el periodo de la vida en que se inician los trastornos mentales más graves.

Según el último informe de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2018) la mayoría de los trastornos mentales de inicio en la adolescencia ni se detectan ni se tratan y las consecuencias de no abordarlos en esa etapa hace que se extiendan a la edad adulta. Por eso la OMS reconoce la salud mental como uno de los principales problemas sanitarios que afectan actualmente a los jóvenes.

Otros datos epidemiológicos revelan que el 75% de las personas que sufren algún trastorno mental en la edad adulta experimentaron su inicio antes de los 25 años y que el punto de mayor incidencia se registra en los primeros años de la veintena (Kessler *et al.*, 2005; Jones, 2013). Otros estudios muestran también que el 50% de los trastornos mentales de la edad adulta han tenido su inicio en la adolescencia, entre los 12 y los 25 años de vida (Kessler *et al.*, 2007). La aparición de los trastornos mentales coincide, por tanto, con momentos evolutivos cruciales para la persona y puede representar un importante problema para el desarrollo biológico, psicológico y social de los adolescentes y adultos jóvenes afectados.

La salud mental se puede promover y los trastornos mentales se pueden prevenir o por lo menos, tratar precozmente para disminuir su repercusión en la vida de las personas. Ambas cosas precisan de condiciones adecuadas para ser llevadas a cabo, como es el conocimiento de la salud mental, de los factores que la protegen o que la ponen en riesgo, de la forma inicial como se presentan los trastornos mentales y de la manera más adecuada de abordarlos.

2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

La OMS define la **salud** como “...un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2001 p.1). De este modo, la salud mental queda incluida desde el inicio como un componente intrínseco de la idea de salud, lo que nos permite afirmar, en consecuencia, que no puede haber salud sin salud mental (OMS, 2004a).

Este mismo informe define la **salud mental** como “*un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (OMS, 2001p.1). Esta definición considera la salud mental desde una perspectiva integral, en que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto de origen individual como familiar y social. Según esta definición, el bienestar psicológico y mental está influido no sólo por las características o atributos individuales, sino también por las circunstancias socioeconómicas en que la persona se encuentra y la del entorno más amplio en el que vive (OMS, 2004a).

Figura 1. **Determinantes de salud mental y bienestar**



Es importante destacar que estos determinantes interactúan entre sí de una manera dinámica, y que pueden trabajar a favor o en contra del estado de salud mental de un individuo en particular. De esta manera pueden ejercer una función protectora (factores de protección) para el desarrollo y mantenimiento de la salud mental de la persona, o pueden constituir un riesgo para la misma (factores de riesgo).

En la Tabla 1 se describen los principales factores de protección y de riesgo que se han relacionado con el inicio de un trastorno mental (World Health Organization, 2012a).

La Asamblea Mundial de la OMS celebrada en mayo de 2012 (WHO, 2012a) adoptó una resolución que solicitaba la elaboración de un plan de acción integral que se ocupara activamente, no sólo de la identificación temprana y de la atención adecuada de las personas con trastornos mentales, sino que también valorara las vulnerabilidades y los riesgos de padecer un trastorno mental como base para el desarrollo de un plan de salud. Este informe resaltaba 6 puntos clave: 1) el valor de la salud mental y el bienestar emocional; 2) los determinantes de la salud mental y bienestar emocional;

Tabla 1. **Determinantes de salud mental**

<i>Nivel</i>	<i>Factores adversos</i>		<i>Factores protectores</i>
Atributos individuales	Autoestima baja	↔	Autoestima, confianza
	Inmadurez cognitiva/emocional	↔	Habilidad para resolver problemas y gestionar el estrés y la adversidad
	Dificultades comunicativas	↔	Habilidades de comunicación
	Enfermedad médica, uso de sustancias	↔	Salud física, aptitud física
Circunstancias sociales	Soledad, duelo	↔	Soporte social de la familia y amigos
	Negligencia, conflictos familiares	↔	Crianza de los hijos / interacción de la familia
	Exposición a la violencia/abusos	↔	Seguridad y seguridad física
	Bajos ingresos y pobreza	↔	Seguridad económica
	Dificultades o fracaso escolar	↔	Logro escolar
	Estrés en el trabajo/desempleo	↔	Satisfacción y éxito en el trabajo
Factores ambientales	Pobre acceso a los servicios básicos	↔	Igualdad de acceso a los servicios básicos
	Injusticia y discriminación	↔	Justicia social, tolerancia, integración
	Desigualdades sociales y de género	↔	Igualdad social y de género
	Exposición a la guerra / desastre	↔	Seguridad y seguridad física

Adaptado de: World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risks factors. World Health Organization 2012.

3) los riesgos de la salud mental a lo largo de la vida; 4) la vulnerabilidad a los trastornos mentales; 5) la vulnerabilidad de las personas con un trastorno mental; 6) y por último, la promoción y protección de la salud mental.

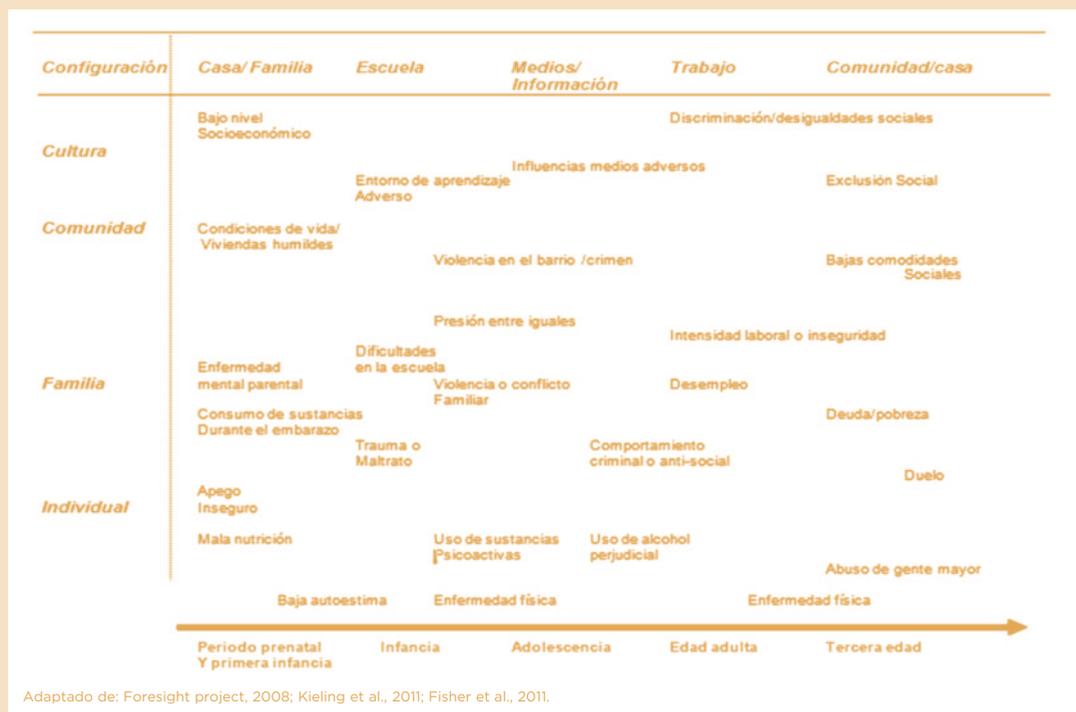
El tercer punto de este informe (WHO, 2012a) indica que los factores de riesgo interactúan a lo largo del tiempo y de las edades, y se manifiestan en las diferentes etapas de la vida. En la Figura 2 se presentan de manera esquemática algunos de los principales riesgos individuales, sociales y ambientales que se presentan a lo largo de la vida, y se muestra cómo exposiciones a factores de riesgo en las etapas iniciales de la vida pueden afectar el bienestar mental años o incluso décadas más adelante.

El concepto de **trastorno mental** se utiliza para describir un conjunto de trastornos o alteraciones de las emociones, el pensamiento o la conducta, que permiten establecer un diagnóstico clínico. Se manifiestan en episodios temporales, a través de síntomas que pueden provocar cambios importantes en el pensamiento, la conducta y el estado emocional en general, y afectan las capacidades de la persona en relación a los estudios, el trabajo y/o las relaciones interpersonales (OMS, 2004b).

Otros estudios muestran que la aparición de los trastornos mentales en edades tempranas se asocia con periodos más largos sin recibir tratamiento, lo que comporta un peor pronóstico, peores resultados clínicos y funcionales y mayor riesgo de suicidio (De Girolamo *et al.*, 2011).

Según la OMS, la **promoción de la salud mental** es aquel conjunto de actividades que 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 positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de

Figura 2. Los riesgos para la salud mental durante el curso de la vida



Adaptado de: Foresight project, 2008; Kieling et al., 2011; Fisher et al., 2011.

salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas (OMS, 2004b p.17).

Si utilizamos un *punto de vista más individual* centramos el objeto de la promoción de la salud mental en aquellos aspectos de las formas de sentir y pensar de cada persona, sus necesidades emocionales y afectivas, y sus avatares vitales.

Desde un *enfoque comunitario*, en cambio, los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales, así como en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales en las organizaciones de pertenencia, como la escuela, el trabajo y las entidades comunitarias.

Aplicando una *visión social* más general, los objetivos van dirigidos a cuestiones de mayor amplitud, dado que implican temáticas como el estigma, la marginación o la discriminación, facilitar el acceso y la integración educativa y laboral o todo aquello que permita desarrollar un modelo de sociedad más inclusivo, participativo y solidario.

Según la OMS la **prevención de los trastornos mentales** tiene el objetivo de “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 una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad” (OMS, 2004b, p.17). Según

este informe, las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo, aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental y en la detección de las causas de los trastornos mentales.

Podemos distinguir tres tipos de intervenciones de prevención según la población a la cual va dirigida y al riesgo a que está sometida respecto a una condición clínica:

- **Prevención universal:** intervenciones dirigidas a la población general o a un grupo amplio de población que no ha sido identificado sobre la base de un mayor riesgo específico. En general, comporta intervenciones de promoción de la salud mental.
- **Prevención selectiva:** intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social existentes.
- **Prevención indicada:** intervenciones dirigidas a las personas en alto riesgo de padecer un trastorno y que son identificadas por presentar signos o síntomas mínimos, pero detectables, que indican el inicio de un trastorno mental, o por la presencia de marcadores biológicos que indican la predisposición a desarrollar trastornos mentales, pero que hasta el momento, no reúnen los criterios clínicos exigidos para establecer un diagnóstico específico de trastorno mental.

3. Informes y recomendaciones de organismos internacionales

En las últimas décadas, organismos internacionales como la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la **Comisión Europea** vienen editando informes y recomendaciones remarcando la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en la población joven y adolescente. Ambas instituciones reconocen la importancia de los centros educativos como un entorno en el que actuar en beneficio de la salud y el bienestar mental (Saxena *et al.*, 2013; WHO, 2012b, 2013; Comisión Europea, 2011), e instan a que se incluyan estrategias de prevención de los trastornos mentales y fomento del bienestar mental en los centros educativos. Al mismo tiempo, recomiendan que se fomente la formación en salud mental entre los profesionales de la salud y la educación (European Commission, 2008). También señalan que para poder llevar a cabo estas estrategias se requiere de la cooperación de diferentes actores, entre ellos los profesionales de los centros educativos, de los servicios sanitarios y sociales, las comunidades locales y regionales, los padres y las organizaciones juveniles (European Commission, 2012, 2013).

La OMS a nivel internacional ha ido publicando informes de promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental (OMS, 2004a, 2004b, 2018) y el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (WHO, 2013), mientras que la Comisión Europea conjuntamente con la OMS en Europa han elaborado libros y propuestas de estrategias de mejora de la salud mental en los adolescentes y jóvenes (Comisión Europea 2005, European Commission 2000). La Unión Europea ha desarrollado el “Pacto Europeo para la salud y el Bienestar Mental” (European Commission, 2008), que recoge cinco prioridades, la segunda de las cuales promueve “la salud mental entre

los jóvenes y en la educación”. Reconoce que los fundamentos de una buena salud mental para toda la vida se crean en los primeros años de vida del ser humano, y recomienda, que se creen patrones de intervención temprana en el sistema educativo, y se fomente la formación en salud mental entre los profesionales de la salud y la educación. El consejo de la Unión Europea dentro del “Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: resultados y actuación futura” (Comisión Europea, 2011) reconoce la importancia de los centros educativos como un entorno en el que actuar en el ámbito de la salud y el bienestar mental. Insta, asimismo, a que los estados miembros incluyan la prevención de los trastornos psíquicos y el fomento de la salud y el bienestar mental como parte de sus estrategias y/o planes de acción.

La International Association for Youth Mental Health (IAYMH) ha propuesto un cambio de paradigma en los cuidados de la salud mental de los jóvenes. Esta asociación internacional ha difundido la “*International Declaration on Youth Mental Health*”, que recoge una serie de áreas de acción, una de las cuales es la “Alfabetización en Salud Mental”.

Los objetivos de esta declaración quieren reflejar los mínimos estándares que la gente joven y sus familias tendrían que esperar de los servicios de salud mental, para asegurar que ningún joven se encuentra desamparado o socialmente excluido por sus experiencias derivadas de una salud mental frágil (Coughlan *et al.*, 2013).

4. Alfabetización en salud mental y estigma

A.F. Jorm introdujo el concepto de Mental Health Literacy (MHL) o “Alfabetización en Salud Mental (ASM) (Jorm *et al.*, 1997), definiéndola como el conjunto de “conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención”. Consiste, en consecuencia, en un conjunto de elementos que incluye diferentes aspectos como los siguientes:

- a) habilidad para reconocer la aparición de un trastorno mental y para facilitar la búsqueda de ayuda temprana;
- b) conocimientos y creencias sobre los factores de riesgo, las causas de estos trastornos y de cómo prevenir los trastornos mentales;
- c) conocimiento de los tratamientos y las estrategias de auto-ayuda efectivas y la ayuda profesional disponible;
- d) actitudes que facilitan el reconocimiento y la búsqueda adecuada de ayuda;
- e) conocimientos y habilidades para ofrecer una primera ayuda en salud mental a otras personas.

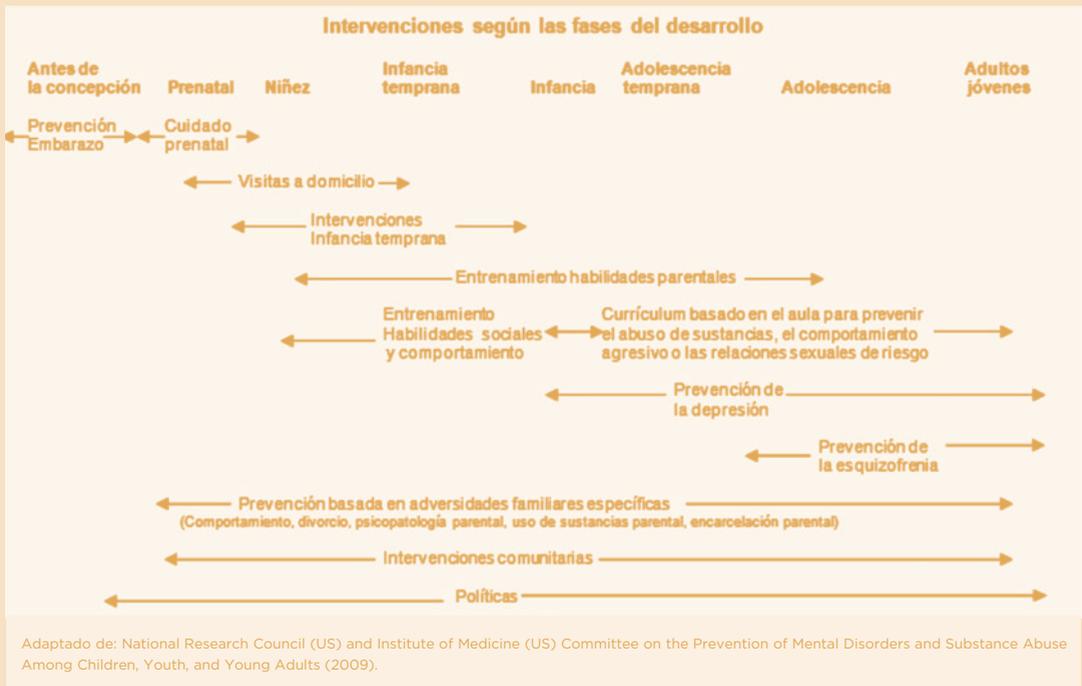
A.F. Jorm incluye, en consecuencia, la capacitación de la población general en distintos aspectos referidos a la salud mental (Jorm, 2012). Esta perspectiva resulta importante porque pone un mayor énfasis en los conocimientos y habilidades de la población general sobre la salud mental y en la capacitación de las personas que experimentan síntomas inhabilitantes.

La necesidad de incrementar los conocimientos y habilidades sobre salud mental está determinada por la alta prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales. Lo que comporta una alta probabilidad de que la población general tenga contacto con alguien que sufra algún trastorno mental o sufrirlo de manera personal.

Los programas de MHL deberían tener un papel importante por ser elementos facilitadores del acceso a los cuidados de salud entre la gente joven con problemas de salud mental. Los profesionales del ámbito sanitario y educativo, así como los profesionales encargados de las políticas sanitarias deben reconocer el importante papel de las escuelas en el abordaje de las necesidades de salud mental de los jóvenes y apoyar, en consecuencia, la implementación de programas de salud mental en las escuelas (Wei *et al.*, 2011; Wei y Kutcher, 2012).

En la Figura 3 se muestra intervenciones de prevención de los trastornos mentales según las diferentes fases del desarrollo infantil y juvenil. Tal como se puede observar en la figura, durante la adolescencia y la adolescencia temprana se recomiendan las intervenciones a nivel escolar como parte de la formación curricular del adolescente.

Figura 3. Intervenciones de prevención de los trastornos mentales según las fases de desarrollo



El **estigma** asociado a los trastornos mentales hace referencia a la atribución de cualidades negativas y despectivas que afectan al colectivo de personas que padecen un trastorno mental y que pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido sobre prejuicios y la ausencia de una información veraz y objetiva (Corrigan y Watson, 2002). Existen dos tipos de estigma según su origen, el estigma social, cuando es la sociedad la que reproduce los prejuicios y la discriminación hacia la persona o colectivo. Y el autoestigma, cuando las personas que tienen un trastorno mental asimilan los estereotipos que se les atribuyen socialmente, los hacen propios y se los auto atribuyen (Spora Sinergias, 2016).

Por todo ello, los y las jóvenes retrasan el reconocimiento de un trastorno mental así como una primera visita a un profesional de la salud cuando padecen estos trastornos. Existe evidencia de que el estigma y la falta de conocimiento se han asociado con un retraso crónico en la búsqueda de ayuda (Jorm, 2012; Zachrisson *et al.*, 2006). Una revisión sistemática sobre las barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda en jóvenes encontró que una de las barreras clave era el estigma (Gulliver *et al.*, 2010). El estigma tiene un efecto que incapacita al individuo, incluyendo la disminución de la autoestima, la autovaloración y la confianza (Chisholm *et al.*, 2016). Otros estudios han demostrado un vínculo entre el estigma, la renuncia a la búsqueda de ayuda y la falta de adherencia a los tratamientos (Corrigan *et al.*, 2012).

Estudios recientes han mostrado que aplicar intervenciones de alfabetización en salud mental en adolescentes incrementa los conocimientos en salud mental, reduce el estigma, mejora el bienestar emocional y la resiliencia (Chisholm *et al.*, 2016; Corrigan *et al.*, 2012; Wei *et al.*, 2013). Otros estudios muestran también que el estigma y la falta de conocimientos se han asociado a un retraso crónico en la búsqueda de ayuda (Jorm, 2012; Zachrisson *et al.*, 2006; Kelly *et al.*, 2007; Gulliver *et al.*, 2010) mostrando que sólo una minoría de gente joven que experimenta un trastorno mental diagnosticable accede a una ayuda profesional.

Los estudios sobre alfabetización en salud mental coinciden en señalar la necesidad de aumentar los conocimientos dado el aumento de los casos entre la población juvenil y el escaso diagnóstico precoz (Whitley *et al.*, 2013). Recomiendan llevar a cabo este tipo de intervenciones en los centros escolares o residenciales (Sanders *et al.*, 2009; Wei *et al.*, 2011; Wei y Kutcher, 2012), y destacan la importancia de trabajar conjuntamente y de manera coordinada entre los diferentes servicios (centros educativos, servicios de salud mental y salud comunitaria) para que todos los jóvenes puedan beneficiarse de cuidados de salud mental (Weist *et al.*, 2001).

Algunos programas de “alfabetización en salud mental” como Mindmatters (Wyn *et al.*, 2000), Mental Health First Aid (Kelly *et al.*, 2011), Headspace (Muir *et al.*, 2009) y Youthspace (Birchwood y Singh, 2013) han mostrado: a) mejora de los conocimientos y capacitación de la población sobre salud mental; b) mayor capacidad de detección de los trastornos mentales; c) facilitar el acompañamiento en la búsqueda de ayuda; y d) disminución del estigma.

Un buen conocimiento sobre salud mental y trastornos mentales entre la población joven y los adultos que trabajan con ellos puede comportar mejores condiciones para quienes experimentan un trastorno mental. Por un lado, facilitando su comprensión y reconocimiento, y por otro, favoreciendo conductas de búsqueda de ayuda profesional o de autoayuda (Jorm y Wright, 2007).

5. El programa de alfabetización en salud mental “EspaiJove.net”

El Departament de Salut de la Generalitat ha creado el “Programa “Salut i Escola” (Generalitat de Catalunya, 2008) con la finalidad de mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones de promoción de la salud, de prevención de las situaciones de riesgo y de atención precoz para los

problemas relacionados con la salud mental, la salud afectiva y sexual, el consumo de drogas, alcohol y tabaco, en colaboración con los centros educativos y los servicios de salud comunitaria presentes en el territorio.

Partiendo de los modelos y recomendaciones de promoción y prevención para la salud mental que nos ofrecen las diferentes instituciones internacionales y nacionales, y la evidencia disponible en relación a la “alfabetización” en salud mental, el CHM Les Corts valoró la oportunidad y la conveniencia de desarrollar un programa de alfabetización en salud mental, el programa “***EspaiJove.net: un espacio para la salud mental***” dirigido a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la erradicación del estigma y la mejora en la búsqueda de ayuda en la población joven (Casañas *et al.*, 2017).

El programa parte de la hipótesis de que una información y conocimientos adecuados sobre salud mental y trastornos mentales en adolescentes, jóvenes y profesionales en contacto con ellos, implicará un mejor reconocimiento de los mismos, así como una mayor diferenciación en la percepción de estados emocionales diversos.

El **objetivo general** del programa es la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en la población juvenil. Los objetivos específicos incluyen:

1. Mejorar los conocimientos de salud mental.
2. Conocer y promover conductas saludables para la salud mental.
3. Conocer y disminuir las conductas de riesgo para la salud mental.
4. Aumentar los conocimientos de los problemas mentales y de las manifestaciones de los trastornos en sus fases incipientes.
5. Facilitar la detección temprana de los trastornos mentales.
6. Orientar sobre los recursos disponibles para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos y para su valoración y tratamiento.
7. Disminuir el estigma asociado a los trastornos mentales.
8. Favorecer la inclusión social de quienes los padecen.

La **población diana** del programa son los y las jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, y que están cursando E.S.O., Bachillerato o Ciclos formativos en centros educativos de la ciudad de Barcelona.

Las poblaciones de apoyo son sus familias, los profesionales de la educación, de la sanidad, de los servicios sociales y de los recursos comunitarios. Todas estas poblaciones tienen una función educativa y asistencial dirigida a los jóvenes y pueden contribuir a un mejor conocimiento de la salud y de los trastornos mentales.

El acceso a la población diana y a las poblaciones de apoyo se llevan a cabo mediante los programas de coordinación con los centros educativos y los Equipos de Atención Psicopedagógica (EAP), las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) y las actividades de coordinación con los servicios de Atención Primaria de Salud (APS), Servicios Sociales (SS) y los recursos comunitarios.

El proyecto se inició en el 2010 e integra una intervención plurimodal que combina actividades presenciales de sensibilización y formación en los

centros educativos con la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS) como la web www.espaijove.net y la consulta *online*.

Materiales educativos:

El programa dispone de 27 fichas informativas dirigidas a los jóvenes con información sobre distintos temas: 1) Espacio Joven de salud mental; 2) Adolescencia; 3) Habilidades sociales; 4) Bullying; 5) Concepto de Salud Mental; 6) Trastorno Mental; 7) Conductas saludables; 8) Conductas de riesgo; 9) Equipo de salud mental multidisciplinar; 10) Red comunitaria de servicios; 11) Ansiedad; 12) Depresión; 13) Autolesiones e ideación autolítica; 14) Trastorno Psicótico; 15) Esquizofrenia; 16) Trastorno bipolar; 17) Trastornos de la conducta alimentaria (TCA); 18) Trastorno por déficit de atención (THDA); 19) Trastorno límite de la personalidad (TLP); 20) Trastorno obsesivo compulsivo (TOC); 21) Trastornos por abuso de sustancias; 22) Ciberbullying; 23) Nuestras emociones; 24) Duelo; 25) Estigma; 26) Suicidio y 27) Ansiedad y estrés.

De las 27 fichas informativas, 15 tratan de temas generales vinculados a la adolescencia y a la salud mental y 12 tratan sobre diferentes trastornos mentales que pueden afectar a los jóvenes. Estas 12 fichas disponen de un esquema básico que incluye los siguientes apartados:

1. ¿Qué es? (Información sobre el trastorno).
2. ¿Cómo me siento? (Señales de alerta y factores de riesgo expresados en primera persona).
3. ¿Cómo se presenta? (Descripción de la normalidad evolutiva y la aparición de sintomatología).
4. ¿Qué puedo hacer? (Prevención).
5. ¿Cómo pedir ayuda? (Contacto con los recursos disponibles).

Por otro lado, se han elaborado 2 manuales, uno dirigido a profesionales del ámbito sanitario y otro para profesionales del ámbito educativo, social y comunitario:

- Manual de salud mental para profesionales del ámbito sanitario (Casalé *et al.*, 2012).
- Manual de salud mental para profesionales del ámbito educativo (Casalé *et al.*, 2012).

En el artículo de Casañas *et al.* (2017) se describe el proceso de elaboración y validación de los materiales educativos del programa (fichas informativas y manuales de salud mental). La validación se realizó mediante un estudio cualitativo fenomenológico durante los años 2009-2010 y participaron un total de 14 adolescentes de 3º y 4º ESO, y 34 profesionales del ámbito sanitario (atención primaria y salud mental) y educativo.

Actividades presenciales de sensibilización y formación:

Las actividades presenciales de sensibilización y formación están basadas en el contenido de las 27 fichas informativas sobre temas de salud mental, y en los 2 manuales elaborados para los profesionales.

Las actividades orientadas a los **jóvenes** se realizan de forma presencial en el centro educativo, tienen una duración aproximada de una hora

y habitualmente se realizan durante la hora de tutoría, incluyendo los siguientes temas:

1. Gestión de las emociones. Salud mental y trastorno mental. Circuito asistencial y profesional sanitario.
2. Habilidades Sociales (HH.SS). Conductas antisociales: *bullying* y *ciberbullying*.
3. Ansiedad, depresión y autolesiones.
4. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
5. Abuso de sustancias y trastornos psicóticos.
6. Salud mental en primera persona.

Los talleres de sensibilización tratan sobre temas específicos de salud mental infantil y juvenil y tienen una duración de una hora, y los talleres formativos trabajan los 6 talleres incluidos en el Espaijove.net y tienen una duración de 6 horas. Todos los talleres son llevados a cabo por profesionales especializados en salud mental, que se desplazan a los diferentes dispositivos y centros educativos para llevar a cabo las actividades formativas.

Durante el curso escolar 2016-17 se inició la Consulta abierta del “EspaiJove.net” presencial en los centros educativos, donde se atienden las consultas de los jóvenes de manera individual una vez finalizados los talleres.

Las actividades orientadas a la **población adulta** tienen una duración de entre 6 y 12 horas, y tienen por objetivo:

1. Alfabetizar en primeros auxilios en torno a los trastornos mentales más prevalentes entre los adolescentes.
2. Adquirir conocimientos para identificar los factores de riesgo y señales de alarma de un sufrimiento psicológico o un posible trastorno mental.
3. Aprender a valorar el riesgo de un sufrimiento psicológico.
4. Aprender habilidades de respuesta para aproximarnos al joven que sufre.
5. Conocer la red comunitaria de servicios de salud mental.
6. Sensibilizar en torno al estigma social existente en el ámbito de la salud mental.

El contenido de las sesiones es el siguiente:

1ª sesión: Salud mental y trastorno mental (nuestras emociones).

2ª sesión: Habilidades sociales, *bullying* y *ciberbullying*.

3ª sesión: Primeros auxilios en ansiedad, depresión, autolesión y suicidio.

4ª sesión: Primeros auxilios en trastornos de la conducta alimentaria.

5ª sesión: Primeros auxilios en el abuso de sustancias y psicosis.

6ª sesión: Espacio para la revisión de casos y situaciones.

Página web [espaijove.net](http://www.espaijove.net) y las redes sociales

La web www.espaijove.net contiene información relacionada con la salud física y mental de los jóvenes, además de una consulta abierta sobre

estos temas. Esta web está dirigida a la población juvenil, las familias y los profesionales en contacto con ellos, y está subdividida en 7 apartados: “Nosotros”, “Salud Mental”, “Mi Vida”, “Noticias”, “Agenda”, “El Boletín informativo” y “Ayuda”.

La página web www.espaijove.net incorpora las redes sociales de:

- a) Twitter @EspaiJoveNet dirigido a jóvenes: canal de noticias relacionadas con la Salud Mental o actividades de ocio para los jóvenes.
- b) Twitter @EspaiJovenetPro dirigido a familias y profesionales: canal de noticias de actualidad sobre Salud Mental.
- c) Página de Facebook: espaijove.net.

En relación a los resultados del programa, en el año 2017 se publicó una primera evaluación cualitativa del programa (Casañas et al., 2017). Este estudio se realizó a partir de una muestra de 2.813 jóvenes que rellenaron una encuesta de satisfacción post-taller con los siguientes resultados: 91% le ha parecido interesante y útil, 85,4% satisfecho de haber participado, 73,7% han resuelto sus dudas y el 78 % recomendaría realizar la actividad. La mayoría de adolescentes estaban satisfechos de haber participado en estos talleres y recomendaban realizarlos en otros centros educativos.

Durante los últimos 6 cursos escolares (2012/13 hasta 2017/18), se ha realizado formación a 18.853 jóvenes, 2012-13 (n= 1.470), 2013-14 (n= 1.834), 2014-15 (n= 1.927), 2015-16 (n= 3.908), 2016-17 (n=5.000) y 2017-18 (n=4.714) de 17 centros educativos de Barcelona y alrededores. Se han realizado un total de 778 horas de actividades presenciales repartidas durante los cursos escolares 2012-13 (89h), 2013-14 (72h), 2014-15 (76h), 2015-16 (148h), 2016-17 (210h) y 2017-18 (188h). El aumento de participación y de actividades se ha debido a que se ha incrementado el número de centros educativos participantes, que ha pasado de cinco a diecisiete entre el curso escolar 2012/13 y el último curso escolar.

Durante el último curso escolar 2017-18, 2.436 jóvenes con una edad media de 14.36 años [DE 2.19] rellenaron la encuesta de satisfacción post taller, con los siguientes resultados: 91.7% recomendaría realizar la actividad a otros jóvenes de su edad, 80.4% le ha parecido interesante, 71.6% le ha parecido útil, 69.8% el taller fue práctico, el 50.2% resolvieron sus dudas, y el 86.6% opinaron que el taller estaba muy bien conducido por el ponente. La encuesta también recogió la opinión de los alumnos, los cuales resaltaban como aspecto positivo haberles ofrecido un espacio para poder hablar sobre temas de salud mental que de otro modo no hubieran hablado con otras personas adultas.

En relación a la web www.espaijve.net, durante el año 2018 ha recibido un total de 78.653 visitas con un promedio de 6.554 visitas mensuales.

En este momento el programa se está evaluado mediante un diseño multicéntrico aleatorizado basado en la escuela durante los cursos escolares 2016-2018. En la evaluación del programa están participando 982 alumnos de 3º de la E.S.O, con edades comprendidas entre los 13 y 16 años, de 18 centros educativos públicos, concertados y privados de Barcelona ciudad. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia del programa de alfabetización en salud mental “EspaiJove.net” para jóvenes escolarizados en el aumento de conocimientos de salud mental, búsqueda de ayuda, uso de servicios sanitarios y reducción del estigma con el fin de prevenir los trastornos

mentales y disminuir sus síntomas. Los objetivos secundarios del estudio es evaluar el coste- efectividad del programa, el impacto sobre la calidad de vida y su efectividad según la situación socio-económica (Casañas et al.).

Agradecimientos:

El proyecto ha recibido una subvención del Instituto de Salud Carlos III. Subprograma de proyectos de investigación en salud (AES 2015) con el código expediente PI15/01613, cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Y del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya dentro del *Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2016-2020* (PERIS) con la referencia SLT002/16/00202).

Referencias bibliográficas

- Birchwood M., y Singh, S. P.** (2013). "Mental health services for young people: matching the service to the need". *The British Journal of Psychiatry*, 202, s1-s2.
- Casalé, D.; Castells, G.; Pujol, A.; Gil, J. J.; Casañas, R., y Lalucat-Jo, L.** (2012). *Manual de salud mental para profesionales del ámbito sanitario. Programa Espai Jove.net*. Barcelona: Centre d'Higiene Mental Les Corts. Disponible en: http://www.espaijove.net/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=247&lang=es#XGWDtaJKiUk [consultado 14 febrero 2019].
- Casalé, D.; Castells, G.; Pujol, A.; Gil, J. J.; Casañas, R., y Lalucat-Jo, L.** (2012). *Manual de salud mental para profesionales del ámbito educativo. Programa Espai Jove*. Barcelona: Centre d'Higiene Mental Les Corts. Disponible en: http://www.espaijove.net/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=247&lang=es#XGWDtaJKiUk [consultado 14 febrero 2019].
- Casañas, R.; Gil, J. J.; Castells, G.; Pujol, A., y Lalucat-Jo, L.** (2017). "Evaluación de un programa de alfabetización en salud mental para adolescentes". *Revista Psicopatología Salud Mental*, 30, pp.105 -114.
- Casañas, R.; Arfuch, V. M.; Castellví, P.; Gil, J. J.; Torres, M.; Pujol, A.; Castells, G.; Teixidó, M.; San Emeterio, M. T.; Sampietro, H. M.; Caussa, A.; Alonso, J., y Lalucat-Jo, L.** (2018) "EspaiJove.net"- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial". *BMC Public Health* 18:939. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5855-1> [consultado 14 febrero 2019].
- Chisholm, K.; Patterson, P.; Torgerson, C.; Turner, E.; Jenkinson, D., y Birchwood M.** (2016). "Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial". *BMJ Open*, 6 (2):e009435.
- Comisión Europea** (2005). *Libro Verde, Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, Bruselas, Health and Consumer Protection Directorate, European Commission.
- Comisión Europea** (2011). *El Pacto Europeo para la salud y el Bienestar mental: Resultados y actuación futura*. Diario oficial de la Unión Europea, 8 de julio del 2011. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52011XG0708%2801%29> [consultado 14 febrero 2019].
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C.** (2002). "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*. Italy, Feb1 (1), pp.16-20.
- Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D., y Rüsche, N.** (2012). "Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies". *Psychiatric Services*, 63(10), pp. 963-673.
- Coughlan, H.; Cannon, M.; Shiers, D.; Power, P.; Barry, C.; Bates, T.; Birchwood, M.; Buckley, S.; Chambers, D.; Davidson, S.; Duffy, M.; Gavin, B.; Healy, C.; Healy, C.; Keeley, H.; Maher, M.; Tanti, C., y McGorry, P.** (2013). "Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health". *Early Intervention in Psychiatry*, 7, pp.103-108.
- De Girolamo, G.; Dagani, J.; Purcell, R.; Cocchi, A., y McGorry, P.** (2012). "Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles". *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21, pp. 47-57.
- European Commission** (2000). *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*. Mental health Europe, European Commission, Bruselas.

European Commission (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being EU High-level conference together for mental health and wellbeing*. 12 y 13 de junio de 2008, Bruselas. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf [consultado 14 febrero 2019].

European Commission (2012). *Report from the workshop on the role of mental health and social emotional learning in promoting educational attainment and preventing early school leaving*. European Commission Directorate-General for Education and Culture 9 de octubre de 2012, Luxemburgo. Disponible en: https://ec.europa.eu/search/?queryText=ev_20121009_mi_en&query_source=PUBLIC_HEALTH&filterSource=PUBLICHEALTH&swlang=en&more_options_language=en&more_options_formats=pdf&more_options_date=* [consultado 14 febrero 2019].

European Commission (2013). *Mental health: Challenges and Possibilities*. European Commission Lithuanian Presidency conference, 10-13 de octubre 2013 Vilnius. Disponible en: <https://www.esn-eu.org/news/276/index.html> [consultado 14 febrero 2019].

Fisher, J. R. W.; Cabral de Mello, M.; Izutsu, T.; Vijayakumar, L.; Belfer, M., y Omigbodun, O. (2011). "Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A Review of the Evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care". *International Journal of Social Psychiatry*, 57, supplement 1.

Foresight Mental Capital and Wellbeing project (2008). *Final Project report – Executive summary*. The Government Office for Science, London.

Generalitat de Catalunya (2009). Programa Salut i Escola: guia d'implantació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Infancia-i-adolescencia/Adolescencia/salut-i-escola/ [consultado 14 febrero 2019].

Gulliver, A.; Griffiths, K. M., y Christensen, H. (2010). "Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review". *BMC Psychiatry*, 10, pp. 113.

Jones, P. B. (2013). "Adult mental health disorders and their age at onset". *British Journal of Psychiatry*, 202 (Suppl. 54), s5-s10.

Jorm, A. F.; Korten, A. E.; Jacomb, P. A.; Christensen, H.; Rodgers, B., y Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment". *Medical Journal of Australia*, 166 (4), pp. 182-186.

Jorm, A. F., y Wright, A. (2007). "Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), pp. 656-66.

Jorm, A. F. (2012). "Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health". *American Psychologist*, 67(3), pp. 231-43.

Kelly, C. M.; Jorm, A. F., y Wright, A. (2007). "Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders". *Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl.): pp. 26-30.

Kelly, C.; Mithen, J. M.; Fischer, J. A.; Kitchener, B. A.; Jorm, A. F.; Lowe, A., y Scanlan C. (2011). "Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation". *International Journal of Mental Health Systems*; 5:4. Disponible en: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-5-4> [consultado 14 febrero 2019].

Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication". *Archives General Psychiatry*, 62, pp. 593-602.

Kessler, R. C.; Amminger, G. P.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Lee, S., y Ustun, T. B. (2007). "Age of onset of mental disorders: A review of recent literature". *Current Opinion Psychiatry*, 20 (4), pp. 359-364.

Kieling, C.; Baker-Henningham, H.; Belfer, M.; Conti, G.; Ertem, I.; Omigbodun, O.; Rohde, L. A.; Srinath, S.; Ulkuer, N., y Rahman, A. (2011). "Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action". *Lancet*, 378, pp. 1515-1525.

Muir, K.; Powell, A.; Patulny, R.; Flaxman, S.; McDermott, S.; Oprea, I.; Genders, S.; Vespignani, J.; Sitek, T.; Abello, D., y Katz, I. (2009). *Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation*. Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Australia.

National Research Council (US) and **Institute of Medicine** (US) (2009). *Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions*; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington (DC): National

- Academies Press (US); 2009. II, Preventive Intervention Research. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32766/>.
- Organización Mundial de la Salud** (2001). *Documentos básicos*. 43ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la salud: 1.
- Organización Mundial de la Salud** (2004a). *Promoción de la salud Mental. Conceptos. Evidencia Emergente práctica. Informe compendiado*, Ginebra, Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud** (2004b). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*, Ginebra, Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud** (2018). *Salud mental del adolescente*. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 18 de septiembre 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> [consultado 14 febrero 2019].
- Sanders, L. M.; Federico, S.; Klass, P.; Abrams, M. A., y Dreyer, B.** (2009). "Literacy and child health: a systematic review". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, pp. 131-40.
- Sawyer, S. M.; Azzopardi, P. S.; Wickremarathne, D., y Patton, G. C.** (2018). "The age of adolescence", *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), pp. 223-228.
- Saxena, S.; Funk, M., y Chisholm, D.** (2013). "World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020". *Lancet*, 381(8), pp. 1970-1971.
- Spora Sinergies** (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. Disponible en: <https://obertament.org/es/lucha-contra-el-estigma/discriminacion-y-estigma/datos-en-cataluna> [consultado 14 febrero 2019].
- Wei, Y.; Kutcher, S., y Szumilas, M.** (2011). "Comprehensive school mental health: an integrated 'School-Based Pathway to Care' model for Canadian secondary schools". *McGill Journal of Education*, 46, pp. 213-30.
- Wei, Y., y Kutcher, S.** (2012). "International school mental health: global approaches, global challenges, and global opportunities". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, pp. 11-27.
- Wei, Y.; Hayden, J. A.; Kutcher, S.; Zygmunt, A., y McGrath, P.** (2013). "The effectiveness of school mental health literacy program to address knowledge, attitudes and help seeking among youth". *Early Intervention in Psychiatry*, 7, pp. 109-121.
- Weist, M.; Axelrod, J.; Flaherty, L. T., y Pruitt, D.** (2001). "Collaboration Among the Education, Mental Health, and Public Health Systems to Promote Youth Mental Health". *Psychiatric Services*, 52(10), pp. 1348-1351.
- Whitley, J.; David Smith, J., y Vaillancourt, T.** (2013). "Promoting Mental health Literacy among Educators: critical in school-based prevention and intervention". *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), pp. 56-70.
- World Health Organization** (2012a). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. WHO Secretariat for development of a comprehensive mental health plan, 27 de agosto de 2012. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf [consultado 14 febrero 2019].
- World Health Organization** (2012b). *Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*. World Health Organization, WS 462, Switzerland. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44875> [consultado 14 febrero 2019].
- World Health Organization** (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [consultado 14 febrero 2019].
- World Federation for Mental Health** (2018). *Young people and mental health in a changing world*. Disponible en: <https://wfmh.global/publications/> [consultado 14 febrero 2019].
- Wyn, J.; Cahill, H.; Holdsworth, R.; Rowling, L., y Carson, S.** (2000). "MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, pp. 594-601.
- Zachrisson, H. D.; Rödje, K., y Mykletun, A.** (2006). "Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey". *BMC Public Health*, 6, pp. 34.



Antonio Cano-Vindel. Universidad Complutense de Madrid.

Juan Antonio Moriana. Universidad de Córdoba.

Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico

Los desórdenes emocionales son unos de los principales problemas que presentan los jóvenes en la actualidad. Las emociones son reacciones que nos conmueven, nos activan y nos preparan para la acción frente a ciertas situaciones relevantes, como el peligro físico, la amenaza de un resultado negativo, el perjuicio que nos pueden hacer otras personas o el éxito por el que nos hemos esforzado. Estas reacciones que pueden darse en muchos ámbitos de la vida de un individuo son especialmente importantes en la edad infantil, adolescencia y jóvenes adultos, por el componente evolutivo y adaptativo que supone para nuestro desarrollo como seres humanos. En el presente capítulo introducimos conceptualmente los problemas emocionales desde una perspectiva transdiagnóstica centrando el interés en el abordaje y tratamiento de este tipo de problemáticas, y muy especialmente en la importancia que la educación tendría en la prevención y en su carácter adaptativo.

Introducción

Cuando somos niños nuestras reacciones emocionales se relacionan no solo con aspectos genético-hereditarios fijados en nuestro temperamento y personalidad sino también con aspectos sociales y contextuales mediados por el aprendizaje y por la educación. Así si un niño tropieza en el parque y se cae al suelo es habitual que busque con la mirada a su madre, y si percibe un rostro de preocupación excesiva o pánico es muy probable que el niño comience a llorar, y si la madre actúa con normalidad puede que se levante y siga jugando. Este y otros muchos comportamientos humanos están modulados por múltiples y diversas variables personales y situacionales.

Las diferencias entre emociones entre niños, jóvenes y adultos están mediatizadas por el nivel de madurez, experiencia y desarrollo sociocognitivo que hace que problemas similares puedan ser interpretados y vivenciados de forma diferente según la edad y las características anteriores.

Los niños pequeños pueden experimentar la ansiedad a la separación, a la muerte de su mascota o de su abuelo, a un conflicto o una pelea en el colegio, *bullying* o a otras circunstancias de la vida diaria de forma muy diferente a como la viva un adolescente o un joven adulto. Cuando popularmente hablamos de depresión infantil o ansiedad en la primera etapa de la vida, frecuentemente asumimos esquemas de adultos aplicados a los menores y sin embargo cometemos un tremendo error en pensar que son iguales. La vivencia de una depresión infantil tiene una etiología, variables de mantenimiento y resolución muy diferentes a las que normalmente se presentan en población adulta.

Cuando estamos sometidos a un nivel de estrés mayor de lo habitual; es decir, cuando las demandas del ambiente superan nuestra capacidad

de respuesta, también nos activamos y surgen con mayor probabilidad reacciones emocionales; por ejemplo, nos encontramos más nerviosos e irritables y es más probable que nos enfademos por pequeñas cosas.

Otro ejemplo de emoción negativa o desagradable es la tristeza, que se produce por una pérdida significativa. Por ejemplo, con la muerte de un ser querido o por otras pérdidas significativas, como una ruptura de pareja o separación no deseada. En este caso se produce también malestar psicológico y alta activación fisiológica, pero la conducta se desactiva en ese estado, debido a una actividad cognitiva muy reflexiva y centrada en eventos negativos.

En cambio, las emociones positivas producen experiencias agradables o positivas, como es el caso de la alegría, que se desarrolla cuando obtenemos un resultado positivo y lo compartimos con otros.

Por lo general, las reacciones emocionales surgen ante ciertas situaciones relevantes para el individuo. Se supone que dichas reacciones mejoran nuestra capacidad de adaptación a dichas situaciones, permitiéndonos atender mejor las demandas de las mismas, promoviendo un pensamiento más dinámico, así como conductas y respuestas más adecuadas a las necesidades del momento. Así, la ansiedad ante los exámenes, por lo general, nos pone en alerta y nos ayuda a centrar la atención y a prepararnos para no suspender y no obtener un resultado negativo. Si bien, un exceso de ansiedad puede bloquearnos y perjudicar nuestro rendimiento. De manera que la ansiedad es, en general, una reacción emocional adaptativa, facilitando una conducta más motivada y ágil, pero si no sabemos manejarla, el exceso de activación y de malestar, podría perjudicarnos, llegando a bloquear nuestra capacidad de respuesta.

Las respuestas del organismo que se producen en dichas reacciones emocionales, como el aumento de la tasa cardiaca, respiratoria, de la tensión muscular o de la motilidad gástrica, nos producen una mayor o menor sensación de la intensidad emocional. De manera que vivimos estados emocionales como más intensos cuando percibimos más cambios en nuestro organismo o más sensaciones, en general. Así, sentiremos que estamos más nerviosos, enfadados, alegres o enamorados al percibir más sensaciones o cambios fisiológicos.

Las emociones nos ayudan a comunicarnos mejor con los demás, tienden a reforzar el orden social, nos mueven a la acción, constituyen todo un sistema de recompensas y castigos, están muy relacionadas con el bienestar, nos ayudan a entender mejor la realidad, a decidir entre distintas opciones, a recordar los acontecimientos más relevantes, a responder de manera más enérgica, a desarrollar conductas acordes con la situación y a adaptarnos mejor a las demandas del medio. Todo ello hace que la conducta emocional nos ayude por lo general a responder mejor a la situación que la provoca, por lo que decimos que se trata de reacciones adaptativas.

Sin embargo, algunas circunstancias como la falta de información y de aprendizaje en el manejo de las emociones pueden acarrear consecuencias negativas con cierta frecuencia. En tal caso, las emociones pueden llegar a ser un problema, en lugar de una ayuda para adaptarnos mejor a las situaciones en las que se producen. Así, por ejemplo, mientras que la ansiedad normalmente ayuda a afrontar mejor la situación de hablar en público, en algunos casos, puede llegar a bloquearnos o generar mucho

malestar, pudiendo llegar a constituir incluso un trastorno de ansiedad social. Las pérdidas nos producen tristeza, que nos ayuda a reflexionar, elaborar el duelo por la pérdida, así como a obtener el apoyo social de las personas más cercanas; sin embargo, cuando nos invade la tristeza demasiado tiempo, el bajón de estado de ánimo, la desactivación conductual y la atención centrada en sucesos negativos pueden llevarnos a tener más problemas y a sentir que nos estamos deprimiendo.

La educación emocional es sumamente importante en la primera infancia. Un esquema de aprendizaje infantil machista centrado en “los niños no lloran” y las niñas “sí pueden mostrar sus emociones” aderezado con múltiples clichés sobre lo que es la felicidad, como evitan los padres el sufrimiento de sus hijos, la sobreprotección y la ausencia de gestión adecuada de las emociones conlleva que muchos menores tengan desajustes más relacionados con una incapacidad de autorregulación y gestión de sus emociones que de problemas graves desde el punto de vista adaptativo.

Los problemas emocionales

Cuando el estrés, el exceso de preocupaciones y las sensaciones emocionales resultan desagradables, experimentamos las llamadas emociones negativas, como la ansiedad. A pesar del malestar psicológico que acarrearán, las mal llamadas emociones negativas resultan ser muy adaptativas, pues nos llevan a afrontar mejor las situaciones difíciles que las provocan, siempre que las manejemos correctamente. Si no nos preocupase un examen, hablar en público o un acontecimiento importante, nos resultaría más difícil prepararnos para dicho evento. No es agradable, por lo general, estar nervioso, triste o enfadado, pero estos estados emocionales son temporales, se circunscriben a ciertas situaciones y nos ayudan a afrontar mejor los eventos que provocan dichas reacciones.

Sin embargo, cuando la ansiedad y las emociones negativas son muy intensas o duran demasiado tiempo o no están en sintonía con la situación, pueden afectar de manera importante y duradera al bienestar psicológico, así como a nuestra conducta y a nuestra capacidad de adaptación al medio. En este caso hablamos de problemas emocionales.

Las emociones negativas no sólo pueden afectar en algunos casos al bienestar psicológico, sino que pueden favorecer la aparición de problemas de salud, a través de la alteración de algunas funciones vitales, como el sueño, el apetito, la alimentación o ingesta, la digestión, la eliminación o evacuación, o las funciones cognitivas, entre otras. Es decir, las reacciones emocionales pueden alterar funciones vitales y en algunos casos pueden aparecer disfunciones y síntomas relacionados con estos procesos vitales. Así, una persona que viene sufriendo mucho estrés y emociones negativas intensas desde hace ya un cierto tiempo, con frecuencia, puede experimentar problemas de concentración, insomnio común, problemas de alimentación, algunos problemas digestivos, cardiovasculares, dermatológicos o bien problemas de dolor u otras somatizaciones, muchas veces sin que haya una base orgánica o médica.

El estrés cotidiano tiende a producir emociones, tanto positivas como negativas. Cuanto mayor es el nivel de estrés, es más probable que surjan reacciones emocionales. Cuando el estrés es intenso y se prolonga en el tiempo tiende a producir sobre todo emociones negativas. Cuanto más intenso y más crónico sea el estrés, es más probable que genere mayor

activación fisiológica, mayores reacciones emocionales negativas y que aparezcan somatizaciones o disfunciones.

En otras ocasiones, también aparecen problemas o disfunciones mentales, como por ejemplo distorsiones cognitivas de la atención (mantener la atención focalizada todo el tiempo en una posible amenaza) o de la interpretación (tendencia a la catastrofización y magnificación de situaciones ambiguas). Se pueden comenzar así a generar problemas psicológicos o mentales que producen un exceso de respuesta emocional, como la preocupación excesiva y la sobre atención de posibles resultados negativos, la magnificación de las sensaciones físicas de ansiedad y la focalización de la atención en ellas, el aprendizaje de nuevos temores, miedos o fobias que antes no existían, las postergaciones o evitaciones de situaciones temidas, el uso inapropiado de falsas señales y conductas de seguridad, como las evitaciones, postergaciones, compulsiones o rituales que suceden con algunas obsesiones, como lavado de manos, comprobaciones, etc., que pueden dar lugar a los llamados trastornos de ansiedad, del estrés o del espectro obsesivo.

Por ejemplo, en el trastorno de pánico se magnifican las sensaciones de ansiedad (taquicardia, dificultades respiratorias, mareo, sensación de pérdida de control, etc.) y se focaliza la atención en ellas (cada persona en sus propias sensaciones). En la agorafobia se aprende a temer de forma poco racional las situaciones que producen ansiedad y están asociadas con el pánico. En la fobia social o trastorno de ansiedad social se magnifica la valoración cognitiva de amenaza centrada en la propia conducta y se focaliza la atención en ella. En el trastorno de ansiedad generalizada se concede una importancia excesiva y se manejan mal las anticipaciones o preocupaciones de la vida cotidiana. En el trastorno obsesivo compulsivo se desarrolla un temor exagerado a ciertos pensamientos intrusos relacionados con el orden, la limpieza, el contagio, el control, la agresión, la violación de normas, etc., a base de distorsiones cognitivas y conductuales relacionadas con la supresión de estos pensamientos y la ansiedad que producen. En el trastorno de estrés postraumático se aprenden miedos asociados a situaciones similares al trauma original; por ejemplo, se aprende a temer situaciones y estímulos relacionados con el evento traumático. En muchos procesos de estrés con frecuencia se vive un infierno a nivel de nuestra experiencia emocional desagradable, la activación fisiológica desajustada y las conductas relacionadas poco adaptadas que podemos ir desarrollando.

En las somatizaciones, aparecen dolores y otras sensaciones o síntomas de malestar que pueden no tener una explicación médica y se ven incrementadas por el estrés. En algunas enfermedades crónicas, por ejemplo, de tipo digestivo, se exacerban los síntomas cuando estamos estresados. Y así podemos seguir describiendo diferentes problemas emocionales, como los que acabamos de listar, que pueden afectar a la salud física y a la salud mental.

Por lo general, se puede observar que muchas personas que sufren hoy en día estos problemas emocionales, previamente venían desarrollando reacciones emocionales normales, la mayoría en la adolescencia y juventud, hasta un momento dado, en el que hubo un suceso estresante que provocó reacciones emocionales poco habituales, que desencadenaron un proceso de aprendizaje emocional desadaptado. En este proceso suele haber un incremento progresivo de los síntomas emocionales y finalmente de nuevos

trastornos emocionales. Esta reacción puede permanecer activa durante tiempo por la persistencia de los factores que la provocan, por la alta actividad de respuestas emocionales cognitivas, fisiológicas y conductuales, que interaccionan entre sí e incrementan su tasa de respuesta, así como por el aprendizaje emocional y desarrollo de malos hábitos.

Los problemas emocionales no sólo comprenden los trastornos de ansiedad, del estrés o del espectro obsesivo, sino que suelen aparecer, asociados con estos, problemas del estado de ánimo, es decir, las depresiones.

En la depresión encontramos un estado de ánimo bajo, con sentimientos de tristeza profundos, una emoción en principio adaptativa, que nos ayuda a elaborar un duelo o pérdida y a aumentar el apoyo social por la pérdida sufrida. Pero si se alcanza la depresión, el estado emocional deja de ser adaptativo, ya que se prolonga excesivamente la tristeza, la reflexión, la inactividad, el abandono, el sufrimiento, etc., y se desarrollan hábitos que implican pasividad, falta de interés y motivación por todo, así como distorsiones cognitivas que llevan a esa persona a centrarse en lo más negativo de su vida (en el pasado, en el presente y en el futuro), lo que acrecienta el estado de tristeza y depresión, hasta llegar a un trastorno depresivo, que puede llegar a ser grave, en el que suelen aparecer disfunciones del sueño, de la alimentación, cognitivas, entre otras, así como discapacidad para el trabajo, las tareas domésticas o las relaciones sociales.

Con el paso del tiempo, si no se atienden correctamente estos problemas emocionales, suelen aumentar los síntomas o su intensidad (tendencia a la cronicidad), y pueden aparecer nuevos problemas emocionales (tendencia a la comorbilidad). Así, las personas que acuden a su médico de Atención Primaria, por cualquier motivo, en el 49,2% de los casos informan de síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, o depresión, o somatizaciones. A su vez, las personas mayores con enfermedad crónica presentan más problemas emocionales que los pacientes sin cronicidad.

La falta de atención y sensibilización de estos problemas en niños es mucho más preocupante. La consideración de problemas emocionales en niños y adolescentes se ha minimizado y ha quedado en una situación de semi-abandono, pospuesto hasta la edad adulta en la que es más probable que reciba tratamiento.

En el contexto escolar, si un niño tiene autismo o TDAH recibe intervención psicoeducativa, se le deriva a salud mental especializada con la participación de su pediatra en acciones coordinadas que, si bien siguen siendo mejorables, atienden en mayor o menor medida este tipo de problemáticas. Pero si un menor tiene un problema emocional, ansiedad o depresión, difícilmente va a recibir atención en el ámbito educativo, es probable que su pediatra no tenga ni tiempo ni formación para atenderle adecuadamente sin recurrir al fármaco y será difícil que llegue a recursos especializados de salud mental porque no se trata de la población diana de servicios masificados y centrados en la población más grave y aunque la mayoría de este tipo de problemas no suelen ser muy graves en los inicios (no todos), si pueden llegar a serlo con el paso del tiempo.

La psicología clínica infantil y la psiquiatría infanto-juvenil son las grandes olvidadas de nuestro ámbito sanitario público, sistema en el que se minimizan los problemas emocionales de los niños que parecen invisibles

y que en numerosas ocasiones quedan abocados al olvido, o al menos su atención no se produce hasta que no llegan a la edad adulta. Obviamente cuando esto ocurre la sintomatología suele haber empeorado y el curso y evolución del trastorno (que podría haberse abordado antes de forma satisfactoria), puede tender a la cronificación y comorbilidad así como al desajuste del menor de su desarrollo normativo habitual.

Esta situación merece una especial consideración porque los problemas emocionales en menores están como silenciados, como si no existieran. No disponemos de estudios epidemiológicos serios como ocurre en población adulta y resulta complejo dimensionar con exactitud la magnitud del problema. Una de las evidencias más importante la encontramos en la psicopatología que nos indica como muchos de estos trastornos tiene su etiología, comienzo y primeras manifestaciones en la infancia y sobre todo en la adolescencia. En la base de los problemas emocionales se fraguan los intentos de suicidio (una de las causas de muerte más elevadas en jóvenes y adultos, que también están silenciadas) y los inicios de muchas de las patologías que llegarán a ser graves en la adolescencia o adultez. Por ejemplo, muchos de los ataques de pánicos iniciales se viven en la niñez o adolescencia, los primeros síntomas de trastornos obsesivos compulsivos también suelen ser de inicio temprano y muy ligados a la gestión de emociones como buena parte de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y somatizaciones.

El enfoque categorial de la psicopatología considera que existen trastornos mentales específicos que están bien definidos por un conjunto de síntomas, concretos para cada trastorno. Sin embargo, la mayoría de las personas que cumplen los criterios de un trastorno mental, cumplen también los criterios de algún otro trastorno, con los que puede compartir algunos síntomas. Por otro lado, el tratamiento del trastorno primario mediante una técnica específica para él, mejora también los síntomas de otros trastornos comórbidos. De manera que los trastornos mentales así definidos no son tan específicos e independientes como se pretendía. Por el contrario, existe una amplia generalidad o comunalidad de factores que parecen favorecer la psicopatología, aunque se desarrolle de manera diversa en cada individuo. Hoy se sabe que el primer diagnóstico de un trastorno mental favorece el desarrollo de otros similares en los próximos años.

Algunos trastornos tienden a aparecer juntos (alta comorbilidad), y no sólo comparten síntomas y la posibilidad de remisión de síntomas en algunos de los trastornos todavía no tratados, al tratar a otro con una técnica específica para éste, sino que comparten probablemente una serie de procesos cognitivos, emocionales y conductuales propios del aprendizaje emocional. Quizás el mejor ejemplo son los trastornos mentales comunes, es decir, los trastornos de ansiedad y la depresión. Se trata de los trastornos emocionales más prevalentes, presentan entre ellos alta comorbilidad y comparten síntomas que tienden a remitir cuando se tratan otros trastornos.

¿Qué más comparten estos trastornos emocionales? En general, comparten aspectos importantes sobre su naturaleza (derivan de las emociones normales, por ejemplo), surgimiento (muchas veces, a partir de eventos estresantes), evolución (con frecuencia, aprendizaje progresivo) o mantenimiento (por ejemplo, malas estrategias de regulación emocional, como evitación, rumiación, supresión de pensamientos, etc.), lo que implica que comparten una serie procesos de aprendizaje emocional a nivel cognitivo, fisiológico y conductual.

Por ejemplo, comparten el desarrollo de procesos cognitivos en los que van aumentando progresivamente algunas distorsiones cognitivas, especialmente sobre la interpretación (valoración cognitiva, atribuciones causales, expectativas, metacogniciones) y sobre la atención (centrar la atención preferentemente en la amenaza o la pérdida, tiempo dedicado a procesar esa información emocional, anticipaciones negativas, autodiálogo interno catastrofista, etc.). En el caso de la depresión, también se observan distorsiones de la memoria, con tendencia marcada a recordar sólo sucesos negativos, además de distorsiones interpretativas y de la atención. Estas distorsiones cognitivas producen un incremento significativo de las respuestas emocionales (ansiedad, tristeza-depresión y otras) en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual).

El Tratamiento transdiagnóstico

Los tratamientos psicológicos de trastornos emocionales en niños han estado supeditados y dependientes a los implementados en adultos. Esta consideración de “adultos en pequeño” y de que todo lo que funciona con población adulta también lo hará con infantil ha perjudicado la investigación y el desarrollo de ensayos clínicos aleatorizados en menores, también dificultados por los problemas de acceso a este tipo de población, consentimiento informado de los padres y otras dificultades éticas. Por todo esto contamos con mucha menos evidencia, desde un punto de vista científico, de la eficacia de tratamientos psicológicos en niños. Entre los más efectivos destacan los de corte cognitivo-conductual y psicoeducativo. Para una revisión de 137 tratamientos para 17 trastornos para niños y adolescentes (entre ellos los emocionales) pueden consultar Gálvez-Lara, Corpas, Moreno, Venceslá, Sánchez, & Moriana (2018).

El tratamiento transdiagnóstico de problemas emocionales es un enfoque relativamente novedoso que parte de una concepción integral de los síntomas que comparten en común varios trastornos. Esta consideración es especialmente relevante en los trastornos depresivos, de ansiedad y somatizaciones, donde muchos de los síntomas que aparecen en el curso de estos problemas son comunes entre sí.

El tratamiento, que puede aplicarse tanto en formato individual como en grupal, comienza por dar a los participantes de un grupo una buena psicoeducación sobre las emociones y los factores implicados en la regulación emocional, especialmente el papel de las distorsiones cognitivas (magnificación, sobreatención, rumiación) y el uso de evitaciones o conductas reductoras de ansiedad similares. Su efectividad ha sido ampliamente demostrada en adultos y en jóvenes, realizándose en la actualidad adaptaciones para población de niños.

Esta psicoeducación tiene un papel esencial en este tratamiento y debe cumplir dos premisas básicas: la primera es que el psicólogo debe ser un experto en emociones, regulación emocional y problemas emocionales; la segunda, es que los contenidos deben adaptarse a la comprensión de los participantes y adecuarse a los problemas emocionales que presenta cada uno. Veamos un ejemplo.

La psicoeducación suele incluir frecuentemente una explicación de: (1) modelos teóricos que sirvan para entender la intervención de varios casos concretos presentes en el grupo, por ejemplo, fobia social y pánico; (2) casos similares al suyo y casos parecidos con valor pedagógico, porque no

le sucede ese problema, sino que lo domina; (3) conductas y emociones que sí maneja el paciente vs. las que no; (4) metáforas que sirvan para explicar y motivar la participación; (5) problemas emocionales reales recientes que se analizan y comentan según los modelos de intervención.

Podríamos comenzar explicando qué son las emociones, cuál es su funcionamiento y para qué sirven. Además, conviene explicar qué es la ansiedad, las respuestas de ansiedad en los tres sistemas, el carácter adaptativo de la ansiedad y los factores de riesgo que incrementan la intensidad de estas respuestas y la probabilidad de desarrollar un problema ansioso. Es decir, podríamos usar los dos primeros apartados de este texto y adaptarlos a cada caso, explicando con palabras sencillas el papel de los procesos cognitivos y sus distorsiones sobre la ansiedad, el papel de las evitaciones, y el papel del exceso de ansiedad sobre las distorsiones cognitivas y la conducta en situaciones de amenaza.

Conviene poner ejemplos ilustrativos que ayuden a comprender nuestras palabras, como el siguiente.

Las sensaciones y las emociones influyen mucho en nuestros pensamientos, en nuestra percepción de la realidad, pero a veces nos engañan. Si tú intentas cruzar un abismo visual (ves el abismo, pero pisas sobre un cristal firme irrompible por efecto de tu peso), experimentarás miedo irracional, que te puede paralizar a pesar de que no estás en riesgo.

Ahora bien, tú puedes intentar reducir ese miedo irracional o puedes estar aumentándolo, tienes que saber cómo se haría en un caso y en otro.

Si tú le das mucha importancia al desnivel, a la altura que percibes a través de la transparencia del cristal, anticipas que te va a producir mucho temor, piensas que te puedes caer, te dejas llevar por tus sensaciones, evitas cruzar, o lo intentas pensando que te puedes hacer daño, etc., entonces aumentarás tu temor, tu ansiedad y será muy difícil o imposible andar sobre el cristal, aunque sea seguro.

Si, por el contrario, lo tomas con humor, piensas que es imposible hacerse daño (puesto que estás andando sobre una superficie firme y segura, un cristal resistente), no das importancia a tus sensaciones, no las temes, intentas disfrutarlas, te entrenas para hacer pequeños progresos en el afrontamiento, no evitas, no temes hacer el ridículo ante los demás, etc., estarás disminuyendo tu temor y podrás cruzar el abismo visual. Además, la repetición de estos ejercicios tenderá a producir el hábito que estás buscando para poder cruzar el abismo visual, manejando tus emociones.

Bien, pues con los trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de pánico y las sensaciones de ansiedad, pasa algo similar. Cuando tenemos ansiedad, nos invaden las sensaciones físicas, el temor, el malestar, los pensamientos negativos, y nos entran ganas de evitar la situación o la amenaza que provoca la ansiedad. Podemos actuar, como en el caso del abismo visual, intentando bien aumentar aún más la ansiedad, el temor, o bien disminuirlos. A base de repetir muchas veces este proceso, se consiguen los hábitos. Así, podemos aprender a aumentar o a reducir nuestros temores y nuestra ansiedad.

La clave esencial para reducir la ansiedad excesiva está en reducir las distorsiones cognitivas, la magnificación, la sobreatención o focalización de la atención en la amenaza, y la rumiación o procesamiento repetitivo de

estimulación amenazante. Estas distorsiones cognitivas producen ansiedad, pero también aumentan con la ansiedad, pues cuanto más ansiedad tenemos, también habrá más distorsiones cognitivas. A su vez, conviene no usar las evitaciones u otras falsas conductas reductoras de ansiedad, que nos dan “pan para hoy y hambre para mañana”.

Para manejanos mejor y reducir la ansiedad, la forma correcta de abordar las situaciones que nos producen un exceso de ansiedad, con los consiguientes problemas que ello acarrea, sería la siguiente.

En primer lugar, hay que reducir el error interpretativo, las magnificaciones, intentando quitar importancia a las amenazas engrandecidas (por ejemplo, a las sensaciones físicas inocuas, a los pensamientos intrusos, a la conducta propia inadecuada, a la situación que tememos, etc.), a las consecuencias catastrofistas, a las probabilidades exageradas de que suceda lo peor, etc., tratando de adaptarnos a la realidad y confiando en nuestros recursos de afrontamiento, así como en el apoyo social. Se trata de cambiar la valoración cognitiva de amenaza magnificada por una valoración cognitiva menos amenazante, o incluso la amenaza por un desafío.

En segundo lugar, hay que reducir el error o sesgo atencional, intentando ocupar nuestra atención en estímulos neutros o positivos, en lugar de centrarnos en la amenaza.

En tercer lugar, a su vez, es importante no hacer continuas anticipaciones negativas o recreaciones emocionales, no procesar cientos de veces la información amenazante (rumiación).

En cuarto lugar, no debemos evitar la situación amenazante que está produciendo la ansiedad; por el contrario, hay que afrontar progresivamente esa situación que produce la ansiedad, poniendo la atención en los aspectos centrales de la situación (por ejemplo, la charla que estamos dando) y no en la amenaza (haré el ridículo).

Desde la primera sesión hay que señalar la importancia de estas cuatro formas que tenemos de aprender a manejar de nuevo la ansiedad, que son contrarias al aprendizaje que llevó a la psicopatología o problema emocional.

Para entender mejor estos dos tipos de aprendizaje, hacia la psicopatología y hacia la normalidad, podemos hacer un análisis funcional del problema emocional. Para ello, distinguimos entre un antes y un después del inicio del problema. Se trataría de hacer notar cómo funcionaban antes los procesos cognitivos, las emociones y la conducta. Y cómo han cambiado después del suceso desencadenante o después del inicio del problema. Por ejemplo, analizar qué ha cambiado desde que se rieron de mí en clase cuando estaba leyendo y tuve mucha ansiedad, hasta llegar a bloquearme. ¿Qué ha sucedido tras aquel acontecimiento? ¿Se han desarrollado estrategias de regulación emocional equivocadas, como la evitación o la focalización de la atención en mi ansiedad?

Con frecuencia las estrategias de regulación emocional equivocadas, que surgen tras el inicio del problema emocional, consiguen el efecto contrario al deseado sobre las reacciones emocionales. Por ejemplo, al centrar mi atención sobre mi ansiedad, con el fin de controlarla, lo que conseguí fue aumentarla; además, al evitar hablar en público, he conseguido que esta situación resulte aún más amenazante y me produzca más ansiedad.

Otros ejemplos, al intentar suprimir pensamientos intrusos, desagradables, se vuelven más frecuentes. Al rumiar preocupaciones, éstas aumentan, en lugar de resolver el problema, se genera más ansiedad.

Conviene explicar el papel que juega el estrés en el desarrollo de un aprendizaje emocional patológico. Las personas cuando llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés y mucha ansiedad, presentan mayor activación fisiológica; por lo tanto, aumenta la intensidad de las respuestas fisiológicas involuntarias, inervadas por el sistema nervioso autónomo. Con ello, se pueden desarrollar más problemas de aprendizaje cognitivo-emocional o dificultades en la autorregulación emocional. Así, por ejemplo, se puede observar con frecuencia que muchas personas:

- (1) Pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo.
- (2) Pueden aumentar los miedos irracionales o temores a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas, por ejemplo, miedo a dar una respuesta asertiva por temor al enfado de otros, incapacidad de expresar ira por temor a perder el control, miedo a ciertas situaciones o a experimentar ansiedad por temor a las sensaciones físicas, etc.
- (3) O pueden aparecer evitaciones a situaciones emocionales, aunque no puedan permitirse evitarlas, por ejemplo, evitar hablar en público por culpa de la ansiedad, aunque sea una exigencia de su trabajo, o evitar viajar en avión, cuando sería lo más conveniente, etc.

Además de dar información, en la psicoeducación se debe resaltar siempre el papel activo que debe tomar el paciente o participante. Por ejemplo, debe adoptar un papel activo para incrementar sus conocimientos sobre las emociones y la regulación emocional. En la Web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad (<http://www.bemocion.msrebs.gob.es/>), desarrollada por los profesores Cano Vindel y Dongil Collado, se puede encontrar mucha información sobre estos temas.

Aunque es importante informar de qué es lo que hay que hacer y qué no, esto no significa que el paciente o participante pueda hacerlo. Una cosa es la información sobre qué hacer y otra cosa son las habilidades para hacerlo, que se adquieren más lentamente, a base de repetir ejercicios y desarrollar hábitos. Informar de estas cuatro herramientas terapéuticas se puede hacer en una sola sesión, en la primera; sin embargo, adquirir las habilidades para manejar las tres primeras exigirá desarrollar varias sesiones de reestructuración cognitiva, y a su vez, la cuarta conlleva la práctica diaria de la exposición bajo ciertas condiciones de control, es decir, manejando las distorsiones cognitivas.

El paciente o participante con frecuencia hace preguntas del tipo siguiente: “sí, ya sé que debo quitarle importancia a la amenaza, pero ¿cómo lo hago?”. La respuesta es clara, “aprenderás repitiendo el entrenamiento, una y otra vez, como se aprende a conducir”. La repetición, bajo ciertas condiciones, mejora el aprendizaje y crea hábitos. Por ejemplo, en las sesiones futuras de reestructuración cognitiva aprenderá a base de hacer diferentes ejercicios y repetirlos muchas veces. También aprenderá a dejar de evitar, entrenándose en lo contrario, es decir, en exponerse poco a poco a la situación temida. Hay que controlar el proceso. Se deben premiar los acercamientos a la respuesta

que se persigue, no se deben aplicar castigos, sino corrección de errores, y es bueno jerarquizar el aprendizaje, comenzando por lo más fácil.

Además de proporcionar esta psicoeducación, desde la primera sesión se puede dar una grabación de audio que contenga una sesión de relajación, para disminuir la activación fisiológica. Practicar la relajación regularmente servirá para disminuir nuestra activación fisiológica y nos puede ayudar a realizar mejor estas actividades de reestructuración cognitiva y exposición que recomendamos. Fomentar el papel activo en su tratamiento, supondrá que debe intentar disminuir su activación fisiológica, practicando diariamente la relajación, realizando actividad física y ejercicio físico. Encontrarás los ejercicios en la Web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad. Además, en su caso, debe colaborar con su médico para eliminar poco a poco el consumo de benzodiazepinas, tanto tranquilizantes como para dormir.

Si somos capaces de reducir los sesgos o errores cognitivos y la activación fisiológica, estaremos mejor preparados para afrontar progresivamente las situaciones que antes evitábamos o nos costaba mucho exponernos a ellas. Esta exposición progresiva, bajo estas condiciones de control, nos será de gran ayuda para superar nuestra ansiedad y nos ayudará también a disminuir aún más los sesgos o errores cognitivos en el futuro.

La información sobre la exposición, sobre el aprendizaje conductual, que en el futuro pondrá en práctica el paciente o participante resalta también cómo se hará dicha exposición, así como el papel activo que debe desempeñar en este proceso. Este papel activo implicará poner en marcha lo que se va aprendiendo, en definitiva, participar, aplicando lo aprendido, procurando no evitar las situaciones problema.

Las reglas del aprendizaje progresivo para este entrenamiento conductual serán: premiarse, reforzarse, por participar, por exponerse, por los logros alcanzados, por pequeños que sean, e incluso por intentarlo. Y, además, corregir los errores, sin castigos, sin culpa, sin abandonar, sin caer en la frustración, algo que resultará difícil al paciente, por lo que necesitará de las reinterpretaciones de su terapeuta.

Por lo tanto, el programa estaría compuesto por los siguientes elementos que se trabajan en las diferentes sesiones: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento conductual y exposición. Se acabaría haciendo una prevención de recaídas.

Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva parte de modelos cognitivos de la emoción, en los cuales la conducta emocional es consecuencia de la actividad cognitiva que el sujeto realiza sobre la situación: elaboración, interpretación, valoración, atribución, etiquetado, expectativas, sesgos de procesamiento, etc. A su vez, los trastornos emocionales se producen por una serie de procesos cognitivos erróneos o sesgados. Así, se ha desarrollado tecnología para la práctica clínica: una serie de técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva que intenta modificar la actividad cognitiva para reducir la emoción.

Pero, la reestructuración cognitiva también se basa en los modelos de regulación emocional y el entrenamiento en manejo de emociones. En la conducta humana, no todo es racional, sino que hay una parte importante

de su actividad, de su conducta, que es emocional y a veces poco racional. Nuestro cerebro tiene una parte prefrontal, con funciones ejecutivas, basadas en la razón; pero también existe el cerebro antiguo, el emocional, que toma el control ante ciertas situaciones, como las de peligro. Por eso, no todas las estrategias de regulación emocional se basan en el empleo de estrategias racionales, que en determinados momentos no tienen prioridad. Los modelos evolucionistas diferencian entre estrategias racionales y emocionales. Las primeras son más típicas de la especie humana, como revaloración cognitiva; mientras que las segundas son más comunes con otras especies, como la evitación del peligro o la rumiación.

Resulta esencial para el proceso terapéutico cambiar la información que posee el paciente sobre el papel de sus pensamientos sobre sus problemas, así como el cambio de hábitos en el procesamiento cognitivo-emocional.

La reestructuración cognitiva implica un proceso de tres componentes:

(1) Conocer los procesos cognitivos que pueden generar ansiedad (valoración de amenaza, atribución errónea, sesgos de atención, interpretación, etc.).

(2) Identificar los errores cometidos en esos procesos (interpretación de amenaza por sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia, de la severidad, infraestimación de recursos...).

(3) Cambiar los errores cometidos por procesos más adaptativos y pensamientos más racionales, utilizando distintas herramientas, como lecturas, ejercicios, modelado, imaginación, reinterpretación, revaloración, razonamiento, contrastación, diálogo socrático, eliminación de sesgos y desarrollo de habilidades, reinterpretación, focalización, solución de problemas, autovaloración (eficacia percibida y autoestima).

En las situaciones que provocan ansiedad suele haber una percepción de amenaza que no siempre es realista, sino que cuando hay mucha ansiedad y ésta es poco adaptativa se suelen cometer los cuatro tipos de errores que señaló Aaron Beck: (1) sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso temido; (2) sobrestimación de la severidad de un suceso temido; (3) infraestimación de los recursos de afrontamiento; y (4) infraestimación de las posibilidades de ayuda por parte de otros (apoyo social). Estos errores llevan a magnificar la amenaza, lo que produce más ansiedad. Por lo tanto, para reducir la ansiedad tendremos que cambiar esta interpretación magnificada de la amenaza por una interpretación alternativa menos amenazante, e incluso cambiar la amenaza por un desafío.

Para intentar eliminar o reducir estos errores podemos llevar a cabo los siguientes ejercicios:

¿Cuál es la probabilidad de que suceda la amenaza? Se utiliza el razonamiento y la contrastación empírica. Se pide la valoración subjetiva de la probabilidad: valorar de 0 a 100. Se contrasta con la probabilidad real estimada: se usan datos estadísticos para calcular la probabilidad real. La diferencia es un sesgo interpretativo, que suele ser muy grande y hay que reducir razonadamente. Ejemplo: la probabilidad de tener una enfermedad grave no es del 40%, objetivamente el número de personas con enfermedad grave es mucho más reducido.

¿Cuáles son las consecuencias si sucede la amenaza? Se pide valorar consecuencias subjetivas (0-100). De nuevo se trata de comparar la

valoración subjetiva con datos reales. Por ejemplo, valoración subjetiva: “si tengo que hablar en público me muero”. Contratación con la realidad: temo hacer el ridículo. Se continúa la devaluación haciendo preguntas. ¿Cuánta importancia tiene para mí el ridículo? ¿Qué pierdo realmente si evito? ¿Por qué son tan terribles las sensaciones de ansiedad? Acaso, porque son molestas. ¿Es que no soy capaz de soportar otras molestias, cuando tengo que hacerlo? ¿No está resultando aún peor todo lo que hago por no experimentar malestar emocional, como las evitaciones que realizo?

¿Qué puedo hacer yo frente a la amenaza? Contrastar valoración subjetiva de recursos para afrontar la situación temida con los recursos que usa en otras situaciones. Por ejemplo: puedo prepararme la charla, tengo tiempo, puedo aprender, puedo soportarlo. ¿Qué hago yo para afrontar otros problemas similares, en lo que sí obtengo buenos resultados? En estos casos, ¿pongo en marcha recursos que no estoy utilizando para afrontar mi problema emocional?

¿A quién puedo pedir ayuda? El apoyo social es esencial para amortiguar los problemas, pero sin embargo a veces no pedimos ayuda por vergüenza, por no molestar, etc., cuando a nosotros nos gustaría ayudar a las personas de nuestro entorno.

En cuanto al papel de la atención, hay que trabajar el conocimiento sobre las relaciones entre este proceso cognitivo y la ansiedad. Focalizar la atención en una amenaza produce más ansiedad. La atención a una respuesta autonómica, como el rubor, cambia la tasa de respuesta, aumenta la preocupación e inicia el proceso en espiral de aumento de síntomas de ansiedad y focalización de la atención. La atención a pensamientos negativos, preocupaciones, etc., incrementa la activación fisiológica. La atención a pensamientos intrusos, los incrementa (es mejor devaluarlos que rechazarlos).

Cuando nos enfrentamos con una situación amenazante que produce ansiedad, como por ejemplo hablar en público, se debe centrar la atención en la tarea principal (la charla) y no en la amenaza (síntomas de ansiedad, conducta inapropiada). Por ejemplo, se debe centrar la atención en el examen y no en la ansiedad.

Para aprender a manejar mejor la atención se deben hacer ejercicios en los que se centra la atención en estímulos neutros, así como en autoinstrucciones positivas racionales, haciendo observar como en tan sólo unos minutos disminuye la ansiedad.

A su vez, cuando una persona tiene que afrontar una situación amenazante es muy útil centrar la atención en conversaciones y en otras actividades neutras o positivas que demanden alta atención, para que la atención focalizada en la amenaza no genere más ansiedad.

En definitiva, hay que insistir y hacer ejercicios para que no permanezca la atención centrada en la amenaza, en el repaso constante y en la rumiación de pensamientos negativos.

Entrenamiento conductual

El entrenamiento conductual utiliza los principios del aprendizaje como, por ejemplo, el condicionamiento operante o el aprendizaje asociativo de estímulos y respuestas fisiológicas.

Respecto al condicionamiento operante, la ley del refuerzo, dice que toda conducta que es reforzada o premiada aumenta la probabilidad de que vuelva a ser emitida. Funcionan mejor los premios (para aumentar la frecuencia de una conducta) que los castigos (para disminuirla). Los castigos consisten en suministrar una consecuencia aversiva, tras la realización de una conducta, con el fin de reducir la probabilidad de que vuelva a ponerse en marcha. Los castigos tienen efectos secundarios no deseados, y son menos eficaces que el refuerzo, especialmente si no se aplica adecuadamente (a su debido tiempo, de manera consistente, de forma inescapable, etc.).

Los objetivos clínicos se pueden conseguir tras un periodo de entrenamiento, pero se necesita tener claros dichos objetivos, que sean realizables, que se apliquen las técnicas adecuadas, que haya perseverancia, tras un cierto periodo de tiempo, aumentando poco a poco las habilidades, sabiendo premiar los logros y corregir los errores. Una vez conseguidos, es necesario planificar el mantenimiento de las conductas aprendidas.

Para conseguir los objetivos se debe tener paciencia y ser sistemático, haciendo las tareas para casa todos los días, aunque al principio no se observen mejoras o logros. En el inicio de los ejercicios suele ser más difícil observar logros, pero es bueno tener expectativas positivas de que se conseguirán, para seguir practicando, aprendiendo, a fin de desarrollar los hábitos necesarios y alcanzar los objetivos.

Las tareas para casa son esenciales para desarrollar los hábitos necesarios que permitirán alcanzar los objetivos. Deben explicarse bien, motivar para que se hagan, enseñar al paciente a desarrollar el hábito de hacer estas tareas todos los días, han de ser repasadas en cada sesión, se debe premiar por hacerlas y corregir cuando no se están haciendo. Cuando se consiga el hábito de hacer las tareas para casa, el paciente aprenderá más y más rápido, hasta conseguir los objetivos. Además, se estará desarrollando la autonomía del paciente y el mantenimiento y generalización de resultados.

Respecto al aprendizaje asociativo, señalar que a veces se producen nuevas asociaciones de respuestas fisiológicas automáticas con el entorno estimular en el que se producen las mismas. Por ejemplo, se puede asociar la cama con estar preocupado o nervioso, si hemos sufrido insomnio con frecuencia y no nos hemos levantado. A su vez, algunas de estas situaciones que han adquirido la capacidad de provocar reacciones de ansiedad, tendemos a evitarlas. El cajero automático puede provocarnos intensas reacciones de ansiedad, si una vez fuimos asaltados, al retirar dinero. Algunas personas no pueden entrar en un espacio cerrado, como los ascensores, o viajar en el metro o en avión, porque les produce intensas reacciones de ansiedad y han aprendido a evitar estas situaciones temidas.

Una parte esencial del entrenamiento psicológico de tipo conductual para resolver problemas emocionales consiste en realizar exposición a situaciones o tareas que cuesta afrontar o que se evitan. La exposición se apoya en buena medida en las tareas para casa y permite dejar de seguir aprendiendo a desarrollar más temor a la situación que se venía evitando. En su lugar, se trata de reaprender a afrontar mejor las situaciones emocionales de la vida cotidiana, de manera que se vayan generando habilidades para manejar las emociones.

Para que la exposición a situaciones temidas funcione correctamente deben tenerse en cuenta los siguientes principios en cada exposición: (1)

también sirven las exposiciones imaginarias y virtuales, cuando se hacen correctamente; (2) hacerlas siempre bajo condiciones de control; (3) por aproximaciones sucesivas; (4) reforzando hasta los pequeños logros e incluso los intentos poco exitosos; (5) corrigiendo errores, sin culpa y sin castigo; (6) poniendo en práctica todo lo aprendido; (7) en ocasiones, puede ser necesario aprender nuevas habilidades conductuales, como por ejemplo habilidades sociales; (8) la habituación se conseguirá poco a poco, a base de repetir; (9) incluso antes de conseguir la habituación deseada, se irá reduciendo poco a poco la ansiedad, y se irán aprendiendo otros aspectos positivos de la exposición, como la ruptura de expectativas catastrofistas que prevalecía cuando se practicaba la evitación.

La exposición es una técnica muy eficaz para reducir los temores, sin embargo, puede incrementarlos si no se lleva a cabo adecuadamente, teniendo en cuenta todos estos requisitos. En contra de lo que algunos creen, la exposición por sí misma no siempre produce los efectos deseados de habituación o extinción de las respuestas emocionales condicionadas, que han sido incrementadas por el aprendizaje asociativo y la evitación.

Sin embargo, la exposición permite nuevos aprendizajes que pueden ayudar a conseguir manejar mejor las reacciones emocionales que se quieren reducir. Por ejemplo, la exposición puede permitir aprender a comprobar que no se cumplen las expectativas catastrofistas que sostenían la evitación, como el rechazo social por mostrar ansiedad. También puede ayudar a eliminar las conductas de seguridad, falsas conductas reductoras de ansiedad o creencias erróneas acerca de cómo funciona la ansiedad, como el llevar tranquilizantes en el bolso, aunque no se usen, o utilizar el vómito o laxantes para perder peso.

Los factores que favorecen el aprendizaje emocional positivo durante los ensayos de exposición podemos analizarlos en diferentes momentos.

Antes de la exposición es bueno: (1) tener expectativas positivas, pero razonables: es un proceso a medio y largo plazo; (2) realizar anticipaciones gratificantes, en lugar de ansiosas; (3) no centrar la atención permanentemente en la amenaza futura; (4) no confundir reacciones emocionales normales, aunque sean desagradables, pero forman parte de la vida, con trastornos mentales; (5) intentar reducir el temor a las sensaciones de ansiedad, pues sólo producen malestar, y es bueno tener una cierta tolerancia al malestar, en lugar de evitarlo a toda costa; (6) intentar igualmente reducir el temor a otras amenazas, como la propia conducta, o ciertas situaciones temidas, etc.; (7) no desarrollar conductas de evitación o de seguridad, reductoras de ansiedad, pero que no favorecen el aprendizaje adecuado.

Durante la exposición es bueno: (1) desarrollar tareas centradas en los aspectos esenciales de la situación: hablar con otros, hacer examen, etc.; (2) si es posible, no estar ensimismados, no favorecer pensamientos centrados en la amenaza, no rumiar, sino participar activamente en la acción que estemos desarrollando.

Después de haber realizado un ensayo de exposición es bueno: (1) hacer un análisis objetivo de la actividad realizada; (2) premiarse por los logros alcanzados, aunque sólo impliquen haberse expuesto, aunque se piense que se actuó mal; (3) corregir los posibles errores, para mejorar en el futuro; (4) minimizar las amenazas futuras, en lugar de darles más importancia; (5)

tener alguna sensación de control, aunque no todo haya sido un éxito; (6) fijarse más en lo positivo que supone esta exposición, que en lo que falta por conseguir.

Prevención de recaídas

Las recaídas son episodios temporales que el paciente tiende a interpretar como un gran fracaso del tratamiento, cuando en realidad suponen una oportunidad para aprender mejor y conseguir una mayor generalización y mantenimiento de los logros.

¿Cómo interpretar la recaída?: (1) la recaída no debe entenderse como un fracaso; (2) sino como un reto; (3) lo que se había aprendido sí sirve, pero no es suficiente; (4) ahora hay que aprender más; (5) con las mismas técnicas y herramientas que ya se conocen; (6) un sobreaprendizaje ayudará a la prevención de recaídas.

¿Qué se debe hacer en caso de recaída?: (1) poner en práctica las habilidades de análisis del problema desde la perspectiva cognitivo-emocional; (2) volver a utilizar las herramientas y ejercicios prácticos que nos han ayudado hasta ahora a mejorar; (3) continuar practicando, hasta superarlo; (4) si esto no es suficiente, volver a recibir alguna consulta psicológica adicional; (5) no volver a los ansiolíticos (se deben retirar por completo, pues son un factor de recaída).

En el caso de los niños el componente más importante del enfoque transdiagnóstico está en la educación y en la prevención. Si partiéramos de un contexto en el que los menores tanto en la educación familiar como en la escolar fueran educados en una gestión adecuada de las emociones se reducirían enormemente los casos desadaptativos. Asimismo, algunos aspectos sociales como la competitividad, los valores asociados al éxito, a la felicidad, a las relaciones interpersonales sanas, etc., mejorarían en mayor medida la presión emocional que en ocasiones viven los menores en un contexto social donde cada vez es más difícil adaptarse.

El protocolo transdiagnóstico PsicAP

El protocolo de tratamiento del ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria) ha sido descrito en dos artículos en español (Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch et al., 2018).

El objetivo del proyecto de Psicología en Atención Primaria (PsicAP) es demostrar la eficacia de una terapia de cognitivo-conductual grupal transdiagnóstica para tratar los trastornos emocionales más frecuentes en Atención Primaria. Esta terapia, de sólo 7 sesiones, es especialmente apropiada para el contexto de Atención Primaria. En estos trabajos se presentan los fundamentos y el manual de tratamiento, sesión a sesión, con extractos que ilustran contenidos clave de las sesiones. Finalmente, se discuten las implicaciones de un protocolo de estas características en un momento en el que el psicólogo clínico y el residente de Psicología Clínica empiezan a estar presentes en las consultas de Atención Primaria en España.

El cronograma de las 7 sesiones puede verse en la Tabla 1.

Los resultados obtenidos con el protocolo PsicAP sobre más de 700 pacientes derivados por su médico de Atención Primaria a este ensayo, que fueron asignados de forma aleatoria al grupo experimental o grupo control, indican que este tratamiento psicológico transdiagnóstico de siete

Tabla 1. Propuesta de cronograma de las actividades

Contenidos terapéuticos	Sesiones						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Psicoeducación	■	■					
2. Relajación							
3. Reestructuración cognitiva			■	■	■	■	■
4. Técnicas conductuales				■	■	■	■
5. Prevención de recaídas						■	■

sesiones consiguió tasas de recuperación entorno al 70% tanto para el trastorno de ansiedad generalizada como para la depresión, mientras que en el grupo control los pacientes que continuaron con el tratamiento habitual de Atención Primaria, esencialmente farmacológico, esas tasas rondaron el 20%. Aunque el ensayo actual ha sido realizado en población de adultos y podría aplicarse con un formato similar en jóvenes, en la actualidad se está trabajando en su adaptación a niños.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por el Proyecto PsicAP, financiado en la convocatoria de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada del Ministerio de Economía y Competitividad (ref. PSI2012-36589), dirigido por el Dr. Antonio Cano Vindel. Y, por otra parte, el Proyecto PsiBrief también financiado por la convocatoria RETOS (Ref. PSI2014-56368-R), que dirige el Dr. Juan Antonio Moriana. Además, ha sido apoyado por la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Cordero-Andrés, P.; González-Blanch, C.; Umaran-Alfageme, O.; Muñoz-Navarro, R.; Ruiz-Rodríguez, P.; Medrano, L. A., y Cano-Vindel, A.** (2017). “Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP”, *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98.
- Gálvez-Lara, M.; Corpas, J.; Moreno, E.; Venceslá, J. F.; Sánchez, A., y Moriana, J. A.** (2018). “Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations”, *Clinical Child and family Psychology Review*, 21, 366-387.
- González-Blanch, C.; Umaran-Alfageme, O.; Cordero-Andrés, P.; Muñoz-Navarro, R.; Ruiz-Rodríguez, P.; Medrano, L. A., y Cano-Vindel, A.** (2018). “Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP”, *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11.

Revisión de protocolos de evaluación e intervención en educación emocional en adolescentes en contextos educativos a nivel grupal

Las competencias socioemocionales han demostrado ser claves en el desarrollo sano de la población infanto-juvenil, siendo consideradas factores de protección o salutogénicos frente al desarrollo de desórdenes psicológicos en la edad adulta. De otro lado, la investigación desde los distintos modelos surgidos en torno al concepto de *inteligencia emocional* ha demostrado que las competencias emocionales son predictoras del éxito académico y social en las personas. Ello ha derivado en la creación de programas a desarrollar en los centros educativos, puesto que constituyen el contexto en el que transcurre gran parte de la vida de los menores, están presentes las variables pertinentes para desarrollarlos y existe una obligación institucional por cuanto la normativa estatal y europea insiste en la necesidad de formar de manera integral al alumnado como ciudadanos competentes en todas las áreas de desarrollo.

Se revisan y analizan diferentes programas publicados en España y desarrollados con población adolescente. Además, se muestra un protocolo elaborado por los autores que ha demostrado ser exitoso en el desarrollo de competencias emocionales en población de 12 a 16 años. Este protocolo combina diferentes estrategias terapéuticas como son el uso de metáforas y ejercicios de terapias contextuales y técnicas de *Mindfulness*.

Palabras clave: competencias emocionales; instrumentos de evaluación; Mindfulness; programas de educación emocional; intervención grupal; adolescentes.

1. Introducción ¿Qué entendemos por educación emocional?

A lo largo de este apartado se presentan los principales modelos teóricos relacionados con la educación emocional y la relación que guardan entre ellos. Asimismo, se introduce el concepto de regulación emocional, como un componente común entre estos modelos y que será clave para la adaptación de la persona en diferentes contextos vitales. Finalmente, presentamos el concepto de flexibilidad psicológica, que propone un cambio de perspectiva en el desarrollo de competencias emocionales.

Entendemos la **educación emocional** como un *“proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social”* (Bisquerra, 2009, p. 158).

A su vez estas **competencias emocionales** se *definen* como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de manera efectiva los fenómenos emocionales (Bisquerra, 2009);

esto es, la probabilidad de que se den conductas en las que el individuo funcione de manera emocionalmente adaptativa o funcional.

A su vez, las competencias emocionales se han *dividido en múltiples dimensiones (en un modelo pentagonal de competencias emocionales)*, pero Bisquerra y Pérez, (2007) las agrupa en cinco bloques (Tabla 1).

No obstante, Bisquerra (2009) señala que estas competencias emocionales se basan en el **constructo de la inteligencia emocional (IE)**, pero con un marco teórico más amplio. Sin embargo, el concepto de competencias emocionales estaría más relacionado en un contexto educativo con un carácter aplicado e integrador, mientras que la IE estaría más relacionada con conceptos psicológicos basados en la ciencia. De hecho, la mayoría de las investigaciones realizadas sobre la implicación de las emociones en el comportamiento y en la psicopatología han surgido a partir del constructo de *inteligencia emocional*.

Siendo así, la conceptualización de la IE es de gran importancia a la hora de tomar decisiones en torno a qué y cómo evaluar y en el momento de la intervención qué programas de educación (por ejemplo, evaluar e intervenir inteligencia *versus* competencias emocionales).

Una revisión exhaustiva de los *modelos teóricos*, Fernández-Berrocal *et al.* (2010), señalan que en la actualidad la literatura distingue entre modelos focalizados en las habilidades mentales que permiten a las personas utilizar la información que las emociones proporcionan para mejorar el procesamiento cognitivo (modelo de Mayer y Salovey) y aquellos que defienden la combinación de habilidades mentales con rasgos de personalidad (modelo de Bar-On).

Según Salovey y Mayer (1990) la IE hace referencia a los procesos implicados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de los demás para resolver problemas y regular el comportamiento. Así consideran la IE como aquella habilidad para controlar las emociones propias y de los demás, así como para discriminarlas y usar esta información como guía de la conducta y de los eventos privados. Mayer, Salovey y Caruso, (2000) construyen un modelo de cuatro ramas (Tabla 1).

De otro lado, la perspectiva de (Bar-On, 2000), más cercano al concepto de competencias emocionales aunque con diferencias, supone que la IE se conforma por un conjunto de destrezas y competencias cognitivas y conductuales de carácter emocional con influencia en nuestra comprensión emocional, relaciones interpersonales y resolución de conflictos cotidianos. Para este autor, las competencias emocionales fluctúan entre las básicas (auto-consideración, autoconsciencia emocional, asertividad, empatía) y las competencias emocionales facilitadoras (optimismo, autorrealización, alegría, independencia emocional, responsabilidad social). A su vez, Bar-On (2000) combina todas estas competencias en cinco componentes (Tabla 1).

Para Goleman y su equipo (Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000) la competencia emocional es la capacidad de aprendizaje de la IE que tiene como resultado comportamientos efectivos. La IE, a su vez, es la competencia de una persona para constituir auto-conciencia, auto-regulación, conciencia social y habilidades sociales apropiadas y efectivas en una situación. Asimismo, en su modelo de IE con veinticinco competencias emocionales (Tabla 1).

Tabla 1. **Resumen de competencias emocionales y modelos de regulación emocional**

Educación emocional		
<i>Tiene como objetivo el desarrollo de...</i>		
Competencias emocionales		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conciencia emocional: como la capacidad de tomar conciencia sobre las emociones, nombrar estas emociones (propias) y comprender las ajenas. 1. Regulación emocional: manejar apropiadamente las emociones siendo consciente de las relaciones entre emoción y comportamiento, con estrategias de afrontamiento adaptativas y de generar emociones positivas. 2. Autonomía emocional: la capacidad de las personas para afrontar sus emociones, su relación con la autoestima, el análisis crítico de las normas sociales y la autoeficacia personal. 3. Competencia social: el mantenimiento de buenas relaciones sociales, que supone tener habilidades sociales, actitudes pro-sociales, asertividad, etc. 4. Competencias para la vida y el bienestar: capacidad para funcionar adaptativamente ante los desafíos de la vida cotidiana, de manera que la persona es capaz de organizar y facilitar experiencias positivas. 		
<i>Estas competencias se basan en modelos de</i> Inteligencia emocional <i>entre otros*:</i>		
Modelo de Habilidad	Modelo Rasgo-Mixto	
Mayer, Salovey y Caruso (2000)	Bar-On (2000)	Boyatzis, Goleman, y Rhee (2000)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción emocional: es la habilidad para identificar las emociones en caras o imágenes. 2. Facilitación de pensamientos con emoción: la capacidad para aprovechar la información emocional y mejorar los pensamientos. 3. Comprensión de las emociones: las destrezas para identificar y comprender la información emocional y las relaciones entre emociones e información lingüística. 4. Regulación emocional: en las relaciones sociales y crecimiento personal e interpersonal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Componente intrapersonal: autoconciencia, asertividad, autoestima, autorrealización, independencia. 2. Componente interpersonal: empatía, relaciones, responsabilidad social. 3. Componente de manejo de estrés: tolerancia, control de impulsividad. 4. Componente de estado de ánimo: felicidad, optimismo. 5. Componente de adaptabilidad: solución de problemas, realidad, flexibilidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto-conciencia, que incluye conciencia emocional, auto-evaluación y auto-confianza. 2. Auto-regulación, que incluye auto-control, adaptabilidad, innovación, confiabilidad y escrupulosidad. 3. Motivación, que comprende compromiso, orientación al logro, iniciativa y optimismo. 4. Empatía, en la que están comprensión y servicio a los demás, conciencia política, desarrollo hacia los demás y aceptación de la diversidad. 5. Habilidades sociales como: comunicación, manejo del conflicto, liderazgo, etc.
Encontramos que la REGULACIÓN EMOCIONAL es un componente común entre estos modelos teóricos.		

Nota: * modelos de inteligencia emocional revisados en este artículo.

A pesar de las diferencias encontradas entre los diferentes modelos teóricos revisados, existe un punto común en todos ellos: la **regulación emocional (RE)**. Los autores de este trabajo entienden que la finalidad del entrenamiento en competencias emocionales o IE, es promover un repertorio adaptativo y funcional para la vida de las personas, es por esto, que la RE adquiere especial importancia. Gross (2014) define la RE como los intentos y las maneras de influir en nuestras emociones y de expresarlas. En este sentido, desde el modelo de regulación emocional de Gross (2008) las estrategias dependerán del momento en el que se tenga que influir o modificar la emoción; así, se pueden poner en juego estrategias de regulación basadas en la selección o cambio situacional antes de que se produzca la emoción, o bien cambio o re-dirección atencional o cognitiva, o bien la reevaluación o supresión.

No obstante, algunas estrategias de RE resultan ser más adaptativas que otras. Concretamente, estrategias de rumiación, evitación o supresión de las emociones, se relacionan en mayor medida con el desarrollo y mantenimiento

de diversos diagnósticos o síntomas de psicopatología, por ejemplo, ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, etc. (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Además, estrategias que tienen como objetivo el control o la supresión (evitación) de las emociones pueden tener consecuencias disfuncionales o contraproducentes a largo plazo, esto es, ciertas áreas vitales pueden verse afectadas por los intentos de controlar, debilitar o modificar las emociones. Aunque a corto plazo puedan parecer efectivas.

Es por esto, que la *perspectiva contextual* supone un cambio de foco en la intervención en regulación emocional (así como en el resto de intervenciones a la que se dirija); concretamente, el objetivo que persiguen las intervenciones clínicas desde este modelo teórico es potenciar un repertorio de interacción con las emociones, los pensamientos y las sensaciones basado en la aceptación, la toma de consciencia y de perspectiva, que facilite o permita que la persona actúe como en dirección a sus áreas vitales importantes, esto es, teniendo presente sus valores, esto recibe el nombre de **flexibilidad psicológica (FP)**. Por contra, esta perspectiva contextual, entiende la inflexibilidad psicológica como un patrón de evitación experiencial; de manera que la persona intenta controlar, cambiar o alterar ciertas emociones, pensamientos o sensaciones (Hayes *et al.*, 1996). A su vez, la inflexibilidad psicológica ha sido relacionada con trastornos afectivos, de ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, consumo de sustancias, etc. (Kashdan y Rottenberg, 2010).

Hemos de señalar que la FP o las terapias contextuales no tienen como objetivo, ni están directamente orientadas, al entrenamiento en habilidades de regulación emocional. No obstante, existe cierta relación entre FP y RE, al final de este artículo se presenta un protocolo para potenciar estos aspectos en la adolescencia.

2. Importancia de las competencias emocionales en las políticas educativas y sanitarias

La educación emocional debe, entre otras cosas, facilitar la integración del individuo en la sociedad. Esto, a su vez, requiere un ajuste constante y, por tanto, flexibilidad psicológica para hacer frente a las demandas que surgen cotidianamente. Las competencias emocionales son una herramienta útil para facilitar tal ajuste (Guil y Gil-Olarte, 2007) y optimizar el desarrollo humano; siendo la educación emocional una prevención primaria inespecífica, que permite disminuir ciertas disfunciones (Bisquerra, 2003).

El estudio de la IE se ha llevado a cabo en diversos ámbitos como son la escuela y el rendimiento académico, la salud, las relaciones de pareja y el contexto laboral (Augusto Landa, 2009); encontrándose una relación positiva entre elevados niveles de IE y una adecuada adaptación a esos contextos. Así, existe evidencia empírica que confirma una relación positiva entre la presencia elevada de competencias emocionales y una mejor calidad de las relaciones sociales. Diversos autores (Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012) han estudiado la influencia de la IE como factor de protección de la salud mental, el consumo de drogas y el rendimiento académico. Además, existen estudios que han evidenciado la relación entre algunas habilidades emocionales y la adaptación y convivencia escolar. En concreto, parece que un nivel óptimo, o no, de IE es un factor de protección o de riesgo, respectivamente, en problemáticas como: patrones negativistas/desafiantes, falta de habilidades sociales y de empatía, impulsividad, e incluso

patrones de agresividad –tal como el *bullying*– (Mikolajczak, Petrides y Hurry, 2009; Lomas *et al.*, 2012). En suma, un nivel óptimo de IE podría ser predictor del éxito académico y, por el contrario, un déficit en esta capacidad podría generar tanto problemas de conducta como de aprendizaje.

Tales evidencias empíricas de la IE como factor de protección en caso de ser elevada, o de riesgo cuando es deficitaria, justifican la relevancia de seguir fomentando investigaciones que permitan la identificación de las variables que promuevan la implementación, desarrollo y generalización de las competencias emocionales, en los momentos evolutivos idóneos para asegurar un ajuste adecuado en los menores y en poblaciones de riesgo detectadas *a priori*.

De otro lado, las primeras publicaciones de Salovey y Mayer en los años 90 supusieron el inicio de un cambio de enfoque en el desarrollo de las personas, desviando la atención de las habilidades o competencias consideradas más importantes para el éxito –aquellas que definían el CI convencional–, hacia aquellas que formaban parte de la inteligencia emocional. Diversos sectores en el mundo empresarial enseguida asumieron esta propuesta y comenzaron a incluir formación entre sus empleados, entendiéndolo beneficioso para la empresa y las personas que en ellas trabajan.

A su vez, el inicio ideal del desarrollo de las competencias emocionales es en edades tempranas y la adolescencia, donde se producen hitos concretos como la definición de valores y el asentamiento de las bases de la personalidad. De otro lado, no debemos perder de vista que el mencionado éxito no puede estar circunscrito a la persona de una forma individualista, sino que debe ir necesariamente vinculado a las relaciones interpersonales y al bienestar del grupo o colectividad en el que estas interacciones se producen. Por esta razón, se considera especialmente idóneo el contexto educativo para el fomento y desarrollo de las competencias emocionales. De hecho, diversos países han reconocido la importancia de incluir en el currículum oficial el desarrollo de competencias emocionales. Así, Estados Unidos con programas que denominan SEL (Social and Emotional Learning) o en el Reino Unido SEAL (Social and Emotional Aspects of Learning) han implementado la Educación Emocional de manera obligatoria en el currículum en múltiples centros (incluso en Reino Unido en toda la totalidad de centros).

No es objetivo de este artículo hacer una revisión de la normativa o implantación institucional de programas en España. Para ello, remitimos a las publicaciones del GROUP liderado por Bisquerra; aunque sí destacaremos algunas iniciativas como:

En la Comunidad de Canarias, en el desarrollo de la LOMCE (Ley Orgánica 8/2013), se crea a partir del curso 2014/2015 la asignatura de “Educación Emocional y para la Creatividad” (EMOCREA; Lemes Rojas, García García y García Sánchez, 2014); siendo una asignatura de libre configuración autonómica, y siendo la primera comunidad que cuenta con esta asignatura en las aulas.

En la comunidad andaluza, se recomienda el desarrollo de estas “*estrategias orientadas a las fortalezas, capacidades y procesos de aprendizaje y crecimiento personal*” en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía y el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones de la Consejería de Asuntos Sociales (2002), siendo acordes con el modelo de Activos en Salud adoptado por

el IV Plan Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Políticas Sociales (2002). Asimismo, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre de Educación de Andalucía en su Artículo 39 relativo a la Educación en Valores, establece en su apartado cuarto que “*El currículo contemplará la presencia de contenidos y actividades que promuevan la práctica real y efectiva de la igualdad, la adquisición de hábitos de vida saludable y deportiva y la capacitación para decidir entre las opciones que favorezcan un adecuado bienestar, mental y social para sí y para los demás*”. Así, la educación emocional forma parte de las líneas de intervención del programa de promoción para la salud en el aula “Creciendo en Salud” de la Consejería de Educación (2018) como aspecto básico y determinante, por ello, se ha incluido con carácter transversal y obligatorio.

La Consejería de Educación de Andalucía (2018) inicia una propuesta novedosa con la oferta de PROEDUCAR, programas para la prevención del abandono y el fracaso escolar. Estos programas incluyen un subprograma de competencias emocionales: *Emociónate*; y son de solicitud e implementación voluntaria por los centros escolares.

En suma, las revisiones científicas parecen demostrar que el desarrollo de estos programas en contextos escolares es eficaz y necesario. De hecho, existen los espacios y los tiempos (tutoría lectiva, materias de libre configuración autonómica, actividades complementarias y extraescolares...); sin embargo, queda pendiente que las autoridades competentes en la toma de decisiones le otorguen la importancia que tiene y establezcan la obligatoriedad de su desarrollo; incluyendo en ello el reconocimiento y la formación del colectivo docente.

3. Evaluación de las competencias emocionales en la adolescencia.

Tradicionalmente las competencias emocionales se han evaluado a través de diferentes instrumentos que incluían algunas subescalas relacionadas con sintomatología emocional, empatía, habilidades sociales, autoconcepto, etc.

No obstante, a partir de la aparición del concepto y los modelos explicativos de inteligencia emocional comenzaron a construirse instrumentos específicos para la evaluación de la misma, como habilidad o conjunto de competencias emocionales. Además, encontraremos diferentes sistemas de evaluación en versión castellano, en una clasificación de instrumentos de IE realizada por Extremera *et al.* (2004), que diferencia entre autoinformes y pruebas de habilidad o ejecución.

Desde el modelo de Inteligencia Emocional como habilidad, con Salovey y Mayer (1990) como autores representativos, el principal instrumento autoinformado es el **Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48)**; Salovey *et al.*, 1995) que tiene como objetivo evaluar la percepción de la persona sobre sus habilidades en IE. Concretamente, evalúa: (a) el grado que la persona presta atención a sus emociones, esto es, *atención emocional*; (b) la comprensión y percepción de las emociones, esto es, *claridad emocional*; y (c) las habilidades para regular o modificar los estados emocionales negativos a estados positivos, llamado *reparación emocional*. Este instrumento se encuentra validado en población española (Fernández-Berrocal *et al.*, 1998), incluso en una revisión reducida (TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) que cuenta con mejores propiedades psicométricas que la

versión extensa. Además, el **TMMS-24** cuenta con validación del instrumento en población adolescente (Salguero *et al.*, 2010).

Por otro lado, siguiendo el modelo de habilidad, el **Schutte Self-Report Inventory (SSRI)**; (Schutte *et al.*, 1998) incluye aspectos intrapersonales e interpersonales en las habilidades de IE. Aunque existe disparidad en la estructura factorial del instrumento, su versión castellana (Chico, 1999) distribuye la puntuación global en cuatro subescalas: (a) percepción de las propias emociones y de las de los demás; (b) manejo emocional de uno mismo, que podría relacionarse con el autocontrol; (c) manejo de las emociones de los demás, que comprende habilidades para empatizar, percibir y ayudar a regular las emociones de los demás; y (d) utilización de las emociones como facilitador para la motivación personal.

Finalmente, dentro del modelo de habilidad encontramos el **Mayer-Salovey-Caruso Emotonal Intelligence Test (MSCEIT)**; (Mayer, Salovey y Caruso, 2002) como un instrumento de evaluación de la IE a través de pruebas de ejecución. Se emplea una serie de tareas y ejercicios relacionados con el modelo de habilidades de IE, pero en lugar de obtener medidas auto-informadas y basadas en la percepción de la persona, se obtiene de manera más objetiva a partir de las aptitudes y capacidades que presente. El MSCEIT se organiza en el área experiencial, relacionada con la percepción de las emociones y las habilidades de generar o usar las mismas como facilitador de otros procesos cognitivos (percepción y facilitación emocional). Así como el área estratégica, más relacionada con la habilidad de comprender cómo las emociones afectan al comportamiento y de regular y manejar las emociones (compresión y regulación de las emociones). Esta medida es aplicable a adolescentes españoles a partir de 16 años (Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006).

Desde el modelo mixto o de rasgos de Inteligencia Emocional, uno de los instrumentos que goza de mayor aceptación es el **Emotional Quotient Inventory (EQ-i)**; (Bar-On, 1997), que permite no sólo una evaluación de la IE, sino también del perfil de competencias socioemocionales y afectivas de las personas. Concretamente el EQ-i nos ofrece una evaluación de la IE total como las destrezas para gestionar sus problemas emocionales desde una vertiente intrapersonal, esto es, desde el autoconocimiento y expresión emocional y desde una vertiente interpersonal, es decir, de relaciones sociales. Además de adaptabilidad para la gestión de los cambios y de manejo del estrés. Asimismo, el instrumento ofrece puntuaciones del estado de ánimo general, como un facilitador de otros componentes de la IE. Por otro lado, incluye indicadores de impresión positiva e inconsistencia para evaluar la posibilidad de una excesiva percepción positiva de la persona y de respuestas inconsistentes. Este instrumento cuenta con validación para población española en la versión original (Castejón, Cantero and Pérez, 2208) y en una versión corta (López-Zafra, Pulido y Berrios, 2014), además cuenta con validación para población infanto-juvenil entre 7 y 18 años (Bermejo *et al.*, 2018).

Además de los instrumentos específicos de IE descritos, existen otros instrumentos para la evaluación de la IE que también cuentan con validación española como el **Emotional Competence Inventory (ECI)**; (Guillén Ramo, Saris y Boyatzis, 2009), el **Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEI-Que)**; (Perez, 2003) o el **Emotional Intelligence Inventory (EI)**; (Repetto, Pena y Lozano, 2006).

No obstante, aunque la IE ha abarcado gran parte de la evaluación y las intervenciones educativas y clínicas desde su aparición, existe otra serie de instrumentos que nos pueden proporcionar información de competencias emocionales específicas, como la regulación emocional o de habilidades estrechamente relacionadas con el manejo de las emociones.

Si bien es cierto que alguno de los instrumentos empleados para la evaluación de IE ofrecen puntuaciones relacionadas con el constructo de regulación emocional (RE), podemos encontrar escalas de evaluación más específicas. De este modo, siguiendo el modelo de Gross (2008), encontramos un **Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)**. Cabello *et al.*, 2013) que evalúa las habilidades de regulación emocional desde dos estrategias: (a) reevaluación cognitiva, es decir, los intentos del cambio cognitivo antes de que ocurra la emoción para modificar el impacto; y (b) supresión emocional, que implica la inhibición de la expresión de las emociones. Este instrumento cuenta con una versión española validada para adolescentes (Gómez-Ortiz *et al.*, 2016) y una versión para niños a partir de 10 años (Martín-Albo *et al.*, 2018).

Siguiendo el modelo de Gross (2008), pero acercándose a una perspectiva contextual, encontramos el **Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ)**; Domínguez-Sánchez *et al.*, 2013), que ofrece una evaluación de estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas entre las que se incluyen: autodefensa, rumiación, aceptación, reenfoque positivo, reenfoque en la planificación, reevaluación positiva, poner en perspectiva, catastrofismo y culpar a otros; y que cuenta con validación a partir de los 16 años.

De otro lado, desde una perspectiva más contextual, encontramos una serie de instrumentos que focalizan la evaluación en estrategias como son la aceptación o la tolerancia al malestar (Aldao, Nolen-Hoeksema and Schweizer, 2010). En ese sentido la **Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)**; Hervás y Jódar, 2008), ofrece una puntuación de las dificultades de estrategias de regulación emocional adaptativas como: la observación consciente de las emociones, la aceptación emocional, el control de impulsos para orientar el comportamiento a metas, la comprensión de las emociones, el promover acciones dirigidas a conseguir objetivos o metas, y el tener estrategias efectivas para regular las emociones. Existe una versión para adolescentes de este instrumento aplicable a partir de 12 años (Gómez-Simón, Penelo and de la Osa, 2014).

Estrechamente ligado a un modelo contextual de intervención, el **Cuestionario de Evitación y Fusión para Adolescentes (AFQ-Y)**; Greco, Lambert y Baer, 2008) y la **Escala de Aceptación y Acción para Adolescentes (WAM-C/A)**; Larson, 2008) nos aportan puntuaciones directas relacionadas con la flexibilidad psicológica. Concretamente, el **AFQ-Y** evalúa la inflexibilidad psicológica como la tendencia a quedarse "atrapado" y/o seguir de manera literal las emociones o los pensamientos, esto es, *fusión cognitiva*; y también evalúa la *evitación experiencial*, que se traduce en los intentos por escapar o deshacerse de las emociones, pensamientos o sensaciones que producen malestar. Este instrumento cuenta con validación española para adolescentes a partir de Valdivia-Salas, Martín-Albo, Zaldivar, Lombas, y Jiménez (2017). La otra cara de la moneda la ofrece el **WAM-C/A**, que evalúa la disposición a aceptar y estar en contacto con las experiencias y emociones que producen malestar y la tendencia a actuar en dirección a

valores o metas vitales importantes. Este instrumento ha sido validado para población adolescente a partir de 12 años (Cobos *et al.*, 2017).

Estos dos instrumentos evalúan algunas habilidades relacionadas de la flexibilidad psicológica (aceptación-evitación, fusión cognitiva, acción), sin embargo, otras habilidades como la conciencia emocional (*mindfulness* o atención plena) nos puede servir como un predictor o señal que antecede a la regulación de las emociones. El **Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ;** Lahaye *et al.*, 2011) diferencia y ofrece el conocimiento de seis procesos de conciencia emocional: (a) diferenciar las emociones que sentimos, (b) tener habilidades para comunicar estas emociones, (c) expresándolas de manera abierta, (d) sin esconderlas, (e) siendo además consciente de las sensaciones corporales y (f) de las emociones de los demás; y, finalmente, (g) tener capacidad de analizar esas emociones. Este instrumento cuenta con una validación española para adolescentes a partir de 14 años (Samper-García *et al.*, 2016) y para niños entre 8 y 12 años (Ordóñez *et al.*, 2016).

Por último, existen otros instrumentos relacionados con la regulación emocional como: la capacidad de vivir las experiencias negativas o positivas (**PANAS;** Sandín, 2003), la tolerancia a la frustración (**ETF;** Ventura-León *et al.*, 2018) son escasos los instrumentos disponibles para evaluar la frustración en niños peruanos. El propósito del presente artículo fue adaptar y validar la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF, la impulsividad) (**BIS-11-A;** Martínez-Loredo *et al.*, 2015), o la evaluación de las fortalezas psicológicas (**VIA-Y;** Giménez Hernández, 2010).

La mayoría de instrumentos y protocolos de evaluación de Inteligencia Emocional y de Regulación Emocional antes descritos se encuentran accesibles a través de los enlaces web o del código DOI de la referencia en sí de los mismos; así como a continuación se recoge el enlace de accesibilidad a los más relevantes y de acceso libre en la siguiente tabla.

Tabla 2. Relación de instrumentos y recursos de evaluación

Instrumento	Referencia del artículo de validación de propiedades psicométricas	Disponible en los siguientes enlaces
Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)	Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. <i>Psychological reports</i> , 94(3), 751-755.	LINK CORRECCIÓN ONLINE INFORMATIZADA
Schutte Self-Report Inventory (SSRI)	García-Coll, V., Graupera-Sanz, J. L., Ruiz-Pérez, L. M., & Palomo-Nieto, M. (2013). Inteligencia emocional en el deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. <i>Cuadernos de psicología del deporte</i> , 13(1), 25-36.	SSRI EN ARTÍCULO DE VALIDACIÓN (LINK)
Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)	Extremera, N.-Fernández-Berrocal,P.(2002): Adaptación al castellano del Mayer- Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): User's Manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.	DISPONIBLE COMERCIALIZACIÓN EN TEA EDICIONES
Emotional Quotient Inventory (EQ-i)	Bermejo, R., Ferrándiz, C., Ferrando, M., Prieto, M.D., y Sainz, M. (2018) BaOn EQ-i:YV. Inventario de inteligencia emocional de BarOn varion para jóvenes. Madrid: TEA.	DISPONIBLE COMERCIALIZACIÓN EN TEA EDICIONES
Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)	Martín-Albo, J., Valdivia-Salas, S., Lombas, A. S., & Jiménez, T. I. (2018). Spanish Validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): Introducing the ERQ-SpA. <i>Journal of Research on Adolescence</i> . Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., & Baños, R. M. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española.	VERSIÓN PARA ADOLESCENTES EN ARTÍCULO DE VALIDACIÓN VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL ARTÍCULO DE VALIDACIÓN CORRECCIÓN INFORMATIZADA ONLINE

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)	Gómez-Simón, I., Penelo, E., & De La Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. <i>Psicothema</i> , 26(2), 401-408.	VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL ARTÍCULO DE VALIDACIÓN
Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ)	Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. <i>Assessment</i> , 20(2), 253-261.	NO DISPONIBLE
Cuestionario de Evitación y Fusión para Adolescentes (AFQ-Y)	Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldivar, P., Lombas, A. S., & Jiménez, T. I. (2017). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). <i>Assessment</i> , 24(7), 919-931.	DIPONIBLE EN EL ANEXO DEL ESTUDIO DE VALIDACIÓN
Escala de Aceptación y Acción para Adolescentes (WAM-C/A)	Cobos, L. Flujás, J. M., Martínez, R., Gómez, I. (2017) Validación piloto del inventario de aceptación y acción para niños y adolescentes (WAM-C/A). En José P. Espada y María T. González (Comp.) Book of Abstracts of III International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents (pp. 182). Madrid: Editorial Pirámide.	DISPONIBLE; PETICIÓN A AUTORES DE LA VALIDACIÓN EN CASTELLANO EN IGOMEZ@UAL.ES
Cuestionario de Conciencia Emocional (EAQ)	Samper-García, P., Mesurado, B., Richaud, M. C., & Llorca, A. (2016). Validación del Cuestionario de Conciencia Emocional en Adolescentes Españoles. <i>Interdisciplinaria</i> , 33(1), 163-176 Ordóñez, A., Prado-Gascó, V. J., Villanueva, L., & González, R. (2016). Propiedades psicométricas del Cuestionario de conciencia emocional en población infantil española. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i> , 48(3), 183-190.	DISPONIBLE VERSIÓN PARA ADOLESCENTES EN EL ANEXO DEL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DISPONIBLE VERSIÓN PARA NIÑOS EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN
Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS)	Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). <i>Revista de psicopatología y psicología clínica</i> , 8(2), 173-182.	DISPONIBLE EN ANEXO DEL ESTUDIO DE VALIDACIÓN
Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF)	León, J. L. V., Rodríguez, T. C., Tenazoa, D. V., & Pino, G. F. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos. <i>Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes</i> , 5(2), 23-29.	DISPONIBLE EN ESTUDIO DE VALIDACIÓN
Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)	Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 15(3), 274-282.	DISPONIBLE EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN
Inventario de Fortalezas Psicológicas (VIA-Y)	Giménez, M. (2010). La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.	DISPONIBLE LA TESIS DOCTORAL

4. Programas de educación emocional en contextos educativos

Como se ha indicado anteriormente, la IE está siendo objeto de intervención psico-educativa con carácter preventivo tanto a través de programas diseñados al efecto en centros escolares como protocolos estándar que están recomendados en los currícula académicos e incluidos como objetivo específico en los planes de orientación y acción tutorial como estrategia de mejora de la convivencia escolar. En este sentido, se desarrollan programas de habilidades sociales y de empatía; estrategias como la mediación escolar, la ayuda entre iguales y la tutoría compartida.

A su vez, a consecuencia del *zeitgeist* provocado por el constructo de IE, se han creado multitud de programas de educación emocional con carácter preventivo y de ayuda a la labor tutorial de los proyectos educativos de los centros escolares. En la tabla 3 se resumen los principales programas desarrollados a nivel nacional en el ámbito educativo.

Tabla 3. Programas en educación emocional (orden cronológico de publicación)

Autores	Nombre del programa
Díaz Aguado (1996)	Programa para promover la tolerancia a la diversidad en ambientes étnicamente heterogéneos. (Comunidad autónoma de Madrid).
Trianes y Fernández-Figueras (2001)	Aprender a ser persona y a convivir (Universidad Málaga).
Blasco, Bueno, Navarro y Torregrosa (2002)	Educación emocional. Propuestas para la tutoría. Educación Secundaria. (Comunidad Valenciana). www.ceice.gva.es/es/web/ordenacion-academica/tutoria .
Comas, Arnedillo, Moreno (2002)	Ulises. Programa de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional. (Asociación deporte y vida. Madrid).
Segura Morales y Pérez Díaz (2002)	Ser persona y relacionarse (Universidad de La Laguna).
Gallego Gil y Gallego Alarcón (2004)	PRIE (UNED).
Vallés Arándiga (2007)	PIECE (Universidad de Alicante).
Grupo Aprendizaje Emocional (2007)	Programas de Educación Emocional. 1er y 2º ciclo de ESO. Conselleria de Educació. Generalitat Valenciana. http://cefirelda.infovillenet .
Gararigordobil (2000)	Programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en Derechos Humanos (Universidad País Vasco).
Gararigordobil (2005)	Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 6 a 8 años. Enlace PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=664284 .
Giménez-Dasi, M., Fernández, S.M., Daniel, M.F., y Arias, V.L. (2017)	Pensando las emociones con Atención Plena. Programa de Intervención para Educación Infantil. Enlace PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5234708 .
Giménez-Dasi, M., Quintanilla, C.L., y Arias, V.L. (2016)	Pensando las emociones con Atención Plena. Programa de Intervención para Educación Primaria. Enlace PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=4301589 .
Montoya, C.I., Postigo, Z.S., y González, B.R. (2016)	PREDEMA. Programa de Educación Emocional para Adolescentes. De la emoción al sentido. Editorial PIRAMIDE: 0000000 https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=4614472
Méndez, C.X., Llavona, L.M.U., Espada, O.J.P., y Orgiles, M. (2012)	Programa FORTIUS. La fortaleza psicológica y la prevención de las dificultades emocionales. Editorial PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=2958768 .
Bisquerra (2013)	Educación Emocional. Propuesta para educadores y familias (Universidad de Barcelona).
Arguís Rey (2010)	Aulas felices (Zaragoza).
Ruiz Aranda et al. (2013). Cabello, G.R., et al. (2016). <i>Laboratorio emociones. Universidad Málaga</i>	Programa INTEMO. Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes. Enlace PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=3277229 . Programa INTEMO+. Mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes. Enlace PIRAMIDE: https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=4301566 .

Además de los programas formales y estructurados, aunque no todos con una comprobada validez empírica, antes indicados actualmente existen cada vez más recursos en los medios digitales. De hecho, si se realiza de manera periódica una revisión de esta oferta se puede apreciar cómo crece exponencialmente; de manera que, aunque sería ingenuo afirmar que se pueden referenciar todos los recursos disponibles en este artículo y no asumir que en poco tiempo habría quedado desfasada esta revisión, a continuación se expone una selección de enlaces por la riqueza de materiales que proponen:

1. En el portal de hábitos de vida saludables de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, se pueden encontrar enlaces a la mayoría de los programas de *uso libre* del cuadro anterior, como *Ulises* y *Aulas Felices*; además de otras propuestas interesantes para profesorado y familias. Véase enlace: www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/creciendoensalud
2. La web Educación 3.0, uno de los líderes actuales en propuestas de innovación educativa, aporta variados recursos audiovisuales, entre otros, que pueden ser utilizados como ayuda al desarrollo de cualquier programa de mejora de las competencias socioemocionales. Actualmente cuenta con un fondo de ochenta cortometrajes para trabajar valores y emociones (<https://www.educaciontrespuntocero.com/>).
3. Educaixa es la plataforma educativa de Obra Social “la Caixa” y un portal de recursos educativos para todos los niveles escolares. Permite filtrar los recursos por nivel y temáticas, siendo especialmente relevantes para este artículo, los tópicos *educación emocional* y *sensibilización social*. Resultan especialmente atractivos los recursos interactivos *online* (<https://www.educaixa.com>).

4.1. Evidencia empírica de programas de educación emocional

La mayoría de investigaciones sobre educación emocional se basan en estudios correlacionales que relacionan la IE o las competencias emocionales con diferentes fenómenos psicológicos. Así, Guil y Gil-Olarte (2007) citan algunos estudios que muestran relaciones negativas entre competencias emocionales y diferentes fenómenos psicológicos (disfuncionales o no), entre ellos: consumo de alcohol y drogas (Trinidad y Johnson, 2002), conductas antisociales (Brackett, Mayer y Warner, 2004), y competencias socio-morales en caso de *bullying* (Sánchez Jiménez, Ortega y Menesini, 2012).

Otros de los aspectos explorados en la investigación han sido las relaciones entre percepción emocional y relaciones interpersonales (Salguero *et al.*, 2011). Siendo así, se ha mostrado que la IE percibida correlaciona con actitudes pro-sociales, resolución de conflictos y ajuste psicosocial a emociones de ira, ansiedad y tristeza (Jiménez y López-Zafra, 2011; Peña Garrido, Extremera Pacheco y Rey Peña, 2011) así como se muestran relaciones entre componentes de la empatía y la competencia social (Moya Martínez *et al.*, 2011).

El programa INTEMO, un programa para la mejora de la IE en el contexto educativo siguiendo el modelo de habilidad (véase Tabla 3 para más detalle), ha demostrado su eficacia en la promoción en salud mental, incluso en seguimiento a 6 meses (Ruiz-Aranda *et al.*, 2012), así como en la reducción de conductas agresivas y el desarrollo de la empatía en adolescentes (Castillo *et al.*, 2013).

Sin embargo, en un reciente estudio, nosotros (Flujas-Contreras, Cobos and Gómez, 2014) comparamos la eficacia de un protocolo basado en el programa INTEMO (con un 48% de las actividades propuestas para el aula) frente a un protocolo basado en estrategias de *mindfulness* y metáforas de la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* para la mejora de la regulación emocional en adolescentes con señales de alarma relacionado problemas de conducta en un contexto de compensación educativa, es decir, un programa de prevención selectiva para adolescentes que muestran factores

de riesgo para un trastorno de conducta. El estudio ha mostrado mejoras comportamentales en el caso del protocolo basado en *Mindfulness* y *ACT*, así como mejoras en las habilidades de comprensión, regulación y, además, mayor aceptación de sus emociones. De otro lado, el protocolo basado en INTEMO ha mejorado la reestructuración emocional, claridad emocional y actuación con conciencia, aunque sin mejoras comportamentales. Específicamente, en los alumnos con problemas de conducta encontramos diferencias significativas en reparación emocional, claridad emocional e inteligencia emocional percibida, igualmente en reestructuración emocional y reparación emocional para los sujetos con puntuación clínica en externalización de problemas, en ambos casos solo para el protocolo de *mindfulness* y *ACT*. Así mismo, actualmente, estamos valorando la eficacia del programa Ulises con el mismo fin.

4.2. Actualidad de los protocolos de Regulación Emocional

Respecto a regulación emocional, en una revisión de Koole (2007) se propone una clasificación de las estrategias de regulación emocional en base a sus objetivos, es decir, la manipulación de la respuesta emocional en los sistemas de generación de emociones como son la atención, a nivel cognitivo y a nivel corporal y su función, esto es, según los resultados que la persona pretende lograr con la regulación emocional. Así, la persona puede emplear la regulación emocional para buscar sensaciones placenteras desde una perspectiva hedónica, lo que Koole (2007) clasifica como *regulación emocional orientada a las necesidades*. En segundo lugar, la regulación puede estar directamente relacionada con la consecución de objetivos o metas como una manera de inhibición de estados emocionales, clasificado como *regulación emocional orientada a metas*. Por último, la *regulación emocional centrada en la persona* estará integrada en el funcionamiento psicológico en su totalidad.

Finalmente, la regulación emocional se ha explorado como un factor transdiagnóstico (Aldao and Nolen-Hoeksema, 2010), aunque existen otras variables que han sido objeto de estudio desde esta aproximación como la tolerancia a la incertidumbre (McEvoy *et al.*, 2018) o la rumiación (McLaughlin and Nolen-Hoeksema, 2011). Esta aproximación de la psicopatología entiende que los trastornos psicológicos comparten una serie de factores o procesos que son comunes o comórbidos entre sí, por tanto, la intervención debe dirigirse a estos procesos centrales de la psicopatología. En la línea de la regulación emocional, Barlow *et al.* (2017) han desarrollado un *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales* que tiene como objetivo la intervención en los procesos relacionados con la regulación emocional con especial énfasis en como los individuos responden a sus emociones o experiencias. Posteriormente, Ehrenreich-May *et al.* (2018) desarrollan este protocolo unificado pero adaptado a niños y adolescentes, que es aplicado a lo largo de 15 sesiones en las que se trabaja: comprensión emocional, toma de perspectiva sobre las emociones o los pensamientos, habilidades de resolución de problemas, experimentar emociones y prevención de recaída.

4.3. Ilustración de un protocolo para la regulación emocional a través de estrategias de las terapias contextuales

Para finalizar, una vez expuestos los diferentes marcos teóricos, sistemas de evaluación y programas de intervención, es nuestro interés ilustrar un protocolo de promoción de la flexibilidad psicológica en adolescentes (véase

Cobos-Sánchez, Fluja-Contreras y Gómez, 2017 para más detalle), como una intervención para potenciar habilidades para relacionarse con las emociones de manera funcional y adaptativa. Para ello, en la Tabla 4 se indican los tipos de componentes terapéuticos y/o educativos, que se aplican bajo métodos de ejercicios experienciales y metáforas.

Tabla 4. **Protocolo de intervención en flexibilidad psicológica y regulación emocional**

Sesiones y Ejercicios	
1	En primer lugar, se realiza una entrevista inicial en la que se comienzan a explorar áreas valiosas y barreras psicológicas que puedan estar a la base de los comportamientos de evitación. Se realiza un análisis funcional de la conducta problema.
2	A través de diferentes metáforas y ejercicios se realiza la clarificación de valores y detección de barreras psicológicas.
3	Para continuar con la clarificación de valores se emplea el <i>ejercicio del escudo</i> : Un ejercicio elaborado para la intervención que tiene como objetivo la identificación de las áreas valiosas del adolescente, así como su valoración de importancia y consistencia en sus acciones en dirección a estas áreas valiosas. Este ejercicio servirá de guía para los objetivos de intervención. Para ello, se divide el escudo en diferentes cuarteles que representarán las áreas valiosas (familia, estudios, amigos, ocio, espiritualidad, etc.) y se le asigna una puntuación en una escala del 1 al 10. Debajo del escudo se puede añadir un lema de vida.
4	Se retoma el <i>ejercicio del escudo</i> para identificar barreras psicológicas y se plantean metáforas (que se representan físicamente) para plantear el control emocional como problema. Por ejemplo, la metáfora del dique o el ejercicio de contacto visual con atención plena.
5	En esta sesión individual se vuelven a reparar los objetivos planteados en <i>ejercicio del escudo</i> . Se tiene como objetivo la clarificación de valores y acciones en dirección a valores.
6	En esta sesión se pretende incrementar estrategias de tolerancia al malestar y regulación emocional en la toma de decisiones. Para ello se realizan ejercicios de percepción y regulación emocional siguiendo estrategias de Análisis Funcional de Conducta y Registros de Regulación Emocional empleados en la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) de Linehan. Ambos análisis se aplican para generar desesperanza creativa (tomar conciencia de que las acciones están alejándoles de sus valores). Finalmente se realizan ejercicios de toma de perspectiva.
7	En la siguiente sesión se continúa trabajando en el análisis de barreras para la regulación emocional a partir de los instrumentos de la sesión anterior. Con el objetivo de incrementar estrategias de tolerancia al malestar y regulación emocional en la toma de decisiones. Generar desesperanza creativa y fomentar acciones en dirección a valores con toma de perspectiva.
8	Además de continuar con ejercicios de sesiones anteriores, que se retoman y se recuerdan para contactar con las emociones. Se plantea el ejercicio del Ciclo de Malestar. Este es un ejercicio esquematizado en el que se toma conciencia de las consecuencias (en términos de ganancias o pérdidas) a corto y largo plazo de las conductas de evitación y los posibles comportamientos alternativos que fomenten Flexibilidad Psicológica.
9	Para finalizar, se realiza una sesión individual de seguimiento de los objetivos y empoderamiento para que el adolescente siga trabajando en acciones valiosas en su vida.

Fuente: (Adaptado de Cobos-Sánchez, Fluja-Contreras y Gómez, 2017).

Referencias bibliográficas

- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S.** (2010). 'Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination', *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), pp. 974-983.
- Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S.** (2010). 'Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review', *Clinical Psychology Review*, 30(2), pp. 217-237.
- Augusto Landa, J. M.** (2009). *Estudios en el ambito de la inteligencia emocional*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Bar-On, R.** (1997). *BarOn emotional quotient inventory*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R.** (2000). 'Emotional and social intelligence: insights from emotional quotient inventory.', en **Bar-On, R., y Parker, J. D.** (eds) *The Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 363-388.

- Barlow, D. H.; Farchione, T. J.; Sauer-Zavala, S.; Latin, H. M.; Ellard, K. K.; Bullis, J. R.; Bentley, K. H.; Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C.** (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide*. Nueva York: Oxford.
- Bermejo, R.; Ferrández, C.; Ferrando, M.; Prieto, M. D. y Sainz, M.** (2018). *BaOn EQ-i:YV. Inventario de inteligencia emocional de BarOn varion para jóvenes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bisquerra, R.** (2003). 'Educación emocional y competencias básicas para la vida', *Revista de investigación educativa*, 21 (1) , pp. 7-41.
- Bisquerra, R.** (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R., y Pérez, N.** (2007). 'Las competencias emocionales', *Educación XXI*, 10, pp. 61-82.
- Boyatzis, E.; Goleman, D., y Rhee, K.** (2000). 'Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI)', en Bar-On, R. y Parker, J.D. (eds.) *Handbook of Emotional Intelligence*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 343-362.
- Brackett, M. A.; Mayer, J. D., y Warner, R. M.** (2004). 'Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour', *Personality and Individual Differences*, 36(6), pp. 1387-1402.
- Cabello, R.; Salguero, J. M.; Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J.** (2013). 'A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire', *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), pp. 234-240.
- Castejón, J.; Cantero, M., y Pérez, N.** (2020). 'Diferencias en el perfil de competencias socio-emocionales en estudiantes universitarios de diferentes ámbitos científicos', *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 6, pp. 339-362.
- Castillo, R.; Salguero, J. M.; Fernández-Berrocal, P., y Balluerka, N.** (2013). 'Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents', *Journal of Adolescence*, 36(5), pp. 883-892.
- Chico, E.** (1999). 'Evaluación Psicométrica de una Escala de Inteligencia Emocional.', *Boletín de psicología*, 62, pp. 65-78.
- Cobos-Sánchez, L.; Fluja-Contreras, J. M., y Gómez, I.** (2017). 'Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos', *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), pp. 135-141.
- Cobos, L.; Fluja, J.; Martínez, R., y Gómez, I.** (2017). 'Validación piloto del Inventario de Aceptación y Acción para Niños y Adolescentes (WAM-C/A)', en AITANA Investigación (comp.) *Book of Abstracts of 3rd International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents*. Madrid: Pirámide, p. 182.
- Consejería de Educación** (2018). *PROEDUCAR (Motivate, QuedArte y Emocionate)*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/planes-y-programas/proeducar-motivate-quedarte-y-emocionate->
- Consejería de Educación y Deporte** (2018). *Hábitos de vida saludable - Creciendo en Salud*. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/creciendoensalud>.
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J. y Holgado-Tello, F. P.** (2013). 'Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire', *Assessment*, 20(2), pp. 253-261.
- Ehrenreich-May, J.; Kennedy, S.; Sherman, J.; Bilek, J., y Barlow, D.** (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children*. Nueva York: Oxford.
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P.; Mestre Navas, J. M., y Guil Bozal, R.** (2004). 'Medidas de evaluación de la inteligencia emocional', *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), pp. 209-228.
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P., y Salovey, P.** (2006). 'Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences', *Psicothema*, 18 (1), 42-48.
- Fernández-Berrocal, P.; Alcaide, R.; Domínguez, E.; McNally, F.-C.; Ramos, N. S., y Ravira, M.** (1998). 'Adaptación al castellano de la escala rasgo de metacognición sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares', en *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernandez-Berrocal, P.; Extremera, N., y Ramos, N.** (2004). 'Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale', *Psychological Reports*, 94(3), pp. 751-755.
- Fernández-Berrocal, P.; Martín-Salguero, J.; Castillo, R., y Ruiz-Aranda, D.** (2010). 'Inteligencia Emocional, adaptación y convivencia escolar', En Gazquez, J.J. y Pérez-Fuentes, M.C. (Eds.) *La convivencia escolar: aspectos psicológicos y educativos*. Granada: GEU. pp. 359-366.
- Flujas-Contreras; J. M., Cobos, L., y Gómez, I.** (2014). 'Las competencias emocionales como factor de protección para los problemas de conducta en la adolescencia', in AITANA (ed.) *Libro de Actas del IV Simposio Nacional de Psicología Clínica y la de Salud con Niños y Adolescentes*. Madrid: Pirámide, p. 97.

- Giménez Hernández, M.** (2010). *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Gómez-Ortiz, O.; Romera, E. M.; Ortega-Ruiz, R.; Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P.** (2016). 'Analysis of Emotion Regulation in Spanish Adolescents: Validation of the Emotion Regulation Questionnaire', *Frontiers in Psychology*, 6:1259.
- Gómez-Simón, I.; Penelo, E., y De la Osa, N.** (2014). 'Estructura factorial e invariancia de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en adolescentes españoles', *Psicothema*, 26(3), pp. 401-408.
- Greco, L. A.; Lambert, W., y Baer, R. A.** (2008). 'Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth', *Psychological Assessment*, 20(2), pp. 93-102.
- Gross, J.** (2008). 'Emotion regulation.', in Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., y Barrett, L. F. (eds) *Handbook of emotion regulation*. Guilford pr. New York, US, pp. 497-512.
- Gross, J. J.** (2014). 'Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations', en Gross, J. J. (ed.) *Handbook of emotion regulation*. New York, US: Guilford Press, pp. 3-20.
- Guil, M. R., y Gil-Olarte, P.** (2007). 'Inteligencia emocional y educación: desarrollo de competencias socioemocionales.', in Mestre, J. (ed.) *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide, pp. 198-216.
- Guillén Ramo, L.; Saris, W. E., y Boyatzis, R. E.** (2009). 'The impact of social and emotional competencies on effectiveness of Spanish executives', *Journal of Management Development*. Edited by R. Boyatzis, 28(9), pp. 771-793.
- Hayes, S. C.; Wilson, K. G.; Strosahl, K. D.; Gifford, E. V., y Follette, V. M.** (1996). 'Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), pp. 1152-1168.
- Hervás, G., y Jódar, R.** (2008). 'Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale', *Clínica y Salud*, 19(2), pp. 139-156.
- Jiménez, M. I., y López-Zafra, E.** (2011). 'Actitudes sociales y adaptación social en adolescentes españoles: El papel de la inteligencia emocional percibida', *Revista de Psicología Social*, 26(1), pp. 105-117.
- Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales** (2002). *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*. Edited by Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajida/Drogodependencia_archivos_II_Plan_Andaluz_sobre_Drogas_Y_Adiciones.pdf.
- Kashdan, T. B., y Rottenberg, J.** (2010). 'Psychological flexibility as a fundamental aspect of health', *Clinical Psychology Review*, 30(7), pp. 865-878.
- Koole, S. L.** (2007). 'The psychology of emotion regulation : An integrative review', *Cognition and Emotion*, 23(1), pp. 4-41.
- Lahaye, M.; Mikolajczak, M.; Rieffe, C.; Villanueva, L.; Van Broeck, N.; Bodart, E., y Luminet, O.** (2011). 'Cross-validation of the Emotion Awareness Questionnaire for Children in Three Populations', *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(5), pp. 418-427.
- Larson, C. M.** (2008). *Stories: A Revision of the Willingness & Action Measure for Children and Adolescents (WAM-C/A)*. University of North Texas.
- Lemes Rojas, N.; García García, S; y García Sánchez, J.** (2014). *Recursos para la educación emocional y para la creatividad*. Canarias: consejería de educación, universidades y sostenibilidad.
- Lomas, J.; Stough, C.; Hansen, K., y Downey, L. A.** (2012). 'Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents', *Journal of Adolescence*, 35(1), pp. 207-211.
- López-Zafra, E.; Pulido, M., y Berrios, P.** (2014). 'EQ-i Versión Corta (EQ-i-C). Adaptación y validación al español del EQ-i en universitarios', *Boletín de psicología*, 110, pp. 21-36.
- Martín-Albo, J.; Valdívía-Salas, S.; Lombas, A. S., y Jiménez, T. I.** (en prensa, 2018). 'Spanish Validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): Introducing the ERQ-SpA', *Journal of Research on Adolescence*.
- Martínez-Loredo, V.; Fernández-Hermida, J. R.; Fernández-Artamendi, S.; Carballo, J. L., y García-Rodríguez, O.** (2015). 'Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A)', *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), pp. 274-282.
- Mayer, J. D.; Salovey, P., y Caruso, D.** (2000). 'Models of Emotional Intelligence', in Sternberg, R. (ed.) *Handbook of Intelligence*. New York: Cambridge University, pp. 396-420.
- Mayer, J. D.; Salovey, P., y Caruso, D. R.** (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test User's Manual*. Toronto, Canada: MultiHealth Systems.

- McEvoy, P. M.; Hyett, M. P.; Ehring, T.; Johnson, S. L.; Samtani, S.; Anderson, R., y Moulds, M. L.** (2018). 'Transdiagnostic assessment of repetitive negative thinking and responses to positive affect: Structure and predictive utility for depression, anxiety, and mania symptoms', *Journal of Affective Disorders*, 232, pp. 375-384.
- McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S.** (2011). 'Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety', *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), pp. 186-193.
- Mikolajczak, M.; Petrides, K. V., y Hurry, J.** (2009). 'Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence', *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), pp. 181-193.
- Moya Martínez, P.; López, M. S.; Bastida, J. L.; Sotos, F. E.; Pacheco, B. N.; Aguilar, F. S., y Vizcaíno, V. M.** (2011). 'Coste-efectividad de un programa de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de 9-10 años', *Gaceta Sanitaria*, 25(3), pp. 198-204.
- Ordóñez, A.; Prado-Gascó, V. J.; Villanueva, L., y González, R.** (2016). 'Propiedades psicométricas del Cuestionario de conciencia emocional en población infantil española', *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), pp. 183-190.
- Peña Garrido, M.; Extremera Pacheco, N., y Rey Peña, L.** (2011). 'El papel de la inteligencia emocional en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes', *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(1), pp. 69-79.
- Perez, J.** (2003). 'Adaptación y validación española del "Trait Emotional Intelligence Questionnaire" (TEIQue) en población universitaria', *Encuentros de psicología social*, 5, pp. 278-283.
- Repetto, E.; Pena, M., y Lozano, S.** (2006). 'Adaptación y validación Española del Emotional Intelligence Inventory (EII): Estudio piloto.', *Ansiedad y Estrés*, 12(2/3), pp. 181-189.
- Ruiz-Aranda, D.; Castillo, R.; Salguero, J. M.; Cabello, R. P. F.-B., y Balluerka, N.** (2012). 'Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health.', *Journal of Adolescent Health*, 51, pp. 462-467. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.02.003.
- Salguero, J. M.; Fernández-Berrocal, P.; Balluerka, N., y Aritzeta, A.** (2010). 'Measuring Perceived Emotional Intelligence in the Adolescent Population: Psychometric Properties of the Trait Meta-Mood Scale', *Social Behavior and Personality*, 38(9), pp. 1197-1210.
- Salguero, J. M.; Fernández-Berrocal, P.; Ruiz-Aranda, D.; Castillo, R., y Palomera, R.** (2011). 'Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional', *European Journal of Education and Psychology*, 2, pp. 143-152.
- Salguero, J. M.; Palomera, R., y Fernández-Berrocal, P.** (2012). 'Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study', *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), pp. 21-34.
- Salovey, P., y Mayer, J. D.** (1990). 'Emotional Intelligence', *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), pp. 185-211.
- Salovey, P.; Mayer, J.; Goldman, S.; Turvey, C., y Palfai, T.** (1995). 'Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.' En Pennebaker, J.W. (Ed.) *Emotion, disclosure, & health*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 125-154.
- Samper-García, P.; Mesurado, B.; Richaud, M. C., y LLorca, A.** (2016). 'Validación del Cuestionario de Conciencia Emocional en Adolescentes Españoles', *Revista de Psicología y Ciencias Adines*, 33(1), pp. 163-171.
- Sánchez Jiménez, V.; Ortega, R., y Menesini, E.** (2012). 'La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying', *Anales de psicología*, 28(1), pp. 71-82.
- Sandín, B.** (2003). 'Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN)', *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), pp. 173-182.
- Schutte, N.; Malouff, J.; Hall, L.; Haggerty, D. J.; Cooper, J. T.; Golden, C. J., y Dornheim, L.** (1998). 'Development and validation of a measure of emotional intelligence', *Journal of Personality and Individual Differences*, 25(2), pp. 167-177.
- Trinidad, D. R., y Johnson, C. A.** (2002). 'The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use', *Journal of Personality and Individual Differences*, 32(1), pp. 95-105.
- Valdivia-Salas, S.; Martín-Albo, J.; Zaldívar, P.; Lombas, A. S., y Jiménez, T. I.** (2017). 'Spanish Validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)', *Assessment*, 24(7), pp. 919-931.
- Ventura-León, J.; Caycho-Rodríguez, T.; Vargas-Tenazoa, D., y Flores-Pino, G.** (2018). 'Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos', *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5 (2), pp. 23-29.

Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad

En la sociedad actual son cada vez más frecuentes los trastornos de ansiedad (agorafobia, fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, mutismo selectivo), manifestándose la mayoría de ellos en las etapas de adolescencia y juventud. Cada uno de estos trastornos presenta particulares características, síntomas y efectos, pero tienen el denominador común de la ansiedad. Es una tendencia natural que las personas afectadas por un problema común tiendan a reunirse, por lo que no es extraño que hayan surgido agrupaciones o asociaciones de personas con experiencia propia en trastornos de ansiedad, bien en calidad de directamente afectados o también sus familiares. En este trabajo se revisa el concepto y aplicación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como instrumento para reforzar la atención psicológica especializada, sirviendo de nexo entre el entorno familiar y el terapéutico. Se ofrecen también las características más importantes de los GAM, en cuanto a su estructura, métodos y funcionamiento. Además, se presentan los resultados de una encuesta a los socios de AMTAES (Asociación Española de Ayuda Mutua contra las Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad) que participan en GAM repartidos por toda la geografía nacional.

Palabras clave: Ansiedad, Apoyo, Grupos de Ayuda Mutua, Evaluación.

1. Introducción

En los últimos años se ha registrado un considerable aumento de pacientes que padecen los denominados trastornos de ansiedad. No es malo sentirse ansioso, ya que todos tenemos ansiedad, porque es algo corriente y normal en los seres humanos; sin embargo, esta ansiedad debe establecerse dentro de determinados parámetros para que sea considerada como benévola. Cuando la ansiedad produce un deterioro en la calidad de vida de la persona, ahí estamos frente a un trastorno que difícilmente puede ser resuelto sin ayuda externa.

Los trastornos de ansiedad con criterio diagnóstico son (Tortella-Feliu, 2014): agorafobia, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo. Además estrechamente ligados a éstos se encuentran el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo. Cada uno de ellos, presentan características particulares, síntomas y efectos, pero tienen el denominador común de la ansiedad. En particular, el trastorno de ansiedad social, también llamado fobia social, suele desarrollarse en la adolescencia y su rasgo distintivo es el temor a ser rechazado o criticado negativamente, por lo cual el afectado evita situaciones sociales que le conduce al aislamiento y a no poder desarrollar buena parte de proyectos vitales.

Es una tendencia natural que las personas afectadas por un problema común tiendan a reunirse, por lo que no es extraño que surjan agrupaciones o asociaciones de personas con experiencia propia en trastornos de ansiedad, bien en calidad de directamente afectados o bien sus familiares. En este contexto, se creó recientemente la Asociación Española de Ayuda Mutua contra la Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad (AMTAES), la única asociación de ámbito nacional, que reúne específicamente a afectados por trastornos de ansiedad. Es una asociación sin ánimo de lucro cuyos miembros se prestan apoyo mutuo. Sus principales objetivos son: 1) Facilitar la interacción entre afectados para promover las relaciones interpersonales y resolver tareas cotidianas o problemas que se dificultan por las limitaciones que generan los trastornos de ansiedad; y 2) Ser una plataforma legal para dar a conocer al conjunto de la sociedad la existencia e importancia real de este tipo de trastornos, así como reivindicar la necesidad de abordar medidas para su adecuada prevención e intervención psicológica, siempre en el ámbito de las terapias basadas en la evidencia.

Esta Asociación aporta elementos innovadores que consideramos no se han desarrollado convenientemente en España:

- Reunir los trastornos psicológicos que tienen en común la ansiedad, que son claramente diferenciables de otros trastornos mentales, tal como se refleja actualmente en los criterios diagnósticos de ámbito internacional (DMS, CIE).
- Creación y funcionamiento de Grupos de Ayuda Mutua para los trastornos de ansiedad, en donde los propios afectados avanzan en su recuperación personal y social.

En este artículo recogemos la experiencia, funcionamiento y resultados de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) que se están aplicando en AMTAES como herramienta para facilitar que los propios afectados por trastornos de ansiedad tomen la iniciativa.

2. Los trastornos de ansiedad desde la visión de los afectados

Desde la perspectiva de los afectados, recogemos seguidamente aportaciones que pueden ayudar a comprender mejor lo que sienten las personas que sufren la fobia social u otros trastornos de ansiedad (Laine Lois, 2016).

La vida es como una noria, tiene sus subidas y bajadas, llena de imprevistos. No hay nada sujeto a control y siempre está en movimiento. Las personas con trastornos de ansiedad tienen estos altos y bajos especialmente marcados y les cuesta aceptar ese descontrol por sus especiales circunstancias derivadas de su problema o trastorno. Su nivel de aceptación del estrés es más bajo, son más sensibles a todo. La fobia social, por ejemplo, implica siempre una ansiedad de base a cualquier hora y momento, provocada por la anticipación y los pensamientos irracionales. La ansiedad es sinónimo de miedo, siempre hay una amenaza, algún peligro, real o imaginario. No es necesario estar enfrentando directamente una situación social, el miedo llama al miedo, a la ansiedad y a la depresión.

A continuación transcribimos algunas de las frases más representativas en primera persona:

- “Mi vida es más complicada que la de otras personas, porque los tropiezos que la vida implica se multiplican y si ya es complicada de por sí, estos extras la hacen bastante más difícil”.
- “Para vivir necesito evitar y parar, en un intento de eliminar parte de esa ansiedad. Es como si buscara vivir en otro mundo o lo intentara”.
- “Mi ansiedad generalizada hace que mi mente siempre vaya a ideas y pensamientos que me hacen sufrir. Cosas tristes que han pasado y cosas futuras que pasarán y que me dan latigazos de dolor y de miedo, fuertes sobresaltos, golpes directos al corazón”.
- “Necesito evadirme de toda la realidad, todo me trastorna, todo me lastima, quiero todo fuera, barrer mi cabeza. No quiero saber lo que pasa en el mundo exterior. No quiero ver la inestabilidad del mundo en el que vivimos, ni sus tristezas y desgracias. Quiero vivir en una burbuja, donde nadie pueda entrar”.
- “Sé que todos vivimos situaciones complicadas, que la vida es dura, difícil, pero normalmente no estás pensando en ello a cada momento. A mí me perfora la cabeza hasta creer volverme loca y no consigo, no me siento capaz de ser racional y afrontarlo. Intento vivirlo a mi manera, como puedo y las veces que puedo evadir la realidad, lo hago al extremo”.
- “No me extraña que el término agorafobia venga de la palabra griega ágora = plaza pública. Salir por el portal para mí es como encontrarme de golpe, no sólo en la plaza, sino en un anfiteatro romano, expuesto a los leones y/o al público. He de respirar antes de dar un paso e ir con decisión a tu objetivo”.
- “Cuando de repente me encuentro con un contacto social inevitable, mi susto y sorpresa se transforma en mi cara de una forma que sorprende a quien lo recibe”.
- “La fobia social es un problema que nos obliga a vivir en silencio, siendo lo que no somos e inventándonos mil excusas. Cuando lo contamos, a menudo nos resulta muy caro, porque el ser humano tiende a aprovecharse de la debilidad de los otros”.
- “Es un muro, enorme muro con el que te topas y no puedes seguir. Solo puedes intentar evadir esos pensamientos y duele cuando te dicen que no pones de tu parte”.

Conviene señalar también que en estos momentos el sentimiento de desatención que expresan muchas de las personas con trastornos de ansiedad respecto a los servicios sanitarios públicos es preocupante. Es por ello que los propios afectados se están haciendo oír en foros, reuniones y congresos en donde se les permite plantear su experiencia y señalar medidas necesarias y urgentes (AMTAES, 2019):

- Es necesario que se tomen en consideración la importancia de los trastornos de ansiedad, sobre todo por las consecuencias a veces irreversibles en el desarrollo personal de los afectados.
- Que no se menosprecien, frente a las enfermedades mentales graves, los trastornos de ansiedad, pues no se valora suficientemente las consecuencias adversas para el bienestar psicológico de las personas que los padecen y para la sociedad en su conjunto.

- Que se escuchen las inquietudes, problemática y necesidades de los afectados, especialmente en lo que se refiere al derecho que tienen de recibir una atención psicológica especializada, personalizada y eficaz.
- Que se apueste por mejorar la formación de los profesionales de la psicología en trastornos de ansiedad para que puedan ofrecer la atención especializada que se necesita.
- Que los profesionales conozcan a las asociaciones de afectados y valoren la ayuda mutua, como herramienta complementaria a la atención psicológica.

3. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

En el seno de asociaciones de afectados por un problema común, o bien de forma independiente, surge el modelo de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Desde sus orígenes, estas redes de ayuda han encarnado una filosofía que reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismas, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas.

El movimiento de ayuda mutua aparece en la década de 40 del siglo pasado, con la fundación de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), y lo hace con el único propósito de ofrecer un medio social como principal instrumento de cambio frente a una enfermedad. Desde entonces, personas con diversos problemas o circunstancias vitales empiezan a reunirse y tratar de fomentar la ayuda mutua (movimiento de mujeres, movimiento por los derechos de las personas con discapacidades, movimiento gay). Sin embargo, no es hasta la década de los 70 cuando se produce un mayoritario interés por los sistemas de apoyo social y un reconocimiento de los efectos positivos que la ayuda mutua tiene en la salud física y psicológica (Hess, 1982). Algunos GAM se dedican a problemáticas incluidas dentro de los campos clásicos de la marginación social (drogas, alcoholismo, SIDA) pero la mayoría se vinculan a formas más sutiles y ocultas de marginación y en ciertos casos, se trata de trastornos que conllevan alguna forma de estigma social, como es el caso de los trastorno de ansiedad.

En los procesos relacionados con la salud, las distintas respuestas o intervenciones pueden darse, básicamente en dos contextos (Comelles, 1985a,b), cuya importancia relativa en cuanto a la proporción de intervenciones sobre la salud, variará de unos lugares a otros en función de la situación socio-económica y de condicionantes históricos o culturales:

“El ámbito doméstico-familiar (ampliable a la red social inmediata) que incluye las actuaciones del individuo sobre sí mismo” (Rivera Navarro, 2005, p. 2). Este es el eje sobre el que gira verdaderamente el sistema sanitario, en el sentido de que, a pesar de que buena parte de los procesos pasan en algún momento por las manos de los profesionales y por instituciones, normalmente comporta un regreso al hogar.

“El ámbito institucional, que incluye la relación con los especialistas reconocidos institucionalmente, aunque a veces también se incluye a los que no lo son” (Rivera Navarro, 2005, p.2). El ámbito institucional supone una discontinuidad espacial con los lugares donde transcurre la vida cotidiana del paciente. De esta forma, el usuario se ve

obligado a cruzar unas barreras sistemáticas que le separan de sus referencias habituales y le convierten en un ser dependiente de una lógica y unas normas que no son las suyas.

La existencia de los GAM se explica, por un lado, por el problema común que sufren sus miembros (en este caso cuestiones relacionadas con la salud mental) y, por otro lado, en las relaciones asimétricas que se establecen entre los afectados y los profesionales de la salud en el itinerario terapéutico. La potenciación de los GAM cuenta con el argumento de los buenos resultados que han conseguido en países donde tienen más arraigo. Sin embargo, los GAM, en España, tienen aún poca tradición (Rivera Navarro, 2005).

3.1. El concepto actual

Un Grupo de Ayuda Mutua es una integración de personas cuyos miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a problemas compartidos por todos ellos o con el fin de lograr cambios personales o sociales (Ródenas, 1996).

La definición y funciones de los GAM se pueden sintetizar en los términos expuestos por Canals (1995). En el GAM se desarrolla el apoyo mutuo a partir del cumplimiento de las reglas de la reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada. Los afectados pueden encontrar, además de apoyo emocional y social, formas de facilitación de recursos técnicos y de ayuda. La acción del GAM favorece la visibilidad social de los sectores afectados, poco tenidos en cuenta para las políticas públicas de salud. Y esta misma acción les aporta beneficios y les permite conquistar derechos que quizás sería imposible obtener por otras vías.

La ausencia de profesionales dentro del grupo es una característica fundamental de un GAM, pues la presencia de un profesional desvalorizaría la elaboración de solidaridad y la recuperación de la autoestima que los GAM pretenden. Cuando se nos habla de Grupos más o menos tutelados por profesionales, estamos ante grupos de apoyo terapéutico u otras alternativas (Canals, 1995). En los GAM no está presente ningún profesional, al menos que el grupo lo llame de forma puntual para pedirle algún tipo de información o colaboración técnica (Orsi y Pinto Martín, 1991).

No hay diferencias de estatus entre los miembros, pues los GAM están basados en la horizontalidad de las relaciones y la igualdad entre las personas que los constituyen. La horizontalidad permite que las personas se sientan cómodas y que se rompa la dinámica aprendida de jugar el papel de persona enferma-pasiva. Los miembros de un GAM se ayudan los unos a los otros a través de las interacciones que, entre ellos y en el marco del grupo, se van produciendo (Orsi y Pinto Martín, 1991). El GAM es también un lugar de encuentro social donde rehacer las relaciones que muchos de sus miembros habían perdido (ActivaMent Catalunya Associació, 2014).

3.2. Los efectos terapéuticos

De lo anterior se deduce que el GAM es una vía hacia el crecimiento individual de sus miembros, en cuanto a asunción de responsabilidades y adquisición de nuevos valores (Ródenas, 1996) ya que facilita la toma de decisiones personales porque nadie decide por el otro ni le da la respuesta a su problema.

La persona que decide acudir a un GAM no se verá rechazada cuando explique sus síntomas o sus problemas en su vida cotidiana, tal como puede ocurrirle al intentar integrarse en otros grupos sociales. Se reducen, por tanto, notablemente los pensamientos anticipatorios relacionados con el miedo al rechazo o a no ser comprendido. En el seno del GAM se comparten experiencias, se explican abiertamente ideas, se habla de temas relacionados con los trastornos de ansiedad, pero también de otros aspectos de la vida personal, familiar, laboral y social.

Así pues, entre los objetivos de estos grupos deben incluirse no solo la reducción de síntomas, sino también el incremento de la autoestima, la integración social, la honestidad, la aceptación y el amor a uno mismo y la consecución de habilidades sociales más eficaces. Los elementos terapéuticos de los GAM se pueden resumir, según Martin Ferrari *et al.* (2000):

- El sentido de pertenencia a una GAM da una identidad a nivel social y a otros niveles más profundos.
- Muchas personas encuentran la esperanza, han visto como algunos “peores, o iguales”, con similar problemática que ellos han progresado en su recuperación.
- El grupo está dotado de cualidades propias, se crea un espacio común de relaciones que por sí mismo es algo constructivo, por supuesto no uniforme o de la misma manera en todas las personas. Pero en ese intercambio está el germen, la ocasión, para que se produzca un avance.

3.3. La relación con los profesionales de la salud mental

Hay autores que afirman que para las personas con trastornos psicológicos o de conducta es importante la participación de profesionales de salud mental con objeto de conseguir una eficacia máxima del grupo, siempre y cuando se preserve la autonomía de los miembros del mismo y la filosofía de ayuda mutua. En estos casos, por tanto, es fundamental cierta distancia de los profesionales y organizaciones profesionales para el adecuado funcionamiento de los GAM, así como para lograr el éxito en la colaboración entre estos dos sistemas de ayuda (Martin Ferrari *et al.*, 2000).

Entre los diversos roles a desempeñar por el profesional de la salud mental dentro de una relación con los GAM (Chutis, 1983), caben destacar: 1) asistencia técnica en el desarrollo de las relaciones con la prensa, elaboración de boletines, hojas informativas; 2) fuente de legitimización de los grupos a través de la transferencia de información; 3) conexión de los grupos con la comunidad profesional; 4) asesoramiento en aspectos de salud mental, ofreciendo información acerca de recursos, procesos de grupo y habilidades de ayuda que pueden estar fuera del alcance del grupo.

Por otra parte, según señala Rivera Navarro (2005), los GAM son recursos valiosos para ser aprovechados desde los equipos de atención primaria de salud, pues ofrecen la posibilidad de disponer de una atención legal y complementaria a la profesional, que puede ayudar al paciente a superar la situación de aislamiento que le suele acompañar y, por otro lado, garantizar una información más útil para responder a las necesidades específicas de su vida diaria. Institucionalmente, desde la publicación de la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) se considera a los GAM un eje principal para la promoción de la salud, pues a través del fomento del auto-cuidado y de la ayuda mutua, se facilitan algunos de sus objetivos fundamentales.

4. Funcionamiento de los GAM

De acuerdo a la experiencia de los GAM en la asociación AMTAES, recogemos en este apartado los aspectos y características que consideramos de mayor interés para el buen desarrollo y funcionamiento de un GAM.

4.1. Creación de un GAM

Para la creación de un GAM solo es necesario que un grupo de afectados que residen en una misma localidad, o a poca distancia de ésta, se pongan de acuerdo en constituirlo. Par ello, es importante la existencia de una red u organización de ayuda mutua, generalmente una Asociación, que integre a personas dispuestas a protagonizar su recuperación.

En el primer encuentro presencial, el objetivo principal es la presentación de los componentes del grupo, interactuar y comentar preocupaciones y miedos. Se debe manifestar la valoración positiva que representa dar el gran paso de formar parte de un grupo y, de esta manera, encontrar apoyo. En las primeras reuniones se sientan las bases de las actividades y de la frecuencia de reuniones a realizar.

Es muy importante que en los GAM se establezcan unas normas de comportamiento, basadas en el respeto, la moderación en expresar opiniones y que cada miembro acepte las decisiones del grupo aunque no concuerden con la propia. Más allá de las características de cada GAM, hay algunas reglas que son fundamentales para el correcto funcionamiento de todo Grupo de Ayuda Mutua (ActivaMent Catalunya Associació, 2014):

- Respeto por todas las personas participantes, sus ideas, maneras de ser y experiencias de vida. Una norma básica es no juzgar a los demás y no dar consejos sino opiniones.
- Confidencialidad. No se pueden llevar fuera del GAM las palabras escuchadas ni las experiencias personales compartidas.
- Inclusión. Todas y cada una de las personas que forman parte del grupo deben poder integrarse y sentirse participes de sus dinámicas y funcionamiento. Para ello, se ofrecerá la posibilidad de participar a todos los miembros del GAM, invitándoles a exponer sus opiniones, ideas y experiencias.

El número de miembros de un GAM no debe ser alto con objeto de favorecer que todos puedan participar como grupo, que los intercambios sean cercanos, que los turnos de palabra sean dinámicos, que los miembros se conozcan de forma más rápida y profunda, etc. (Ródenas, 1996). El tamaño ideal suele oscilar entre 5 a 10 personas. En el caso de que un grupo vaya creciendo en número de miembros se pueden ir haciendo divisiones según diferentes criterios, y siempre intentando cubrir las principales necesidades personales.

4.2. La figura del Coordinador

Para poder funcionar correctamente, hace falta la presencia de una persona que facilite la marcha del grupo, al que denominamos Coordinador. El GAM deberá nombrar al menos un Coordinador, elegido por consenso entre todos los miembros del grupo.

Las funciones principales del Coordinador son: animar a la participación, impulsar y facilitar el acuerdo sobre las actividades presenciales, convocar

las actividades del GAM y elaborar un breve informe de cada una de ellas. Cuando un Coordinador no pueda asistir a alguna de las actividades programadas o no pueda ejercer sus funciones durante un breve periodo de tiempo, deberá delegar la coordinación del grupo en alguno de los miembros del mismo.

Según ActivaMent Catalunya Associació (2014), la figura del Coordinador es de gran valor para el aprovechar los beneficios del GAM. Debe estar atento para limar asperezas que se puedan presentar entre los miembros. Además, debe actuar de nexo entre el interior y el exterior del grupo, invitando a profesionales, haciendo posible que entre la información que el grupo necesite y demande o que salga aquella que facilite las necesidades del grupo, posibilitando el contacto de este grupo con otros, haciendo que el grupo se dé a conocer para que otros interesados sepan de su existencia o facilitando la llegada de nuevos componentes.

Es imprescindible que el Coordinador se encuentre apoyado por el resto de componentes del grupo. Teniendo en cuenta que el Coordinador es un afectado más y tan sensible como cualquiera, conviene que el GAM sea consciente de ello y se establezcan unas normas de respeto para con los coordinadores que todo el grupo debe aceptar.

4.3. Las actividades de los GAM

En cuanto a las actividades de un GAM hay que valorar la situación de todos sus componentes, tanto limitaciones económicas, como las propias de su trastorno (agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social) y por ello el grupo tratará de adaptarse, en la medida de lo posible, a las características de sus miembros.

La actividad básica de cualquier GAM es la reunión presencial para intercambiar problemas, necesidades, experiencias y buscar la forma de avanzar hacia el bienestar psicológico y emocional. Estas reuniones servirán también para organizar actividades de tipo cultural o recreativo (paseos, senderismo, asistencia a actos públicos, visitas a museos, ciudades, etc.) y cualquier otro tipo de actividad que facilite el acercamiento entre los miembros del GAM, se eliminen nervios y se gane más confianza mutua.

En el GAM se pueden también organizar actividades de orientación psicológica y talleres de recursos prácticos relacionados con los trastornos de ansiedad (técnicas de relajación, habilidades sociales, expresión artística, etc.) en las que intervenga un colaborador externo especializado.

5. Evaluación de los GAM

Los estudios empíricos acerca de la eficacia de los GAM cuentan con una breve historia y resultan todavía relativamente escasos. Las organizaciones de ayuda mutua no se encuentran bajo la supervisión y control de los investigadores y, además, los métodos tradicionales para la evaluación son en general inadecuados, dado que las características de los GAM plantean retos únicos (Martin Ferrari et al., 2000), como por ejemplo:

- El cambio constante de miembros dada la asistencia voluntaria a las reuniones presenciales (aunque sea recomendada a regularidad por parte de los Coordinadores).
- La autoselección de los que acuden y participan en los grupos después de varios meses.

- La ausencia de un período predeterminado de participación en el grupo.
- La ausencia en numerosas ocasiones de un programa determinado
- El cambio de actividades o los distintos niveles de participación.

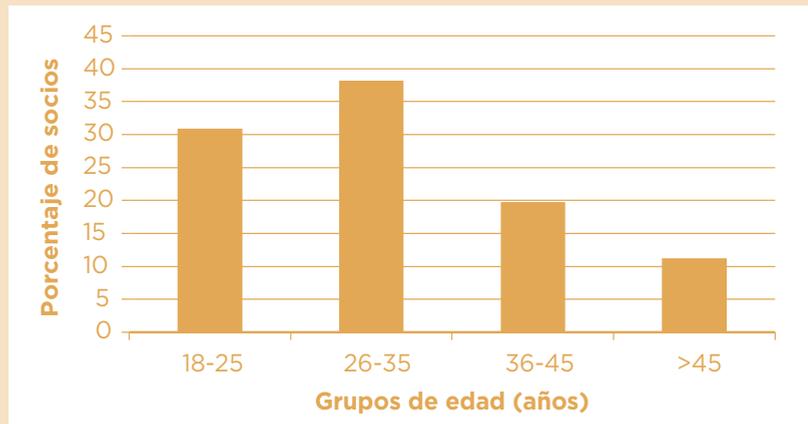
Se han propuesto modelos de evaluación donde los miembros participan en el diseño e implementación de la investigación. En estos casos, la propia investigación se encuentra dirigida no sólo a la generación del conocimiento, sino también a la generación de cambios en el funcionamiento y metas del grupo (Meissen Meissen y Warren, 1994).

Resultados de la encuesta a los socios de AMTAES

La asociación AMTAES ha realizado una encuesta, en formato cuestionario, a la que respondieron 155 socios. Hay que recordar que la asociación AMTAES lleva solo 3 años ofreciendo la oportunidad de constituir Grupos de Ayuda Mutua, por lo que muchas de las personas encuestadas llevan asociadas un periodo relativamente corto de tiempo.

Los socios que respondieron a la encuesta pertenecían el 56,2% al género masculino y el 41,8% al femenino. En cuanto a los grupos de edad, éstos se reflejan en el Gráfico 1, predominando los segmentos de 26-35 años y de 18-25 años, que conjuntamente llegan a constituir casi el 70% del total de personas encuestadas.

Gráfico 1. **Grupos de edades de los socios de AMTAES que respondieron a la encuesta**



Los trastornos de ansiedad que padecen los encuestados son los siguientes:

- Trastorno de ansiedad social (64,7%).
- Trastorno de ansiedad generalizada (38,7%).
- Agorafobia (8,7%).
- Trastorno obsesivo compulsivo (8,0%).
- Fobia específica (2,7%).
- Trastorno de estrés postraumático (0,7%).

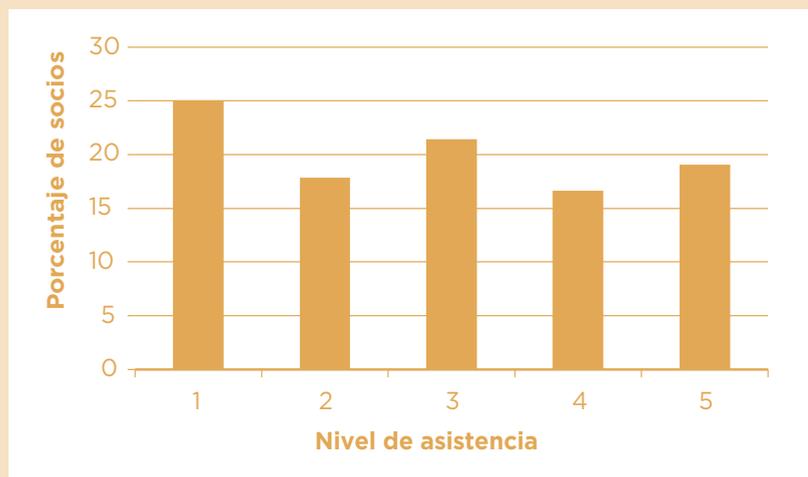
Como podemos apreciar, predominan los trastornos de ansiedad social y de ansiedad generalizada. En menor proporción se encuentran la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo, siendo muy bajos los casos de fobia específica y trastorno de estrés postraumático. Algunos de los socios definieron su problema, como depresión (6% de los encuestados) pero en la mayoría de estos casos en combinación con algún trastorno de ansiedad. Por último, algunas respuestas señalaron términos como distimia, trastorno de afectividad y trastorno de personalidad por evitación.

De las personas encuestadas, el 52,3% participan en un GAM de la asociación, mientras que el resto no han participado todavía. Preguntadas estas últimas por los motivos de ello, las respuestas más frecuentes fueron:

1. Participaría pero aún no se ha formado un GAM cerca de donde yo vivo.
2. No me encuentro con ganas.
3. No me atrevo a exponerme a un grupo.
4. No me atrae el tipo de actividades de un GAM.
5. No he tenido tiempo.
6. Me resulta difícil socializar.
7. Me es difícil salir de casa.
8. El horario de trabajo no me lo permite.
9. Nunca encuentro el momento y no me apetece.

El nivel de asistencia de los socios que participan en los GAM fue valorada por ellos mediante una escala del 1 al 5 en orden creciente de participación (Gráfico 2). Se puede observar que la participación en los GAM es constante en el 19% de los socios y que existe gran variabilidad en la frecuencia con la que los socios asisten a las reuniones.

Gráfico 2. Nivel de asistencia del GAM de los socios de AMTAES, valorada según escala creciente de 1 a 5



En cuanto a las actividades preferidas para los GAM, las personas encuestadas dieron las siguientes respuestas (n=146):

1. Reuniones para conversar o pasear (65,1%).
2. Reuniones para compartir experiencias y/o realizar talleres (54,1%).
3. Visitas de interés turístico/cultural (37,7%).
4. Asistencia a jornadas o conferencias (34,7%).
5. Hacer actividades recreativas/deportivas (32,2 %).
6. Reuniones para debatir con invitados (24,7%).
7. Viajes en grupo (0,7%).
8. Asistencia o charlas organizadas por psicólogos (0,7%).
9. Asesoramiento de especialistas en psicología (0,7%).
10. Acompañamiento y asesoramiento en tareas administrativas (0,7%).

A la pregunta: ¿Qué beneficios puede aportarte la participación en un GAM?, éstas fueron sus respuestas (n=151).

1. Sentirme comprendido y apoyado (74,8%).
2. Obtener información de personas que tienes problemas similares (66,9%).
3. Evitar el aislamiento social (62,9%).
4. Desarrollar habilidades sociales (60,9%).
5. No sentirme un “bicho raro” (41,7%).
6. Apoyar a las personas que sufren el mismo problema (2,0%).
7. Compartir mis miedos, trastornos o experiencias (0,7%).
8. Exponerme directamente a mis miedos (0,7%).
9. Sentirme útil (0,7%).

En cuanto al tipo de temas que más le gustaría se trataran en las reuniones presenciales de los GAM, las respuestas fueron (n=151):

1. Actitud ante la vida y sus problemas cotidianos (73,5%).
2. Estrategias útiles para superar los momentos de ansiedad (68,2%).
3. Hablar y buscar soluciones sobre los problemas individuales (61,6%).
4. Tratamientos basados en la evidencia (43,0%).
5. Tratamientos alternativos aunque no estén reconocidos (26,5%).
6. Técnicas complementarias al tratamiento psicológico (4,7%).

Solo el 23,4% de los encuestados estarían dispuestos a ser Coordinadores de un GAM, mientras que el 54,5% no lo ve posible de momento por los siguientes motivos:

1. No me veo capaz.
2. Quizás en un futuro.
3. No lo descarto pero preferiría que fuera otra persona.
4. No me encuentro con fuerzas.

Aunque muchas de las actividades de los GAM se pueden realizar al aire libre o en locales públicos, más del 51% de los encuestados prefieren disponer de un local fijo para reuniones. Tan solo el 11% no lo creen necesario, mientras que el resto de socios lo ven positivo pero no lo consideran imprescindible.

Por último, una amplia mayoría de los socios (93,3%) cree que puede ser muy interesante que, entre las actividades del GAM, se invite a expertos cercanos a su localidad que se dediquen al estudio, evaluación o tratamiento de los trastorno de ansiedad.

Tras el análisis comparativo entre segmentos de edad, no se encontraron diferencias claras en las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario. Sin embargo, parece haber un mayor interés de los más jóvenes (18-25 años) por actividades que impliquen información externa al grupo y colaboraciones de especialistas en algunas de las reuniones del GAM.

Los resultados de esta encuesta son muy ilustrativos (pues son pocas las oportunidades que se tienen de conocer en primera persona lo que piensan los propios usuarios sobre los GAM y sus actividades). En próximos años se continuará esta evaluación con encuestas que profundicen más en la evolución y satisfacción de los socios que participan en los GAM.

Agradecimientos:

A todos los miembros de la Asociación AMTAES que han contribuido de forma colaborativa en la redacción y contenidos de este artículo.

Referencias bibliográficas

- ActivaMent Catalunya Associació** (2014). *Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. En: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guia grupos ayudamutua.pdf> (Accedido: 17 febrero 2019).
- AMTAES** (2019). *Página web de la Asociación Española de Ayuda Mutua contra la Fobia Social y otros Trastornos de Ansiedad*. Disponible en <https://amtaes-asociacion.com/> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Canals, J.** (1995). "Las asociaciones de autoayuda en el mundo de la salud: consideraciones sobre los fundamentos de la ayuda mutua". *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 1, pp. 15-27.
- Organización Mundial de la Salud** (1986). "Carta de Otawa". En <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/confli.pdf> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Chutis, L.** (1983). "Special roles of mental health professionals in self-help group development". *Prevention in Human Services*, 2, pp. 69-70.
- Comelles, J. M.** (1985a). "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Jano*, 1985a, 665, pp. 71-83.
- Comelles, J. M.** (1985b). "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". *Jano*, 665, pp. 357-372.
- Hess, R.** (1982). "Self-help as a service delivery strategy". *Prevention in Human Services*, 1, pp. 1-2.
- Laine Lois** (2016). "Esto es vivir con fobia social: Mi vida con ella". En el blog *Entender la fobia social* <http://fobbisoc.blogspot.com> (Accedido: 17 febrero 2019).
- Martín Ferrari, L.; Rivera Gaiztarro, A.; Morandé Lavín, G., y Salido Eisman, G.** (2000). "Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental". *Clínica y Salud*, 11, pp. 231-256.
- Meissen, G. J., y Warren, M. L.** (1994). "The self-help clearinghouse: A new development in action research for community psychology". En Powell, T.J. (ed.) *Understanding the selfhelp organization: Frameworks and findings*. London: Sage, pp. 190-211.
- Miquel Tortella-Feliu** (2014). "Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 (Anxiety disorders in DSM-5)". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, pp. 62-69.

Orsi, J. F., y Pinto Martín, E. (1991). "Liberar la prevención". *Asociación Proyecto Hombre*. Madrid. pp. 22-184 y 209-282.

Rivera Navarro, J. (2005). "Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la Salud: adicciones y enfermedades crónicas". *Revista de Antropología Experimental*, 5, Texto 13, 21 pp.

Ródenas, S. (1996). "Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social". *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 4, pp. 195-205.



Propuesta de implantación de estructuras asistenciales para la promoción universal, selectiva e indicada de la salud y el bienestar emocional en el ámbito educativo

La atención en ámbitos educativos de la salud emocional en jóvenes no ha sido históricamente un área de actuación preferente. De forma paulatina y lentamente, se ha ido asentando esta actuación desde 1977, año en el que se crea la figura del orientador educativo hasta la actualidad en la que no es posible concebir la enseñanza descuidando este aspecto. En este artículo se propone un protocolo de actuación para la detección, evaluación, derivación e intervención de los problemas emocionales en población infanto-juvenil así como los profesionales que podrían responsabilizarse de cada una de estas facetas.

Palabras clave: problemas emocionales, población infantojuvenil, detección, evaluación, intervención.

La complejidad del mundo del siglo XXI está generando que el sistema educativo tenga que hacerse cargo de cada vez más asuntos que repercuten de forma directa en el bienestar del alumnado, lo que complica un sistema educativo que precisa urgentemente de los principios de la investigación para atender a las comunidades educativas con eficacia y rigor.

Hasta hace relativamente poco, en el pensamiento colectivo se compartía la idea de que la familia tenía la responsabilidad de “educar” en el hogar, mientras que la escuela debía limitarse a “enseñar” contenidos exentos de valores. Actualmente, y desde todos los ámbitos educativos, se apuesta por un trabajo coordinado de todos los agentes que intervienen en el desarrollo de los menores. Se concibe la educación como un proceso muy valioso después de cumplir la mayoría de edad y que, por tanto, debe acompañar a lo largo de toda la vida, por lo que la orientación, formación básica y complementaria puede contribuir al bienestar de las personas de cualquier edad.

Nuevas experiencias y contenidos van siendo propuestos al sistema educativo y cada vez más se requiere que éste los integre en el currículo para que el alumnado obtenga en su centro escolar una formación integral y un aprendizaje para la vida, más allá de la mera enseñanza de contenidos.

La educación emocional también se ha incorporado con fuerza al sistema educativo en los últimos años. Es una idea generalizada y compartida en nuestra sociedad que el bienestar de las personas es multifactorial y que difícilmente puede conseguirse de forma parcial. Asimismo, también es comúnmente aceptada la idea de que el sistema educativo debe favorecer el desarrollo integral de las personas, de modo que cada vez tiene más relevancia que los aprendizajes y experiencias que el alumnado obtenga del

sistema educativo le permitan no solo cualificarse como profesionales, sino también crecer como personas y ciudadanos responsables de su propio bienestar y del de las personas que les rodean.

Consideramos que en los tres ámbitos del bienestar integral de las personas: físico, psíquico y social, el sistema educativo puede contribuir de manera decisiva a su desarrollo. Pero esto debe ser implantado con una apuesta firme por la calidad y por un enfoque basado en la evidencia. Para trabajar a favor del bienestar de los niños y jóvenes también es necesario que se implanten políticas basadas en la investigación y en criterios técnicos para que los programas sean efectivos y que repercutan en el bienestar integral del alumnado a medio y largo plazo.

La salud mental en el sistema educativo

Podemos afirmar que en el sistema educativo español la atención a la salud mental apenas se ha tenido en cuenta a lo largo de toda su historia. Por esa tradición ya referida de identificar el sistema educativo con la enseñanza de contenidos asépticos de valores, se entendió siempre que el estado emocional del alumnado, profesorado y familias podía quedarse al margen de los centros escolares. A partir de la incorporación de los orientadores al sistema educativo en 1977 se contempló con esperanza que la salud mental pudiera ser tenida en cuenta en el proceso educativo del alumnado, pues en los años setenta comenzó a considerarse que en el aprendizaje podían existir variables adyacentes como las emocionales de especial significatividad para el éxito escolar. Sin embargo, en la práctica, la actuación de estos profesionales de la orientación se vio muy limitada por la timidez de la apuesta de la Administración Educativa: tres-cinco profesionales por provincia española.

“Por orden de 30 de abril de 1977 (BOE del 13 de mayo) se crean con carácter experimental los Servicios Provinciales de Orientación Escolar y Vocacional (SOEV). Estos servicios dependían directamente de la Dirección General de Educación Básica, concretamente del Servicio de Inspección Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia. (Bisquerra, 1996). Se implantaron a razón de uno por provincia, se ubicaron en la capital de cada una y se dotaron de tres profesionales, número que poco después se ampliaría a cinco, (Benavent, 2000b). Estos profesionales se seleccionaron por concurso público y se contrató a “personal licenciado en Pedagogía, en Psicología o con experiencia en la docencia en Educación General Básica y en actividades orientadoras, haciéndose la selección de personal mediante concurso público” (Repetto, 2002: 403).” (Cobos, 2010: 73).

A lo largo de la transición política hacia la democracia en los años setenta y ochenta, con el reconocimiento de los derechos de niños, mujeres, trabajadores y personas con diversidad funcional, las administraciones educativas tomaron conciencia de la importancia de ofrecer una respuesta hacia la equidad entre ciudadanos que posibilitara una sociedad más justa. Puede afirmarse que la orientación educativa va ligada a la equidad y a la necesidad de dar respuesta a los derechos humanos, especialmente a quienes tienen una peor situación de partida. Desde esa sensibilidad social, asumida por la administración, se aumentó considerablemente el número de orientadores y se crearon equipos multiprofesionales, origen de los actuales Equipos de Orientación, los cuales siguen existiendo con alguna variación en su denominación en todo el territorio español.

Probablemente, la demanda social y el deseo de potenciar la integración escolar del alumnado con diversidad funcional fue lo que movió a la administración educativa a impulsar los equipos de orientación (Cobos, 2010). Todavía entonces no se había acuñado el término “necesidades educativas especiales” (concepto cuyo origen parte del Informe Warnock publicado en 1978 por la Secretaría de Educación de Reino Unido), pero podemos decir que el impulso de la orientación educativa fue el primer paso para que en el sistema educativo se tuviera en cuenta el bienestar físico, psíquico y social, al menos del alumnado con peores condiciones de partida. Los equipos de orientación contaban y cuentan en la actualidad con los siguientes perfiles profesionales: orientación educativa (cuya formación normalmente es de Pedagogía, Psicología o Psicopedagogía), medicina, logopedia, trabajo social y educación social. Perfiles que, como vemos, permiten que se aborden todos los ángulos del bienestar integral. Sin embargo, el número de estos profesionales aún es insuficiente para cubrir las necesidades del alumnado más afectado. De esta forma, el trabajo por el bienestar emocional tiene que contar con la buena voluntad de las maestras y maestros que quieren implicarse en esto, algo que afortunadamente ocurre con mucha frecuencia y que puede considerarse la base de una política estructural a favor del bienestar emocional de la población de educación infantil y primaria.

En los años noventa, y como consecuencia de la aprobación de la LOGSE, se pusieron en marcha en España los Departamentos de Orientación en los institutos. Cada departamento se dotaba de un profesional de la orientación educativa lo que posibilitaba que se pudieran contemplar más variables además de las puramente académicas en el desarrollo escolar del alumnado. Sobre todo porque la LOGSE extendió la edad de escolarización obligatoria de los 14 a los 16 años. Es decir, la Administración educativa se valió de los profesionales de la orientación para impulsar la transformación del sistema educativo para atender a la diversidad y que sea el centro quien proporcione las respuestas educativas para que cada persona pueda optimizar al máximo su potencial.

La primera década de la orientación educativa en los centros de Secundaria no fue fácil, especialmente por tener que hacer frente a las necesidades que implica la educación obligatoria en un contexto que siempre trabajó con alumnado que cursaba una enseñanza no obligatoria como Bachillerato para después ir a la Universidad. Sin embargo, con los años y la eficacia de las intervenciones, la orientación ha sido cada vez más valorada en las comunidades educativas de modo que ya no se concibe un sistema educativo de calidad si no contempla la existencia de la orientación educativa.

La salud mental y el bienestar emocional en el sistema educativo actual

El bienestar emocional en el sistema educativo es una responsabilidad compartida por toda la comunidad educativa. Por tanto, han de estar implicados tanto las familias, como los profesionales o el propio alumnado en el apoyo mutuo. Entre todos los agentes implicados son de especial relevancia los tutores y tutoras y los profesionales de la orientación educativa, es decir, aquellos que más cercanos se encuentran al ámbito de la acción tutorial, que es el que tiene entre los objetivos más prioritarios el del bienestar emocional.

El ámbito de la acción tutorial forma parte de la tríade de competencias de la orientación educativa, por ello, puede decirse que en el sistema educativo actual, la salud mental y el bienestar emocional se abordan desde la orientación educativa, situándose los profesionales de la orientación como los artífices de la misma, ya que estos impulsan las intervenciones que se realizan tanto en prevención, promoción de la salud mental, intervención psicopedagógica y derivación hacia especialistas.

Intervenciones para la promoción de la salud mental

La acción tutorial reúne al conjunto de actuaciones que se ponen en marcha en un centro educativo con el objetivo de complementar los aprendizajes académicos para favorecer el desarrollo de la formación integral de la persona. La acción tutorial es el marco que acoge más variedad de programas, pues son muchos los contenidos que influyen en que se produzca con éxito el aprendizaje académico. En un intento de agrupar estos programas, aportamos la siguiente clasificación:

- Apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje: son todos los programas que más contribuyen al éxito académico, por ejemplo: técnicas de estudio y de trabajo intelectual, programas de enriquecimiento cognitivo o animación a la lectura.
- Convivencia: se trata de los programas que mejoran las relaciones entre las personas y que hacen posible el bienestar social de una comunidad. Entre estos programas se trabajan los siguientes: gestión de conflictos, tutoría entre iguales, trabajo en equipo, programas de cohesión grupal o mediación.
- Educación para la salud: en este apartado se incluyen los programas que contribuyen al bienestar físico y psíquico del alumnado, por ejemplo: educación afectivo-sexual, hábitos de vida saludable, educación para la prevención de drogodependencias, adicciones y tecnoadicciones.

Así, en este zoom por el que vamos acercándonos desde el sistema educativo, pasando por la orientación educativa y la acción tutorial, ponemos el foco en la salud mental y el bienestar emocional, para ver qué tipo de actuaciones se realizan en los centros, estas son: promoción del bienestar emocional, intervención psicopedagógica y prevención de problemas de salud mental y derivación hacia especialistas.

Promoción del bienestar emocional

La promoción del bienestar emocional se realiza sobre todo desde los programas de intervención educativa en el ámbito de la acción tutorial, aunque también el trabajo por la promoción del bienestar emocional puede formar parte del sentir colectivo de la comunidad educativa que permanece siempre velando por este bienestar. Promocionar el bienestar emocional significa estar alerta constantemente en la vigilancia de que la comunidad educativa tenga una convivencia saludable, lo que se relaciona directamente con el clima de centro y de aula.

Los climas emocionales que pueden darse en un centro educativo son similares a los que recoge la meteorología. Hay climas cálidos y otros fríos e incluso a veces se aprecia que se avecina tormenta bajo el techo de una

escuela. Un clima cálido es el que fomenta el bienestar emocional porque las relaciones positivas entre las personas son una de las prioridades del centro educativo y se cuidan especialmente. En los centros donde se trabaja por un clima cálido existen mecanismos para potenciar el bienestar emocional que forman parte de su estructura de funcionamiento, por ejemplo:

- **Mediadores:** se trata de un grupo de alumnado con formación específica en mediación y resolución pacífica de conflictos al que el estudiante que tiene un conflicto puede identificar y solicitar su intervención. La mediación entre iguales resulta siempre muy eficaz ya que trabajar el conflicto desde la misma perspectiva de edad acerca mucho emocionalmente a la persona que tiene problemas con el mediador, pues existe entre ellos una identificación mutua, generándose más empatía.
- **Plan de convivencia:** consiste en el trabajo coordinado a favor de la convivencia positiva en un centro escolar. El plan de convivencia es transversal a todas las actividades del centro y se trabaja tanto a nivel de centro como de aula:

- **En el aula:** se ponen en marcha programas de intervención educativa, especialmente relacionados con la gestión emocional. Es necesario que el alumnado identifique su estado emocional y a partir de ahí sepa cómo gestionar cada estado para buscar no solo el propio bienestar sino también el colectivo, asumiendo la responsabilidad que cada persona tiene en su contexto de colaborar para que todos se sientan bien. Son también muy frecuentes los programas de mindfulness que se implantan en las aulas. Es una técnica que ha llegado a los centros escolares por la que se fomenta la relajación y la atención plena, lo que sin duda repercute en el bienestar emocional y en la mejora del rendimiento académico.
- **En el centro:** se conmemoran las efemérides relacionadas con la paz y la convivencia como:
 - 16 de noviembre: Día de la tolerancia.
 - 20 de noviembre: Día internacional de los derechos de la infancia.
 - 25 de noviembre: Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer.
 - 10 de diciembre: Día internacional de los derechos humanos.
 - 30 de enero: Día escolar de la no-violencia y de la paz.

En estos días, en los centros educativos suelen hacerse actividades para conmemorar estas fechas, consistentes en yincanas, lectura de manifiestos, conferencias de especialistas, visitas, puesta en escena de representaciones, jornadas de convivencia, etc.

- **Aula de convivencia:** es uno de los recursos más empleados en los centros para mejorar la convivencia y que consiste en que el alumnado que ha cometido una falta contra la convivencia, cumpla su sanción en este aula, apartado del grupo-clase y bajo la supervisión de profesorado para trabajar en ese tiempo de sanción en contenidos que mejoren sus habilidades sociales y estado emocional. Sin embargo, cada vez se alzan más voces que entienden que las habilidades sociales deben aprenderse en el propio contexto y que a convivir se aprende conviviendo.

- Segundas tutorías o tutorías personalizadas: es una práctica muy eficaz en los centros pues con esta medida, el alumnado que presenta más dificultades de tipo emocional puede ser atendido de forma personalizada por un docente que le presta especial apoyo emocional y seguimiento tanto en la faceta académica como en la personal.

Sin embargo, en la cotidianeidad de la vida en las aulas, tener asimilada la “Pedagogía del cuidado” en pro del bienestar emocional de la comunidad educativa se basa en detalles más sencillos y sutiles de los que es necesario tomar conciencia y gestionar con eficacia haciendo de ello una técnica a manejar con eficacia, especialmente si se hace de forma consciente. Nos referimos a docentes que se interesan por el alumnado, de forma que han sido capaces de establecer el puente emocional necesario para que el aprendizaje fluya adecuadamente y además se genere el clima de aula necesario para ello, con simples gestos consistentes en “reconocer” a cada estudiante entre el grupo, “conocer” y “re-conocer”, es decir, conseguir que cada persona se sienta única y valorada por su profesorado dentro del aula. Como en el siguiente caso:

“Este profesor comenzaba preguntando al alumnado cómo estaba y les escuchaba, insisto, “escuchaba”. Recordaba quién tenía un padre enfermo, quién se había mudado, o quién había tenido un sobrino el fin de semana. Se interesaba por cada uno. Siempre con serenidad, con escucha, con un gran respeto, haciendo sentir al alumno o alumna que era muy importante. Para muchos, quizá era la primera vez que se sentían importantes en el medio escolar. Gracias a ese clima de aula que este profesor sabía crear, se establecía un puente entre el grupo y la orientadora. La orientadora subía a clases de Lengua y también les escuchaba. Trabajábamos coordinadamente las redacciones, de forma que los alumnos y alumnas pensarán y escribirán sobre lo que querían hacer en el futuro, sobre su familia (muchas de ellas desestructuradas y con graves problemas como desempleo, enfermedad, inmigración...), o sobre otras cuestiones que salían al paso como la violencia o la guerra. Trabajábamos valores, a la vez que la expresión escrita y sobre todo autoestima, pues descubríamos que eran capaces de desenvolverse con éxito en el sistema educativo. Aprendieron mucho, pero nosotros, el profesor de Lengua y la orientadora aprendimos aún más. Nosotros conocíamos su trayectoria escolar, lo que no sabíamos es que estábamos ante magníficas personas, (no es un tópico), con grandes valores, con vidas muy difíciles a pesar de su juventud.” (Cobos, 2008).

En definitiva, al clima de centro en pro del bienestar emocional se contribuye desde la consciencia de que cada persona de la comunidad educativa tiene una responsabilidad en el bienestar de todos y priorizando el estado emocional de las personas al resto de asuntos que se barajan en el medio escolar, pues sabemos que si conseguimos que el alumnado nos permita acceder a sus emociones, el proceso de enseñanza-aprendizaje fluirá de modo que proporcionará más satisfacción a todos los implicados.

Intervención psicopedagógica

En el sistema educativo, la intervención de los profesionales de la orientación nunca puede ser una intervención psicológica clínica aunque la formación de estos profesionales sea de psicología e incluso puedan dedicarse a la clínica como trabajo complementario. La intervención psicopedagógica en el centro educativo consiste fundamentalmente en un acompañamiento coordinado con los especialistas en salud mental que están trabajando desde la perspectiva clínica. La coordinación es fundamental, pues las actuaciones

no coordinadas pueden incluso llegar a provocar interferencias en el proceso de tratamiento de la psicoterapia.

Las intervenciones psicopedagógicas más comunes que se ponen en marcha en los centros educativos para apoyar la intervención psicoterapéutica en el ámbito de la psicología clínica en atención a la salud mental son las siguientes:

- **Acompañamiento y apoyo emocional:** consiste en que como conocedores de que el estudiante está pasando por un tratamiento psicoterapéutico se tiene una especial sensibilidad con este alumnado. En ocasiones empleamos la técnica del “tiempo fuera” para que pueda acudir al profesional de la orientación en momentos de mayor ansiedad o para gestionar sus emociones, como la ira. En otras ocasiones, el orientador es un apoyo emocional al que hacer llegar las confidencias o del que se busca un momento para poner en marcha las técnicas de relajación.
- **Seguimiento coordinado de pautas:** cuando existe coordinación entre los profesionales de la orientación y los de salud mental es posible que las pautas educativas del centro se realicen siguiendo los criterios de la psicoterapia para reforzar esta en el centro educativo. Por ejemplo, las fichas de autorregistro o las técnicas de modificación de conducta son las herramientas más frecuentes, pues al trabajar casos como los relacionados con la hiperactividad o el déficit de atención, el seguimiento de la conducta en el centro educativo es imprescindible de cara a la terapia global y a la obtención de resultados.
- **Coordinación de equipos educativos:** el equipo educativo es el conjunto de docentes y profesionales que intervienen con un estudiante. Se compone tanto de quienes le dan clase, los docentes, como de quienes le atienden desde la intervención educativa: directivos, orientadores y profesionales de la atención a la diversidad. Los profesionales del ámbito educativo pueden trabajar a favor de la intervención terapéutica si conocen que ésta se está produciendo, son sensibles a los trastornos de salud mental y tienen voluntad de seguir las pautas que recomiendan los profesionales. Por ejemplo, en ocasiones los docentes tienen poca formación en psicopedagogía y consideran maleducado al alumno con un trastorno de hiperactividad, o no conocen cómo abordar y/o apoyar el proceso de duelo que está pasando un menor.

En la práctica es muy difícil disociar estas intervenciones pues tienen lugar simultáneamente, aunque siempre una de ellas es la prioritaria. El grado de implicación de los profesionales de la educación y de la orientación en la intervención psicopedagógica depende de factores tales como la receptividad del alumnado y la coordinación que se establezca con las familias y los propios profesionales sanitarios.

Prevención de problemas de salud mental y derivación a especialistas

Desde esta perspectiva de alerta y vigilancia constante del bienestar emocional de toda la comunidad educativa, es común que se encuentre alumnado que esté pasando por un momento delicado de su vida y/o que pueda presentar indicios de algún desequilibrio o desajuste que nos lleve a sospechar que nos encontramos ante un posible problema de salud mental. En estos casos, es necesario recordar que la responsabilidad del centro

educativo es la que atañe a la educación, sin embargo, también es conocido por todos cómo los problemas relacionados con la salud mental influyen de forma directa en el rendimiento académico, de modo que son aspectos directamente relacionados que deben cuidarse pues atañen al bienestar integral de las personas.

Cuando en los centros educativos nos encontramos ante casos donde existe la sospecha de que puede haber un problema de salud mental, el procedimiento es el siguiente:

1. Conocimiento del caso: es frecuente que la persona que tutoriza al grupo sienta esa alarma con la mera observación y que le llame la atención el alumno que pueda estar pasando por un mal momento emocional o tener conductas que divergen de las esperadas para ese grupo de edad de referencia o de las que la experiencia ha ido mostrando como normalizadas al docente. En esos casos, el profesorado acude a los profesionales orientadores, que es el perfil profesional del centro más cualificado en Psicología.
2. Atención por parte del profesional de la orientación educativa: mediante entrevistas (al propio estudiante, su familia y profesorado), observación y pruebas psicopedagógicas podrá valorar el estado del estudiante en el centro y elaborar con todos estos datos un informe de evaluación psicopedagógica, donde se recoja únicamente, insistimos en esta idea, la situación escolar del alumno y cómo la sospecha de un posible trastorno puede estar influyendo en su desarrollo escolar.
3. Derivación al especialista: a través de la familia, ésta debe contactar con el pediatra o médico de cabecera para solicitarle que haga una derivación al especialista en salud mental infantil y juvenil para que la persona afectada pueda recibir la atención especializada, en ese caso, el informe de evaluación psicopedagógica será un documento que el especialista podrá emplear para conocer la situación escolar del paciente, así como la repercusión de su posible disfunción en el ámbito académico.
4. Coordinación: normalmente, cuando se inicia la intervención en psicoterapia, el terapeuta quiere ampliar la información y conocer todos los contextos del paciente por lo que es habitual que exista coordinación entre los profesionales de la salud mental y los del ámbito educativo. Asimismo, es necesario que exista una coordinación para que las pautas que se den en la psicoterapia se mantengan y refuercen en el contexto escolar, especialmente mediante la intervención psicopedagógica.

La promoción del bienestar emocional que queremos en el sistema educativo

Para promover el bienestar emocional en el sistema educativo es necesario trabajar desde la perspectiva de la proacción, lo que significa trabajar en “pro” del bienestar emocional de toda la comunidad educativa y no solo desde un modelo clínico basado en el déficit que acude a paliar el problema cuando se plantea. La proacción también va mucho más allá de la prevención porque desde esta perspectiva no se trabaja contra los problemas sino a favor del bienestar emocional.

Los métodos a los que nos referimos deben tener varios frentes. Por un lado, trabajar con programas educativos en el ámbito de la acción tutorial para que el alumnado aprenda cómo gestionar sus emociones, desde la identificación del estado emocional pasando por la resolución de conflictos, la búsqueda del propio bienestar emocional o el reconocimiento de la necesidad de acudir a ayuda especializada.

Asimismo, los programas deben tener la posibilidad de detectar los posibles trastornos e incluso adelantarse a que estos se produzcan. Del mismo modo en que las vacunas se han extendido a toda la población para evitar e incluso erradicar enfermedades infecto-contagiosas, es necesario que se pongan en marcha programas que sirvan como herramientas para hacer *screening* a toda la población escolar y establecer una criba que permita detectar de forma precoz los posibles trastornos de salud mental para que puedan abordarse de forma satisfactoria.

Estos programas deberían plantearse tal como los protocolos de atención temprana en la etapa infantil o los protocolos para detectar necesidades específicas de apoyo educativo, como las altas capacidades intelectuales. Sería algo tan sencillo como un cuestionario de observación a cumplimentar por las familias y por el profesorado que ejerza la tutoría, donde se realice una primera criba de si existe o no probabilidad de que se dé un posible trastorno de salud mental y/o desequilibrio emocional, para a partir de ahí, profundizar en la evaluación psicopedagógica y determinar necesidades específicas de apoyo educativo y/o derivación hacia especialistas de salud mental infantil y juvenil.

Estos cuestionarios deben ser sencillos, para que puedan ser cumplimentados por personas no especialistas en salud mental, pero que tengan cercana la posibilidad de observar al menor como sus padres o tutores legales. Además de esta sencillez, es imprescindible que contengan las variables que realmente determinan que nos encontramos ante un caso de un posible trastorno por lo que es necesario que esta herramienta se elabore por profesionales con experiencia en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil y en la investigación en este campo. Esta herramienta deberá mostrar su eficacia y validez antes de hacerse generalizado su uso como elemento de abordaje temprano de prevención de los trastornos de salud mental y promoción del bienestar emocional.

En conclusión, es fundamental seguir contando con el apoyo de la administración educativa para que se genere un plan de acción global que tenga una amplia aceptación en la comunidad educativa pues es imprescindible la colaboración de cada profesional en el adecuado desarrollo de ese plan. Así, las tareas a realizar serían:

1.º Elaboración de una batería de detección de posibles problemas emocionales en la población infanto-juvenil. Este procedimiento de evaluación estaría formado básicamente por un autoinforme de cribado en formato de test, que sea viable (corto y simple de aplicar y corregir incluso por profesionales ajenos a la psicología), fiable (que contenga los mínimos errores de medida) y válido (que mida adecuadamente la posible existencia de problemas emocionales). Este autoinforme se confeccionaría por profesionales de la psicología clínica o sanitaria y sería administrado a todo el alumnado del centro por el departamento de orientación del mismo. En el caso de que algún estudiante puntuase por encima del punto de corte del instrumento, se evaluaría con mayor profundidad el caso (entrevistas

psicológicas y psicopedagógicas al adolescente, a su familia y al profesorado responsable).

2.º Calificación del problema encontrado. Esta fase es la base sobre la que se planteará la futura intervención. Así, los problemas podrían ser clasificados en cuatro estratos:

- a) No hay presencia de ningún problema emocional,
- b) Se detecta presencia de características que se relacionan con la futura aparición de problemas emocionales aunque no son en sí problemas emocionales (inhibición conductual, excesiva introversión, baja autoestima, pobres habilidades sociales, bajo control emocional...),
- c) Presencia de problemas emocionales (depresión, algún trastorno de ansiedad...),
- d) Presencia de problemas de riesgo para salud mental (consumo de sustancias, autolesiones, riesgo de suicidio, psicosis, abuso sexual, maltrato...).

3.º Intervención y derivación. En esta fase, el propio centro puede ofrecer, como ya hace, y desde sus propias aulas, programas y talleres psicoeducativos sobre control de emociones (para los estratos a y b de los mencionados anteriormente) gestionados por el departamento de orientación educativa del centro. Pueden implementarse también actuaciones más concretas dirigidas al estrato b, c y d, que podrían materializarse en intervenciones grupales e individuales con las personas afectadas y que estarían organizadas e impartidas por psicólogos sanitarios.

Para las personas incluidas en el estrato d sería necesaria una derivación a los servicios de salud mental y la actuación de psicólogos clínicos. Dentro de este apartado, sería muy conveniente que desde el centro se ofreciesen cursos y talleres de gestión emocional y de psicoeducación sobre problemas emocionales no ya para el alumnado sino también para el profesorado y para las familias de los alumnos. Estos cursos deberían estar impartidos por psicólogos sanitarios.

4.º Coordinación y seguimiento de los casos detectados. Es imprescindible que el centro y los servicios sanitarios actúen en plena sintonía, de tal forma que desde cada unidad fluya la información y se coordinen las tareas a realizar.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por el proyecto PSI2016-79241-R financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, la Red PROEMA “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes” otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

Cobos Cedillo, A. (2008). “Alternativas para convivir en las aulas: una experiencia desde la respuesta educativa”, *Escuela* n.º 3.786, p. 25.

Cobos Cedillo, A. (2010). *La construcción del perfil profesional de orientador y de orientadora. Estudio cualitativo basado en la opinión de sus protagonistas en Málaga*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

MATERIALES

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

Selección de referencias documentales Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

Esta bibliografía contiene una selección de documentos que forman parte del catálogo de la **Biblioteca del Instituto de la Juventud**. Se puede solicitar copia del material susceptible de reproducción, según la legislación vigente, así como la realización de otras búsquedas, en: Biblioteca de Juventud, Marqués de Riscal, 16.- 28010 MADRID. Tel.: 917827473. biblioteca-injuve@injuve.es.

También es posible ampliar la búsqueda o realizar una nueva consultando el [Catálogo en línea](#) de la Biblioteca.

Los números anteriores de la "Revista de Estudios de Juventud" están disponibles en línea a texto completo en la [web del Instituto](http://www.injuve.es): <http://www.injuve.es>.

Abuso del móvil en estudiantes universitarios y perfiles de victimización y agresión / María Isabel Polo del Río... [et al.].

En: Adicciones n. 29, p. 245-255, (2017) ISSN 0214-4840

La gran mayoría de jóvenes disponen de teléfono móvil, convirtiéndose en un objeto imprescindible en su vida. En este trabajo se pretende estudiar las repercusiones sociales, personales y comunicacionales del abuso del móvil de los estudiantes universitarios, y profundizar en los diferentes perfiles del ciberacoso, analizando quién presenta más problemas personales y sociales con el uso del móvil.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/837/843>

Acoso escolar: I Estudio sobre el 'bullying' según los afectados y líneas de actuación.-- [Madrid]: Fundación Mutua Madrileña; Fundación Anar, 2016. -- 30 p.: principalmente il.

Los casos de acoso escolar atendidos en el Teléfono ANAR se incrementaron casi un 75% en el último año y se han cuadruplicado desde 2009. Según el análisis del testimonio de los chicos, recogido de manera sistemática por los psicólogos que les atienden, el acoso escolar más habitual es la violencia psicológica y suele agravarse a la salida de las aulas a través de las nuevas tecnologías. Las redes sociales, y especialmente los grupos de WhatsApp creados específicamente para criticar e insultar, se han convertido, según los datos, en un nuevo instrumento para el *bullying*.

<http://www.anar.org/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-Bullying-Seg%C3%BAAn-los-Afectados-Abril-2016.pdf>

Adaptación al español del cuestionario Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) en una muestra de adolescentes / Joaquín González Cabrera ... [et al.]

En: Actas Españolas de Psiquiatría, julio-agosto 2017 vol. 45, n. 4, p. 137-144, ISSN (Internet) 1578-2735.

La nomofobia se define como el temor a ser incapaz de comunicarse a través del *smartphone*. Es un trastorno que se asocia a ansiedad, nerviosismo, malestar y angustia cuando se pierde el contacto con el Smartphone o el ordenador. Tras examinar sus propiedades psicométricas, se estima que el cuestionario es una herramienta suficientemente válida y fiable para evaluar la nomofobia.

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-137-44-401770.pdf>

Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento = Adolescents with Internet Gaming Disorder (IGD): profiles and treatment response / María Martín-Fernández ... [et al.]. En: Adicciones -publicación en avance- (2016) ISSN 0214-4840

Las demandas de tratamiento de adolescentes con problemas relacionados con el uso de videojuegos han incrementado significativamente. La mayoría de casos presentan un trastorno mental comórbido que compromete ambas patologías. El objetivo del presente estudio es describir los perfiles de adolescentes con Trastorno por Juego en Internet (IGD) según la comorbilidad y analizar la respuesta al tratamiento a los 3 y 6 meses.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/890>

Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries / Suzet Tanya Lereya ... [et al.].

En: The Lancet Vol. 2, n. 6 (June 2015); p. 524-531

Investigación cuyo objetivo es determinar si el maltrato infantil y el acoso con intimidación entre chavales pueden tener efectos a largo plazo en los adultos, tanto si se dan de forma conjunta como aislada. Se determina que, independientemente del país, los niños que sufren ambos tipos de maltrato tienen un mayor riesgo de tener problemas de salud mental (ansiedad, depresión, autolesión o tendencias suicidas) frente a los que solo sufren un tipo de maltrato.

<http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2815%2900165-0/fulltext>

Bullying: una falsa salida para los adolescentes / José Ramón Ubieto (ed.); Ramón Almirall ... [et al.]; [prólogo de Joan Subirats].-- 2ª ed.-- Barcelona: Ned Ediciones, 2016. -- 158 p.; 21 cm.-- (Biblioteca de infancia y juventud)

El acoso escolar ha existido siempre pero con los medios sociales de difusión se potencia su visualización y genera en las víctimas un acoso más potenciado y difícil de manejar por los docentes y las familias. En esta etapa la sexualidad se hace más presente y los jóvenes pueden manipular el cuerpo de otros para poner a resguardo el suyo.

ISBN 978-84-944424-6-9

Casi un millón de adolescentes españoles están en riesgo de sufrir adicción a internet.-- Madrid: Kelisto.es, 2016.-- 6 p.

Más de 45.300 adolescentes presentan un patrón de comportamiento que se caracteriza por la pérdida de control sobre el uso de Internet. Esto puede alterar sus hábitos de conducta y puede conducirlos al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales y la higiene personal, así como provocar un menor rendimiento académico. En España, el 32% de los adolescentes internautas pasa más de tres horas al día conectado a la red, por lo que puede considerársele en riesgo de desarrollar una adicción a Internet.

<https://bit.ly/2sHOu2K>

Children, Adolescents and Screens: What We Know and What We Need To Learn / Editor Pamela Hurst-Della Pietra.

En: *Pediatrics*, vol. 140, (supplement 2) n. 3 (noviembre 2017), 166 p.
ISSN: 1098-4275.

Recoge las ponencias expuestas en el coloquio; "Digital Media and Developing Minds", donde casi 200 de los principales investigadores multidisciplinares se reunieron para compartir sus conocimientos en relación al estado actual de las investigaciones sobre los efectos de los medios de comunicación juvenil y recomendaciones al respecto.

http://pediatrics.aappublications.org/content/140/Supplement_2

Conductas de ciberadicción y experiencias de *cyberbullying* entre adolescentes / Pilar Arnaiz... [et al.].

En: *Anales de psicología*, 2016, vol. 32, n. 3 (octubre), p. 761-769.
ISSN web 1695-2294

Analiza el consumo que una muestra de adolescentes hace del móvil y del ordenador, de conductas de ciberadicción, y de *bullying* y *cyberbullying*, teniendo en cuenta su relación con el sexo y el nivel educativo. También se relaciona el consumo con la supervisión familiar durante la conexión a la red. Se aplicó un cuestionario a 1353 escolares de Educación Secundaria y Bachillerato, de 12-21 años.

<http://revistas.um.es/analesps/article/download/analesps.32.3.217461/196761>

Convivencia y ciberconvivencia: un modelo educativo para la prevención del acoso y el ciberacoso escolar / Rosario Ortega-Ruiz, coord.-- Boadilla del Monte, Madrid: Antonio Machado Libros, 2015. -- 317 p.; 22 cm.--

(Machado nuevo aprendizaje; 8)

Bibliogr.: p. 311-317.

ISBN 978-84-7774-035-3

Incluye iniciativas y estrategias a desarrollar con escolares, docentes y familias para prevenir los riesgos que para la vida social de los jóvenes tiene la ciberconvivencia y el acoso escolar.

Dependencia emocional en el noviazgo y consecuencias psicológicas del abuso de internet y móvil en jóvenes / Ana Estévez ... [et al.].

En: *Anales de Psicología* Vol. 33, n. 2 (mayo 2017), p. 260-268
ISSN 1695-2294

Texto en español e inglés.

Incluye referencias bibliográficas.

Con una muestra de 535 jóvenes universitarios, los resultados de este estudio muestran que habría diferencias de género en el abuso de móvil, depresión y autoestima. Además, la dependencia emocional correlacionaría con el abuso de Internet y móvil, y ambos constructos correlacionarían con ansiedad, depresión y autoestima. Finalmente. La dependencia emocional sería predictora del abuso de Internet y móvil.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.255111>

Dimensions of parenting styles, social climate, and bullying victims in primary and secondary education / Fuensanta Cerezo Ramírez ... [et al.].

En: *Psicothema*, Vol. 30, n. 1, 2018, p. 59-65

ISSN 0214 - 9915

Analiza cómo perciben los estilos de crianza y el clima social los estudiantes de Educación Primaria y Secundaria y si existen diferencias entre los estudiantes de estas dos etapas. También trata sobre la relación de estas

percepciones entre las víctimas de bullying y ciertos factores socio-afectivos de los iguales.

<http://www.psicothema.com/pdf/4451.pdf>

Educación física emocional en adolescentes: identificación de variables predictivas de la vivencia emocional / Conxita Duran ... [et al.].

En: CCD: Cultura, Ciencia y Deporte año 11, vol. 10, n. 28 (2015), p. 5-18; ISSN: 1989-7413

Examina la capacidad predictiva de seis variables dominio acción motriz, competición, género, tipo de emoción e historial deportivo para explicar la intensidad emocional suscitada en la práctica de juegos deportivos. Se destaca que los juegos deportivos generan intensidades elevadas de emociones positivas. El tipo de juego y la competición son las principales variables predictivas de la alegría, el humor y la felicidad. Este estudio aporta criterios sobre la utilización del juego deportivo en programas de educación física emocional en adolescentes.

<http://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/511/314>

Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013-2014 Survey /

Edited by: Jo Inchley.-- Copenhagen: World Health Organization, 2016.-- 276 p.: tablas, gráf.-- (Health Policy for Children and Adolescents; 7). ISBN 978-92-890-5136-1

Recoge los datos de casi 220.000 jóvenes en 42 países de Europa y América del Norte. El foco de atención se ha puesto en el contexto social (relaciones con la familia, compañeros y escuela), los resultados de salud (salud subjetiva, lesiones, obesidad y salud mental), los comportamientos de salud (patrones de alimentación, cepillado de dientes y actividad física) y los comportamientos de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y cannabis, comportamiento sexual, peleas, intimidación) relevantes para la salud y el bienestar de los jóvenes. Aporta nuevos datos sobre migraciones, ciberacoso, etc.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1

Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud / Avilés,

José María... [et al.].-- Madrid: Hospital Universitario La Paz; Sociedad Española de Medicina del Adolescente; Red.es, 2015. -- 128 p.

Guía hecha con el fin de definir el ciberacoso, determinando sus características y tipología. Analiza conceptos como "ciberbullying" o "grooming" a partir del uso que hacen los jóvenes de las redes sociales, asimismo presentan pautas para detectar este tipo de abusos y saber cómo hacerles frente.

http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FB blanco.pdfhttp://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_Herramientas_Consulta_FB.PDF

Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos /

Subdirección General de Inspección Educativa.-- Madrid: Consejería de Educación, Juventud y Deporte, 2017.-- 90 p.

ISBN: 978-84-451-3584-6

Guía cuyo objetivo es facilitar a los centros docentes las claves, instrumentos y herramientas para una lucha eficaz contra el acoso, un sistema sencillo

para la detección de situaciones de acoso o riesgo de acoso y un protocolo de intervención destinado a garantizar los derechos básicos de los alumnos y la seguridad jurídica de los centros.

<https://bit.ly/2T9EJEC>

Guía para el uso seguro y responsable de internet por los menores: itinerario de mediación parental / Menores. Oficina de Seguridad del

Internauta.-- [Madrid]: Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Instituto Nacional de Ciberseguridad, [2015?]. -- 24 p.: il.

Recomendaciones para abordar las estrategias y pautas necesarias en la actividad educadora de los padres: supervisión, orientación y acompañamiento en Internet, y a la hora de establecer límites y normas; pautas de mediación parental en función de la edad del menor, con las que ir evolucionando en función de sus necesidades y madurez; recomendaciones específicas sobre el uso de las tecnologías para comportarse de manera adecuada en línea, prevenir el acoso, gestionar de manera apropiada la privacidad y la identidad digital, y protegerse ante virus y fraudes; cómo actuar en caso de producirse un incidente en Internet (ciberacoso, suplantación de identidad, filtración de imágenes comprometidas...).

https://menores.osi.es/sites/default/files/contenidos/documentos/osi_menores_guia_mediacion_parental_internet.pdf

Guía SOS Ciberacoso: Educadores / Red.es.-- [S.I.]: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2015. -- 34 p.

Protocolo de intervención del ciberacoso escolar (*ciberbullying*), que incluye guía para el trabajo de la acción tutorial y, de modo especial, de la responsabilidad directiva en los centros educativos en relación a esta problemática.

http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_SOS_Educadores_vf_pi.pdf

Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria / Olalla Varela-Besteiro... [et al.].

En: Actas Españolas de Psiquiatría, julio-agosto 2017 vol. 47, n. 4, p. 157-66, ISSN (Internet) 1578-2735

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con TCA. Un segundo objetivo es estudiar la asociación entre conducta autolesiva e ideación suicida, gravedad de la sintomatología alimentaria, depresiva, ansiosa, motivación para el cambio y perfeccionismo.

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-157-66-616839.pdf>

II Estudio sobre acoso escolar y *ciberbullying* según los afectados: Informe del Teléfono ANAR.-- Madrid: Fundación Mutua Madrileña; Fundación ANAR, 2017.-- 94 p.: gráf.

El propósito de la investigación es comparar los resultados del primer informe (que se correspondían con datos entre los años 2013 y 2015) y los resultados del año 2016, tomando en consideración el contexto social de cambio de actitudes, para conocer la evolución del acoso escolar y del *ciberbullying* entre las víctimas y los cambios producidos en sus entornos detectados en el último año.

<http://www.fundacionmutua.es/Estudios.html>

Jóvenes: bullying y cyberbullying / Coordinadores: Benjamín Ballesteros y Leticia Mata.

En: Revista de Estudios de Juventud, Injuve, n. 115, marzo 2017, 279 p.

ISSN: 0211-4364

Número monográfico.

Recoge un análisis amplio del acoso escolar y del *cyberbullying* desde diferentes perspectivas. Muestra las diferentes acciones tanto en el ámbito de las instituciones públicas como de las privadas que se están llevando a cabo contra este problema, tanto a nivel nacional como autonómico o internacional.

<http://www.injuve.es/observatorio/infotecnologia/revista-no-115-jovenes-bullying-y-cyberbullying>

Patterns of Behavioural and Emotional Difficulties through Adolescence: The Influence of Prosocial Skills / Javier Ortuño-Sierra ... [et al.].

En: Anales de Psicología Vol. 33, Nº 1 (ene. 2017), p. 48-56

ISSN 1695-2294

Los resultados de este estudio realizado a estudiantes de 14 a 18 años indica la mayor presencia de dificultades de tipo externalizante en los hombres y de tipo emocional y capacidades prosociales en mujeres.

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.1>.

Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood: prospective cohort study in the United Kingdom / Lucy Bowes... [et al.].

En: BMJ Open. Research, [London]: British Publishing Group, 2014 (marzo 2015), 9 p

ISSN: 2044-6055

Investigación para conocer la asociación entre los malos tratos sufridos por compañeros a la edad de 13 años y la depresión a los 18. Es imposible tener la certeza de que las asociaciones son causales. Sin embargo, los resultados son consistentes con la hipótesis de que la victimización por pares en la adolescencia se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollar una depresión de adulto.

<http://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h2469.full.pdf>

Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental / Mónica Díaz de Neira ... [et al.].

En: Revista de Psiquiatría y Salud Mental, v. 8, n. 3, 2015; p. 137-145.

Las conductas suicidas y autoagresivas de los adolescentes suponen un importante problema de salud pública. En esta investigación con una muestra de 267 adolescentes de entre 11 y 18 años por el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, se les administró a todos los pacientes la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas que evalúa la presencia, frecuencia y características de la ideación suicida, la planificación suicida, los gestos de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida.

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevalencia-funciones-los-pensamientos-conductas-S188898911300102X>

Preventing suicide among lesbian, gay and bisexual young people: a toolkit for nurses / Public Health England.-- Londres: Public Health England, 2015. -- 32 p.

Guía de apoyo destinada a enfermeros para la prevención del suicidio entre jóvenes homosexuales y bisexuales. Contiene un conjunto de recomendaciones para dotar a los sanitarios de las herramientas y conocimientos necesarios que les permitan reconocer, identificar y actuar ante una situación de riesgo en la salud mental del colectivo juvenil de LGTBI. Se pretende proporcionar una mayor protección a estos jóvenes y disuadirlos de llevar a cabo acciones suicidas.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/412427/LGB_Suicide_Prevention_Toolkit_FINAL.pdf

Protocolo de detección e intervención en la atención a víctimas de ciberdelincuencia de género.-- Sevilla: Instituto de la Mujer, [2015]. -- 110 p. El uso de las TIC no siempre es igualitario y positivo para la mujer, ya que cada vez con más frecuencia se cometen atentados contra los derechos de las mujeres usándolas. Algo que está afectando especialmente a las adolescentes y jóvenes, aunque no de manera exclusiva. Con este protocolo se pretende dar una atención a las víctimas o posibles víctimas adaptada y completa en la era digital en la que nos encontramos.

<http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2015/143528391.pdf>

Relevancia del aprendizaje cooperativo sobre los diferentes perfiles de la dinámica *bullying*: un análisis mediante pruebas de tamaño del efecto / Benito León del Barco... [et al.]. En: Anales de psicología vol. 32, nº 1 (enero 2016), p. 80-88 ISSN 1695-2294

Pretende determinar en qué perfil de la dinámica *bullying* (agresor, víctima, observador) es más relevante. Con el fin de evaluar las conductas de acoso se diseñó el instrumento "Escala de Frecuencia de Acoso Escolar entre iguales" desde las distintas perspectivas.

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.1>.

Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study / Lucy Bowes...[et al].

En: The Lancet Psychiatry vol. 2 (septiembre 2015), p. 793-800.

El objetivo del estudio fue probar si la auto-identificación como gótico está asociada con la aparición de la depresión clínica y las autolesiones en la edad adulta temprana. Se concluye que los jóvenes que se identifican con la cultura gótica podrían estar en un mayor riesgo de depresión y de autolesión.

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(15\)00164-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00164-9.pdf)

Sexting.-- [S.I.]: Internet Segura for Kids, 2017.

Mediante el *sexting*, se envían a través del teléfono móvil u otro dispositivo con cámara, fotografías o vídeos producidos por uno mismo con connotación sexual. El riesgo está en que una vez enviados estos contenidos, pueden ser utilizados de forma dañina por los demás. Desde la sociedad se fomentan roles excesivamente sexualizados y el concepto de privacidad es cada día más confuso. Debido a este contexto, la prevención debe centrarse en la reducción de riesgos y el desarrollo de la capacidad de crítica del menor, para que actúe de forma responsable.

<https://www.is4k.es/necesitas-saber/sexting?origen=d3> Web

The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study / Raquel Muñoz-Mirallas ... [et al.].

En: BMC Pediatrics (2016), 11 p. ISSN 1471-2431

Con una muestra de 5.538 estudiantes de ESO entre 12-20 años en institutos de Barcelona se ha estudiado el uso que hacen los jóvenes de Internet y los dispositivos electrónicos, así como sus consecuencias, tales como consumo temprano de drogas, bajo rendimiento académico y escasa relación con sus familias.

<http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0674-y>

The role of technology in peer harassment: does it amplify: harm for youth? / Kimberly J. Mitchell ... [et al.].

En: Psychology of Violence vol. 6, n. 2 (2016); p. 193-204; ISSN: 2152-081X
Analiza las características y el impacto emocional de los incidentes de acoso entre pares centrándose en el grado de la participación de la tecnología. En el 15% de los casos de acoso sólo están involucradas las nuevas tecnologías y 31% son incidentes mixtos (con y sin el uso de tecnologías) provocando, estos últimos, un impacto emocional más grave en la víctima. Concluye indicando que hay que dar prioridad a los casos de acoso mixto entre iguales por parte de los educadores, tratando de identificar los casos más graves y perjudiciales.

<http://www.apa.org/pubs/journals/releases/vio-a0039317.pdf>

Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes = Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents? / Matilde Bousoño Serrano ... [et al.].

En: Adicciones -publicación en avance- (2016) ISSN 0214-4840
Estudio que forma parte del proyecto europeo "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE), con una muestra compuesta por 1026 adolescentes de 14 a 16 años. Se ha observado que las variables con capacidad predictiva sobre las conductas suicidas fueron: tentativas suicidas previas, síntomas depresivos, uso desadaptativo o patológico de internet, problemas con los compañeros y consumo de alcohol.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/811>

Variabes asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes / Antonio Rial Boubeta ... [et al.].

En: Health and Addictions Journal = Salud y Drogas Vol. 15, n. 1 (2015); p. 25-38 ISSN 1988-205X.

Estudio de la relación existente entre el uso problemático de Internet y diferentes variables (sociodemográficas, el papel de los padres, el rendimiento académico, hábitos de uso y consecuencias asociadas). Los resultados revelan que el 26,6% de los adolescentes consultados presentan un uso problemático, asociado a un menor rendimiento académico y a una mayor presencia de problemas físicos y psicosociales. También se constata que el hecho de ser mujer o que los padres no sean usuarios de la Red, son factores predeterminantes.

<http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/download/223/238>

Yo a eso no juego: bullying y cyberbullying en la infancia / Coordinadora: Ana Sastre; autores Juan Calmaestra ... [et al.].-- [Madrid]: Save the Children España, 2016. -- 129 p.: gráf., tablas.

Estudio realizado mediante una encuesta a más de 21.000 estudiantes de entre 12 y 16 años. Aborda el tema del acoso escolar y el ciberacoso, describiendo las formas que adoptan y lo que se puede hacer para evitarlo

enfocando adecuada y racionalmente la acción pública, tanto a nivel nacional como autonómico y local.

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo -ANAR-

I Estudio sobre ciberbullying según los afectados: Informe del teléfono

ANAR / Fundación ANAR, Fundación Mutua Madrileña.-- [Madrid]:

Fundación Mutua Madrileña; Fundación Anar, [2017].-- 80 p.: gráf., tabl. en col.; 30 cm.

El objetivo de esta investigación es conocer las características principales del acoso escolar y, más en concreto del *ciberbullying*, desde la perspectiva de las víctimas y sus familias, y su comparación con otros tipos de acoso escolar, así como sus consecuencias. Además se analizan también el perfil de los acosadores y el papel del profesorado.

http://www.acabemosconelbullying.com/recursos/pdf/INFORME_I_%20ESTUDIO_CIBERBULLYING.pdf

Álvarez García, David.

Ciberagresión entre adolescentes: prevalencia y diferencias de género. = Cyberaggression among Adolescents: Prevalence and Gender Differences /

David Álvarez-García, Alejandra Barreiro-Collazo, José-Carlos Núñez.

En: Comunicar, enero 2017, n. 50, p. 89-97, e-ISSN: 1988-3293

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una prevalencia muy variable. La ciberagresión verbal y la exclusión *online* son más habituales que la suplantación y la ciberagresión visual. Por lo general, no existen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas. En los casos en que existen, la tendencia general es que los chicos son más agresores y las chicas más víctimas.

<https://doi.org/10.3916/C50-2017-08>

Álvarez Idarriaga, Gema.

Intervención con adolescentes víctimas de ciberbullying: un abordaje desde el trabajo social = Intervention with adolescent victims of cyberbullying: an approach based on social work /

Gema Álvarez Idarriaga.

En: Trabajo Social Hoy n. 74, 1er cuatr. 2015, p. 75-92 ISSN: 1134-0991

El artículo se centra en las características distintivas del *ciberbullying*, sus semejanzas con otras formas de violencia entre iguales más tradicionales que prevalecen en España, y cómo las distintas investigaciones nacionales e internacionales ayudan a analizar los riesgos reales de un uso inadecuado de Internet por parte de los menores. Finalmente se aborda la figura del trabajador social y las distintas estrategias de intervención que adopta dentro de la intervención social con adolescentes víctimas de acoso digital.

Aniz Díaz, Elena.

La fuerza del valiente está en el corazón / Elena Aniz Díaz y Malena Gómez Fridman.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 179-195 ISSN: 0211-4364

En enero de 2017 Mediaset España, a través de su proyecto de comunicación social 12 Meses, lanzó la campaña "Se buscan valientes contra el acoso escolar". El artículo es un viaje a través del proceso racional y creativo con el que se han enfrentado desde la gestación de la campaña hasta la emisión de todas las piezas que la componen.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_10_la_fuerza_del_valiente_esta_en_el_corazon.pdf

Arcelay, Carlos.

Suicidios juveniles, cómo reconocer las señales / Carlos Arcelay.

En: El Mundo. 28/10 2017

Se trata de un gran tabú del que se habla muy poco. Cada año en España se quitan la vida más de 300 jóvenes menores de 30 años, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), una cifra que va aumentando de manera lenta pero constante, hasta el punto de que se ha convertido en la primera causa de muerte en esa franja de edad.

<http://www.elmundo.es/yodona/lifestyle/2017/10/28/59ef06c322601d876b8b467f.html>

Ballesteros Barrado, Benjamín.

Teléfono ANAR: la herramienta de prevención, detección e intervención frente al acoso escolar y el ciberbullying en España / Benjamín Ballesteros Barrado.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 239-260 ISSN: 0211-4364

El Teléfono ANAR, ha conseguido estar integrado en la red de Protección a la Infancia de nuestro país, siendo uno de los primeros contactos del niño, niña o adolescente con el Sistema de Protección Español, muy especialmente en el acoso escolar. Con este artículo se pretende exponer éste fenómeno, a partir de los principales datos recogidos en el Teléfono ANAR en los últimos 4 años.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_14_telefono_anar_herramienta_de_prevencion_deteccion_e_intervencion_frente_al_acoso.pdf

Björkenstam, Charlotte.

Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548.721 adolescents and young adults in Sweden / Charlotte Björkenstam, Kyriaki Kosidou, Emma Björkenstam.

En: British Medical Journal n. 357 (2017), 7 p.

Estudio llevado a cabo en jóvenes y adolescentes (0-14 años) de Suecia con el propósito de examinar la relación entre la adversidad infantil, el papel del rendimiento escolar y la psicopatología infantil y el riesgo de suicidio presente en sus familias y hogares.

<http://www.bmj.com/content/bmj/357/bmj.j1334.full.pdf>

Blasco-Fontecilla, Hilario.

Posmodernidad, sociedades adictivas, cannabis y comportamiento suicida: ¿Hacia un mundo feliz? / Hilario Blasco-Fontecilla.

En: Adicciones n. 30 (1) (2018), p. 3-8 ISSN 0214-4840

Análisis del consumo de cannabis y su relación con los jóvenes y los comportamientos suicidas. El estudio se centra en el aumento del porcentaje de esta sustancia por la gente joven y los problemas de salud que puede generar.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1104>

Caravaca Sánchez, Francisco.

Asociación entre victimización por *bullying* y consumo de sustancias entre la población universitaria de España = Association between bullying

victimization and substance use among college students in Spain /

Francisco Caravaca Sánchez ... [et al.].

En: Adicciones Vol. 29, Nº 1 (2017), p. 22-32 ISSN 0214-4840

El estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia y la asociación entre victimización y consumo de sustancias psicoactivas entre la población universitaria en el sureste de España en una muestra de 543 estudiantes universitarios. Los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/827>

Carballo Belloso, Juan José.

Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes / Juan José Carballo Belloso y Julián Gómez Peñalver.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*",

Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 207-221 ISSN: 0211-4364

Revisión de los estudios longitudinales llevados a cabo hasta la fecha en los que se ha evaluado de forma prospectiva la relación entre el *bullying* y las conductas autolesivas suicidas no suicidas. Los resultados sugieren una fuerte asociación causal entre experiencias de *bullying* en la infancia y el posterior desarrollo de pensamientos y/o conductas autolesivas, lo que subraya la importancia de una adecuada detección de este factor de riesgo potencialmente modificable.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_12_relacion_entre_el_bullying_autolesiones_ideacion_suicida_e_intentos_autoliticos_en_ninos.pdf

Casado, Miguel Ángel.

Los niños y niñas de la brecha digital en España / Miguel Ángel Casado ...

[et al.].-- Madrid: UNICEF Comité Español, 2018. -- 68 p.: il., gráf., tablas.

ISBN 978-84-942273-8-7

Estudio que analiza las oportunidades y riesgos de internet y profundiza en los colectivos más vulnerables en nuestro país, los niños y adolescentes de la brecha digital.

<https://www.unicef.es/publicacion/estado-mundial-de-la-infancia-2018-los-ninos-y-ninas-de-la-brecha-digital>

Castro Clemente, Concepción.

El fenómeno de la violencia entre iguales en España: Roles, género, edad, actitudes y estrategias de intervención / Concepción Castro Clemente.

En: Revista Cátedra Paralela n. 13 (2016), p. 127-154 ISSN1669-8843

Analiza las características, clases, fases, síntomas, roles y respuesta que dan estudiantes, profesores y padres ante un suceso de maltrato en el contexto escolar. También describe las estrategias que se pueden elaborar en las instituciones educativas ante la agresión entre iguales.

http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00190f001t1.pdf

Castro Clemente, Concepción.

Intervención social con adolescentes: Necesidades y recursos = Bullying, a moral issue: Social intervention with adolescents: Needs and resources / Concepción Castro Clemente, Esther Rodríguez López.

En: Trabajo Social Hoy n. 77 (ene. 2016), p. 7-23 ISSN 1134-0991

La adolescencia es una etapa que puede resultar confusa y difícil, en la que se pueden presentar conductas desajustadas y de riesgo. La familia

y la escuela requieren de un trabajo en equipo para afrontar este tipo de conductas con la ayuda de recursos institucionales.

<http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0001>

Cobos-Sánchez, Lidia.

Inteligencia emocional y su papel en el ajuste psicológico en la adolescencia = The role of Emotional Intelligence in Psychological Adjustment among Adolescents /Lidia Cobos-Sánchez, Juan M. Fluja-Contreras, Inmaculada Gómez-Becerra.

En: Anales de Psicología Vol. 33, n. 1 (ene. 2017), p. 66-73 ISSN 1695-2294

El objetivo del estudio es explorar las relaciones entre Inteligencia Emocional (IE) y aspectos comportamentales y de personalidad, así como analizar las diferencias entre los perfiles de IE en el contexto educativo y social.

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.1.240181>

Cooklin Díaz, Lorenzo.

#NoBullying: Una acción integral contra el acoso escolar /Lorenzo Cooklin Díaz.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 167-178 ISSN: 0211-4364

Fundación Mutua Madrileña y ANAR han iniciado una línea específica de actuación para ayudar a acabar con el acoso y el ciberacoso escolar. Ambas entidades han puesto en marcha la campaña "#NoBullying". Acabar con el *bullying* comienza en ti, una acción integral que se lleva a cabo fundamentalmente en redes sociales y centros escolares. La campaña hace hincapié en la figura del espectador, es decir, los chicos y chicas que son testigos del *bullying* y que ríen y callan la acción del acosador.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_9_no_bullying_una_accion_integral_contra_el_acoso_escolar.pdf

Donoso Vázquez, Trinidad.

La adolescencia ante la violencia de género 2.0: concepciones, conductas y experiencias / Trinidad Donoso Vázquez y Ruth Vilà Baños.

En: Revista de la Facultad de Educación, Educación XXI, 2018, Vol. 21, n. 1, p. 109-134 ISSN: 1139-613X

Los resultados obtenidos de este estudio demuestran que los adolescentes creen que hay más violencia *online* que *offline*; y perciben las acciones más directas y evidentes ligadas a la violencia sexual, pero en cambio las conductas menos violentas como las que la mujer es tratada como objeto sexual o las conductas de control sobre la pareja a través de los entornos virtuales. La tendencia a la agresión es masculina, pero las chicas muestran más conductas agresoras en violencias relacionados con los mitos del amor romántico.

<http://revistas.uned.es/index.php/educacionXXI/article/view/20180>

Fernández-Montalvo, Javier.

Hábitos de uso y conductas de riesgo en Internet en la preadolescencia / Javier Fernández Montalvo, María Alicia Peñalva Vélez, Itziar Irazabal.

En: Comunicar, 1º semestre (Enero 2015) vol. XXII, n. 44. p. 113-120 tabl E-ISSN: 1988-3293

Análisis del patrón del uso de Internet en una muestra de 364 estudiantes navarros de entre 10 y 13 años. Los resultados mostraron un uso elevado de Internet en general pero con diferencias entre sexos. Las chicas utilizan más Internet para las relaciones sociales, mientras que los chicos tienden

a otro tipo de usos, como los juegos *online*. Además, se encontraron algunas conductas de riesgo, como quedar con desconocidos, dar datos personales o enviar fotos y vídeos, también se detectaron comportamientos relacionados con *ciberbullying*. Estos resultados indican la necesidad de establecer programas de prevención para el uso seguro y responsable de Internet.

<http://dx.doi.org/10.3916/C44-2015->

Fuentes, Juan Luis.

Vivir en Internet: retos y reflexiones para la educación / Juan Luis Fuentes, Francisco Esteban, Carmen Cano.-- Madrid: Síntesis, 2015. -- 155 p.
ISBN 978-84-9077-174-7

El uso de internet ha traído éxitos para la educación, pero también dificultades. Lo que se pretende es que la educación haga un buen uso de internet y evitar que la red gobierne el hecho educativo. Cuestiones como la dependencia de internet, el cuidado de la intimidad, la relación educativa en la red, la veracidad de la información o el ciberacoso se analizan con detalle en este libro, dirigido tanto a un público general como especializado.

Garaigordobil Landazabal, Maite.

Effects of Cyberprogram 2.0 on face-to-face; bullying, cyberbullying, and empathy / Maite Garaigordobil and Vanesa Martínez-Valderrey.

En: *Psicothema* vol. 27 (2015), n. 1; p. 45-51 ISSN 0214-9915

La prevalencia del *cyberbullying* y sus nocivos efectos sobre todos los implicados evidencia la necesidad de plantear programas para prevenir y/o intervenir sobre este tipo de violencia. El estudio tuvo como objetivos evaluar los efectos de Cyberprogram 2.0 en las conductas de *bullying* cara-a-cara, de *cyberbullying* y en la empatía.

<http://www.psicothema.com/pdf/4234.pdf>

Garaigordobil Landazabal, Maite.

Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying / Maite Garaigordobil and Juan Manuel Machimbarrena.

En: *Psicothema* 2017, Vol. 29, n. 3 p. 335-340 0214 - 9915

El estudio analiza diferencias en variables familiares (estrés, competencia y prácticas educativas) entre estudiantes víctimas, agresores, cibervíctimas y ciberagresores severos (han sufrido y realizado muy frecuentemente conductas de bullying/cyberbullying en el último año) y aquellos que no han sufrido ni realizado ninguna conducta agresiva o esta ha sido ocasional.

<http://www.psicothema.com/pdf/4402.pdf>

Giant, Nikki.

Ciberseguridad para la i-generación: Usos y riesgos de las redes sociales y sus aplicaciones / Nikki Giant; [traducción de Pablo Manzano Bernárdez].-- Madrid: Narcea, 2016. --158 p.; 21 cm.-- (Educación Hoy).

Tít. original: E-Safety for the i-Generation: combating the misuse and abuse of technology in schools.

ISBN 978-84-277-2143-2

Este libro práctico para educadores y docentes de escuelas se centra en ayudar a entender y enfrentar los problemas derivados de la ciberseguridad como el ciberacoso, *ciberbullying* o el hostigamiento sexual, entre otros, que los jóvenes se encuentran a diario en las escuelas. Ofrece actividades y modelos para implementar una normativa de ciberseguridad en los colegios.

Golpe, Sandra.

Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes / Sandra Golpe ... [et al].

En: Adicciones n. 29 (2017), p. 268-277 ISSN 0214-4840

La realización de este trabajo a partir de una muestra de 3882 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años, ha permitido constatar que efectivamente existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol (medido a través del AUDIT) y otras drogas (medido a través del CRAFFT y del CAST) y el uso problemático de Internet (medido a través del EUPI-a).

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/959/883>

González, María T.

El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes / María T. González, José P. Espada, Ricardo Tejeiro.

En: Adicciones vol. 29, n. 3 enero 2017, p. 180-185, ISSN 0214-4840

La alta exposición de los adolescentes a los videojuegos se ha relacionado con una variedad de trastornos, pero se desconoce la relación entre su uso problemático y el bienestar emocional. El objetivo del estudio es analizar este uso problemático de videojuegos en una muestra de adolescentes y determinar si existen diferencias entre jugadores *online* y *offline*, además de examinar su correlación con sintomatología ansiosa y depresiva.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/745>

Guajardo Méndez, Germán.

El aporte de las líneas de ayuda a niños, niñas y adolescentes en la problemática del bullying: el caso Perú / Germán Guajardo Méndez.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 221-238 ISSN: 0211-4364

Pretende visibilizar la importancia de las líneas de ayuda como un servicio concebido y dirigido para la niñez y adolescencia, que aporta a su empoderamiento como personas con derechos, frente a las problemáticas que atraviesan, entre ellas, el *bullying*; generando información de primera fuente que puede ser utilizada como insumo en la elaboración de las políticas públicas.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_13_el_aporte_de_las_lineas_de_ayuda_a_ninos_ninas_y_adolescentes_en_la_problematika_de_bullyng.pdf

Llorca Mestre, Anna.

Depression and aggressive behaviour in adolescents offenders and non-offenders / Anna Llorca Mestre, Elisabeth Malonda Vidal and Paula Samper García.

En: Psicothema Vol. 29, n. 2 (2017), p. 197-203 ISSN0214-9915

La conducta adolescente está fuertemente determinada por las emociones. Los resultados de esta investigación llevada a cabo con adolescentes, la mitad delincuentes procedentes de Centros de Menores de la Comunidad Valenciana, aportan información relevante para el tratamiento y la prevención de la agresividad y la delincuencia en la adolescencia a través de la regulación emocional, especialmente el de la ira.

<http://www.psycothema.com/pdf/4383.pdf>

Louise Anderson, Emma.

Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of

longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood /

Emma Louise Anderson, Eloisa Steen, Vasileios Stavropoulos.

En: International Journal of Adolescence and Youth (oct. 2016), 25 p.

ISSN 2164-4527

Estudio bibliográfico y estadístico que se centra en el uso de Internet y sus problemáticas en adolescentes y jóvenes para descubrir las tendencias y los factores que les influyen. Según los resultados se muestra la necesidad de investigar en factores contextuales, y no solo individuales.

<http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2016>.

Martín, Daniel.

Jóvenes “enfermos” por la crisis / Daniel Martín.

En: El Mundo Salud (15 de marzo de 2016)

El paro o la precariedad laboral, el difícil acceso a una vivienda con la que poder independizarse o la imposibilidad de formar una familia son los motivos fundamentales que han provocado en buena parte de la juventud española padecer depresión y pasar por estados de lamento, agitación mental, ansiedad o apatía. Los expertos ya advierten de los problemas psicológicos que acarrea esta generación frustrada y perdida que va desde los 16 hasta los 34 años.

<http://www.elmundo.es/f5/campus/2016/03/15/56e83301ca4741c6648b465b.html>

Martínez-Otero Pérez, Valentín.

Acoso y ciberacoso en una muestra de alumnos de educación secundaria / Valentín Martínez-Otero Pérez.

En: Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado. Vol. 21, n. 3 (mayo-agosto, 2017) ISSN 1989-639X

Investigación sobre la prevención del acoso y el ciberacoso escolar en 138 estudiantes de Educación Secundaria de Madrid. Los resultados revelaron un significativo porcentaje de alumnos con problemas de acoso o ciberacoso y muestran la importancia de seguir realizando intervenciones orientadas especialmente a la prevención, con objeto de eliminar las conductas de violencia antes de que aparezcan.

<https://recyt.fecyt.es/index.php/profesorado/article/view/59799>

Mata Mayrand, Leticia.

Aspectos jurídicos del acoso y ciberacoso escolar / Leticia Mata Mayrand.

En: Revista de Estudios de Juventud “Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*”, Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 13-30 ISSN: 0211-4364

Visión global del marco legal que regula el acoso escolar y el ciberacoso y las implicaciones de la violencia escolar. Analiza y aborda cuestiones como los daños psicológicos, físicos y/o materiales, merecedores de una reparación económica, o la responsabilidad civil, que recaerá sobre los titulares de los centros docentes o de los representantes legales de los menores acosadores.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_1_aspectos_juridicos_del_acoso_y_ciberacoso_escolar.pdf

Megías Quirós, Ignacio.

Jóvenes en el mundo virtual: usos, prácticas y riesgos / Ignacio Megías

Quirós y Elena Rodríguez San Julián.-- Madrid: Fundación Mapfre: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de la FAD, 2018. -- 369 p.

Estudio que identifica los principales elementos que se relacionan con usos problemáticos de las TIC en la población joven (14-24 años). Los y las jóvenes españoles de 14 a 24 años consideran internet y las redes sociales

el lugar en el que hay que estar y relacionarse. Mayoritariamente mantienen un discurso que resalta las ventajas de su actividad virtual, entre las que destacan hacer nuevos amigos (50,7%), relacionarse más con personas que están lejos (65,4%) o con sus amigos de siempre (47%), ser más competente (41%) o simplemente divertirse (31,8%). Perciben riesgos claros: el 70% cree que los riesgos de acoso en internet y redes sociales son “bastante o muy frecuentes”, refiriéndose tanto a los casos de acoso de adultos a menores (*grooming*) como de acoso entre compañeros (*ciberbullying*). Un 34% afirma haber sufrido algún tipo de maltrato por internet o redes sociales (bromas personales que no gustan, actos de exclusión, insultos, amenazas, etc.), mientras que un 9,2% reconoce haber ejercido este tipo de maltrato. Además, existe el doble de probabilidades de ser maltratador si se ha sufrido maltrato. Más de un 20% reconoce haber visitado en el último año webs de contenido duro y peligroso: páginas sobre cómo autolesionarse (21%); cómo hacer daño a otras personas (23%), cómo estar extremadamente delgado-a (28,6%) y contenidos explícitamente violentos o sexuales. Además también consideran cada vez más frecuente el envío de imágenes privadas y comprometidas sin consentimiento. Tienen sus propios smartphones (84,1%) y ordenadores portátiles (72,9%).

http://www.adolescenciayjuventud.org/que-hacemos/monografias-y-estudios/ampliar.php/ld_contenido/126988/

Mitchell, Kimberly J.

Cyberbullying and bullying must be studied within a broader peer victimization framework / Kimberly J. Mitchell, Lisa M. Jones.

En: Journal of Adolescent Health, n. 56 (Mayo 2015); 473-474 ISSN 1054-139X

Análisis de la relación entre el acoso tradicional y el ciberacoso entre los jóvenes, con el uso de las nuevas tecnologías. A través del estudio de la victimización entre iguales, se demuestra que cuando la tecnología está implicada en el acoso, casi siempre se produce en el contexto de las formas tradicionales del acoso escolar.

[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00056-7/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00056-7/pdf)

Molina del Peral, José Antonio.

Bullying, cyberbullying y sexting: ¿cómo actuar ante una situación de acoso? / José Antonio Molina del Peral, Pilar Vecina Navarro.-- Madrid: Pirámide, 2015. --41 p.-- (Colección “Psicología”. Manuales prácticos)

Acercamiento al tema del acoso, tanto en el mundo real como en el de las nuevas tecnologías. Se centra en aportar información de lo que es el fenómeno del acoso, las formas que puede adquirir en el mundo virtual, las consecuencias que pueden derivarse, las estrategias de detección, las técnicas psicológicas de intervención, y sobre la importancia de la labor preventiva.

Montes-Vozmediano, Manuel.

Los vídeos de los adolescentes en YouTube: Características y vulnerabilidades digitales / Manuel Montes-Vozmediano, Antonio García-Jiménez y Juan Menor-Sendra.

En: Comunicar, v. XXVI n. 54, 1º trimestre, 1 enero 2018, p. 61-69, e-ISSN: 1988-3293

Los resultados del estudio muestran que los vídeos más consumidos se sitúan alrededor de cuatro ejes temáticos (sexo, acoso, embarazo y drogas). Evidencia la conveniencia de emplear sus códigos para que este sector de la población se percate de los riesgos y las condiciones de vulnerabilidad, en la

que, entre otras, no protegen su identidad.

<https://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=54&articulo=54-2018-06>

Muñoz, Ramón.

Los menores españoles son los que menos ciberacoso sufren: solo el 8% de los jóvenes recibe agresiones digitales frente al 18% de media de los principales países desarrollados / Ramón Muñoz.

En: El País [Tecnología] (23 septiembre 2015)

España es uno de los países desarrollados con menor tasa de ciberacoso entre los menores de 18 años aunque es uno de los más concienciados en la denuncia de este fenómeno, según este estudio realizado en 11 países a 500 jóvenes de 13 a 18 años. De los que se ven sometidos a este tipo de ataques el 71% se lo cuenta a sus padres. La apariencia física, el sexismo y la homofobia son los principales motivos que usan los ciberacosadores.

https://www.vodafone.com/content/dam/vodafone/parents/assets_2015/pdf/cyberbullying_survey.pdf

Navarro Gómez, Noelia.

El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas: Análisis de los últimos datos disponibles / Noelia Navarro-Gómez.

En: Clínica y Salud n. 288 (2017), p. 25-32, e-ISSN 1900-5180

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años (un 16.36% de los jóvenes fallecidos en 2013), de acuerdo con el INE. Se discuten las causas que pueden desembocar en este tipo de actos, señalándose la presencia de trastornos psicológicos, variables concretas de personalidad, la alta carga de estrés emocional y, especialmente, el *bullying*. Así mismo se comparan los datos con los referidos a Europa y a nivel mundial.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300573>

Ortega Barón, Jessica.

Influencia del clima escolar y familiar en adolescentes, víctimas de ciberacoso / Jessica Ortega Barón, Sofía Buelga Vasquez, María Jesús Cava Caballero.

En: Comunicar, 2016, n. 46, p. 57-65, e-ISSN: 1988-3293

Los resultados del estudio indicaron que las cibervíctimas severas en comparación con las no víctimas puntúan significativamente más alto en conflicto familiar y obtienen puntuaciones más bajas en el resto de variables familiares (autoestima familiar, cohesión y expresividad), y variables escolares (implicación, afiliación y ayuda al profesor), lo que predice la cibervictimización en la adolescencia. Estos resultados muestran la importancia de incluir a la familia y a la escuela en los programas de prevención del ciberacoso.

<http://www.revistacomunicar.com/verpdf.php?numero=46&articulo=46-2016-06>

Paulino Tognetta, Luciene Regina.

Bullying, un problema moral: representaciones de sí mismo y desconexiones morales = Bullying, a moral issue: Representations of self and moral disconnects / Luciene Regina Paulino Tognetta, José María Avilés Martínez, Pedro José Sales Luis da Fonseca Rosário.

En: Revista de Educación n. 373 (jul.-sep. 2016), p. 9-34 ISSN 1988-592X

Investigación en la que participaron 2.600 estudiantes entre 14 y 15 años de escuelas públicas y privadas de São Paulo (Brasil), donde se analizaron

las relaciones que existen entre la participación de los adolescentes en el *bullying*, sus representaciones del yo y la forma por la que se autorregulan para conectarse o desconectarse moralmente.
<http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulos373/01paulino-aviles-sales.pdf?documentId=0901e72b8218a81c>

Pedrero Pérez, Eduardo J.

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): abuso de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC / Eduardo J. Pedrero Pérez ... [et al.].

En: Adicciones n. 30 (1) (2018), p. 19-32 ISSN 0214-4840

Estudio del uso que se hace de la tecnología por parte de la sociedad en todos los rangos de edad. El objetivo es analizar si existen patologías psicológicas, ambientales o sociales derivadas del uso abusivo de la tecnología y los focos de creación de estos síntomas.

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/806>

Pérez Vallejo, Ana María.

Bullying, cyberbullying y acoso con elementos sexuales: desde la prevención a la reparación del daño / Ana M^a Pérez Vallejo, Fátima Pérez Ferrer.-- Madrid: Dykinson, D.L. 2016. -- 250 p.; 21 cm.-- (Monografías de Derecho Penal).

ISBN 978-84-9085-903-2

Estudio que analiza la situación actual de las conductas de acoso escolar y ciberacoso para evaluar las carencias y necesidades detectadas, así como revisar los recursos existentes y plantear propuestas de intervención socio-legal.

Rodríguez González del Real, Concepción.

La jurisdicción de menores ante los casos de *bullying* y *ciberbullying* / Concepción Rodríguez González del Real.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 31-56 ISSN: 0211-4364

No se sabe si hay un incremento del acoso escolar o si ahora los casos salen más a la luz. Lo que si se observa es un agravamiento de los mismos como consecuencia del desarrollo de las nuevas tecnologías y su uso generalizado por niños y adolescentes. Se produce así una amplificación de sus efectos con graves consecuencias para las víctimas. La Jurisdicción de menores puede dar respuesta a estos casos desde la reeducación y la resocialización, pero la clave para solventar el problema es la prevención y educación.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_2_la_jurisdiccion_de_menores_ante_los_casos_de_bullying_y_ciberbullying.pdf

Rodríguez, Nora.

El nuevo ideal del amor en adolescentes digitales: el control obsesivo dentro y fuera del mundo digital / Nora Rodríguez.-- Bilbao: Desclee De Brouwer, D.L. 2015. -- 125 p.-- (Amae).

ISBN 978-84-330-2774-0

El amor romántico con altas dosis de sufrimiento está cada vez más de moda entre los adolescentes digitales. Encuentros intensos caracterizados a menudo por la posesión de la pareja, la frialdad emocional y el permanente control del otro tanto en el mundo real como a través de whatsapp o sms. Primeras experiencias que, a menudo, se tiñen de dolor transformando la fragilidad natural de la adolescencia en una vulnerabilidad extrema.

Salmerón Ruiz, María Angustias.

Repercusiones sobre la salud del maltrato entre iguales: acoso escolar y ciberacoso / María Angustias Salmerón Ruiz y Carolina Inostroza Quezada.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 195-207 ISSN: 0211-4364

La víctima y el agresor son niños o adolescentes y ambos requieren de una intervención precoz y un adecuado abordaje. El impacto sobre la salud de la violencia entre iguales es muy similar al de cualquier tipo de maltrato, con un índice mayor de depresión grave y suicidio en el *ciberbullying* por una alta victimización en tiempo y espacio.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_11_repercusiones_sobre_la_salud_del_maltrato_entre_iguales.pdf

Sánchez Ramos, Graciela.

"El Buentrato", programa de prevención del acoso escolar, otros tipos de violencia y dificultades de relación: una experiencia de éxito con alumnos, profesores y familia / Graciela Sánchez Ramos y José Luis Blanco López.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 115-138 ISSN: 0211-4364.

El programa "Buentrato" es una respuesta preventiva y de carácter colaborativo, en la que un grupo de adolescentes participantes ofrecerá, a través de la ayuda entre iguales, una respuesta positiva a los conflictos que se desarrollan en los centros escolares. Este programa de formadores trasmite los valores y habilidades sociales, contrarias a la violencia que padecen y ejercen los menores de edad.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_6_el_buentratoprograma_de_prevenccion_del_acoso_escolar_otros_tipos_de_violencia_y_dificultades_de_relacion.pdf

Sánchez Tallafigo, Cristina.

Los protocolos contra el acoso escolar en las Comunidades Autónomas: el ejemplo del nuevo protocolo de actuación y el Equipo de Apoyo para los centros educativos de la Comunidad de Madrid /Cristina Sánchez Tallafigo.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n.115, marzo 2017, p. 81-96 ISSN: 0211-4364

Análisis del protocolo de actuación en situaciones de acoso escolar elaborado por la Subdirección General de Inspección Educativa de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid, en el marco general de protocolos existentes en otras Comunidades Autónomas. De este modo, se obtiene una visión en perspectiva de las medidas y actuaciones de la Comunidad de Madrid en el marco general de desarrollo de estrategias similares en el ámbito nacional.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_4_los_protocolos_contra_el_acoso_escolar_en_las_comunidades_autonomas.pdf

Shain, Benjamin.

Suicide and Suicide Attempts in Adolescents / Benjamin Shain.

En: Pediatrics Vol. 138, n. 1 (jul. 2016), 11 p. ISSN1098-4275

Estudio que actualiza la declaración de la Asociación Americana de Pediatría sobre la identificación y el manejo del intento de suicidio entre los adolescentes. El riesgo de suicidio no se puede eliminar, pero con la atención especializada de los profesionales y el tratamiento de los pediatras se pueden reducir los factores de riesgo.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/1/e20161420.full.pdf>

Suriá Martínez, Raquel.

Disability in young people, increases the risk of excessive internet use? = La discapacidad en los jóvenes, ¿potencia el riesgo del uso excesivo de internet? / Raquel Suriá Martínez.

En: Health and Addictions Journal = Salud y Drogas Vol. 15, n. 1 (2015); p. 15-24 ISSN 1988-205X

Se compara si existe un uso abusivo de Internet entre jóvenes con y sin discapacidad, y se comprueba si la tipología de la discapacidad puede influir en este uso excesivo. Participaron 230 jóvenes, 128 de ellos con discapacidad, a través de un cuestionario. Los análisis indicaron que los participantes con discapacidad mostraron un mayor uso y dependencia de esta tecnología.

<http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/download/218/243>

Teatino Gómez, David.

El Plan Director para la convivencia y mejora de la seguridad en los centros educativos y sus entornos / David Teatino Gómez y Rosa María Tourís López.

En: Revista de Estudios de Juventud "Jóvenes: *bullying* y *ciberbullying*", Injuve, n. 115, marzo 2017, p. 57-80 ISSN: 0211-4364

Este Plan se ha mostrado como una herramienta muy flexible, que ha sabido adaptarse en este tiempo a las nuevas necesidades y a las nuevas amenazas que, asociadas con frecuencia al mal uso de las nuevas tecnologías, han ido surgiendo en el entorno de nuestra juventud.

http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/42/publicaciones/documentos_3_el_plan_director_para_la_convivencia_y_mejora_de_la_seguridad_en_los_centros_educativos.pdf

COLABORACIÓN

Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas

Colaboran en este número

Esther CALVETE ZUMALDE

Profesora de psicología en la Universidad de Deusto. Coordina el equipo Deusto Stress Research, donde investiga problemas emocionales y conductuales en la adolescencia tales como la exposición a la violencia, violencia filio-parental, *cyberbullying* y la depresión, así como factores protectores tales como mindfulness e intervenciones preventivas.

Josefa CANALS SANS

Catedrática de psicopatología del niño y adolescente en la Universidad Rovira i Virgili. Codirectora del grupo de investigación en Nutrición y Salud Mental, reconocido por la Generalitat de Catalunya. Cuenta con más de 25 años de experiencia en el campo de la epidemiología de trastornos psicológicos en niños, específicamente trastornos emocionales, del comportamiento alimentario y del neurodesarrollo, con una importante contribución en artículos científicos (Thomson Reuters ISI = 114). Entre los índices de calidad de investigación, su índice H es de 20 y la puntuación Research Gate es 37,4. Ha dirigido 15 tesis doctorales y es la directora del Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta (CRAMC).

Antonio CANO VINDEL

Premio Extraordinario de Licenciatura (1985), Doctor en Psicología (1989) por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Catedrático de Universidad. Imparte su docencia en la Facultad de Psicología. Ha fundado y dirige el grupo de investigación de la UCM "Cognición, Emoción y Salud". Su investigación más reciente se ha centrado en: "Intervención Psicológica sobre los Trastornos Emocionales en Atención Primaria". Es IP del ensayo clínico Psicología en Atención Primaria (PsicAP). Editor y Director de la revista Ansiedad y Estrés, desde su creación en 1994. Es también psicólogo especialista en psicología clínica y presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).

Miguel Ángel CARRASCO ORTIZ

Doctor en Psicología y Máster en Terapia de conducta, es Profesor Titular de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Su actividad investigadora y docente se

ha centrado fundamentalmente en el ámbito clínico y pericial. Es también supervisor y coordinador del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. Una información más detallada de su productividad científica, así como de las tareas docentes y clínicas que realiza pueden consultarse en su página web.

Rocío CASAÑAS SÁNCHEZ

Psicóloga del departamento de investigación de la Asociación Centre Higiene Mental Les Corts de Barcelona desde el 2007. Investigadora colaboradora del Grupo de Trastornos Mentales Severos (Grupo TMS) Código expediente 2017 (GRPPE 433) del Idiap Jordi Gol i Gorina de Barcelona. Profesora colaboradora de la Escuela Superior de Enfermería del Mar (ESIM), escuela adscrita a la Universitat Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona. Profesora colaboradora de la asignatura de "Promoción de la salud en la Infancia y adolescencia" del Máster universitario de Psicología Infantil y Juvenil: Técnicas y Estrategias de Intervención de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Pere CASTEL·LVI OBIOLS

Máster en Salud Pública por la Universitat Pompeu Fabra (UPF), Máster en Psicopatología Infanto-Juvenil y Adultos y Doctor en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Ha participado en multitud de proyectos de investigación tanto de clínica como de epidemiología y de diversos ámbitos relacionados con la salud mental. Últimamente, su investigación se ha focalizado en la prevención de la conducta suicida en jóvenes con el proyecto EAI-SM: Escolarización, Adolescentes y Salud Mental y la promoción de la salud mental. Realizó una estancia en el Johns Hopkins School of Medicine en 2014 (Baltimore, EE.UU.) sobre la prevención del suicidio en jóvenes. Es autor de 33 artículos científicos publicados en revista internacionales de alto impacto y miembro fundador de la Sociedad Española de Suicidología (SES) y miembro colaborador del Consorcio WHO WMH-ICS y de la Red PROEM.

Ana COBOS CEDILLO

Licenciada y doctora Cum Laude en Ciencias de la Educación. Orientadora educativa desde 1992, trabaja en el Instituto de Educación Secundaria "Ben Gabirol de Málaga. Presidenta de COPOE (Confederación de organizaciones de psicopedagogía y orientación de España) desde 2014, también ha sido presidenta de AOSMA (Asociación de orientadoras y orientadores de Málaga) y vicepresidenta de FAPOAN (Federación de Asociaciones de Profesionales de la Orientación de Andalucía) desde 2007. Tutora de prácticas universitarias desde 1995. De 2010 a 2014 trabajó en la Consejería de Educación de Andalucía como especialista en orientación educativa. Desde 2010 es profesora asociada en la Universidad Málaga.

Lidia COBOS SÁNCHEZ

Orientadora escolar desde hace 19 años. Ha desarrollado su labor principalmente en departamentos de orientación en centros de enseñanza secundaria. Salvo durante un período de seis años en el que ocupó el puesto de Especialista en Trastornos Graves de Conducta en los Equipos Especializados de la Delegación Territorial de Educación de Almería. En su vertiente investigadora en el marco del grupo de investigación “Avances en Intervención y Epidemiología con Infancia, Adolescencia y Familias” de la Universidad de Almería, está centrada en las competencias socio-emocionales como factor de protección de los trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia; en evaluación y el desarrollo de protocolos de intervención para desarrollar dichas competencias en niños y jóvenes.

Lourdes ESPINOSA FERNÁNDEZ

Profesora Titular de Universidad en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén. Tiene publicaciones en revistas tanto nacionales como internacionales. Autora de cuatro libros de divulgación: “¡Sin complejos! Claves para identificar y eliminar nuestros complejos”, “La timidez. Claves para superarla y mejorar nuestra relación con los demás”, “¡Trabajo demasiado! Claves para sobrevivir al estrés laboral”, “Vivir en pareja. Claves para disfrutar de una relación sana y feliz”. Participa como docente en varios Máster en la Universidad de Jaén: Máster de Atención Infantil Temprana, Máster en Psicología General Sanitaria, Máster en Psicología Positiva y Máster en Enfermería de Cuidados Críticos, Urgencias y Emergencias. Ha participado en varios proyectos de investigación, en algunos de ellos en calidad de investigadora principal. Actualmente sus líneas de investigación giran en torno a la ansiedad social en población infanto-juvenil, emoción expresada e inhibición conductual. Participa como psicóloga sanitaria en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén.

Juan Miguel FLUJAS CONTRERAS

Es personal de investigación pre doctoral en formación en el departamento de psicología de la Universidad de Almería, con el que desarrolla su tesis doctoral sobre la aplicación de la tecnología para la intervención en regulación y bienestar emocional en familias. Es miembro del grupo de investigación “Avances en intervención y epidemiología con infancia, adolescencia y familias”, donde realiza diferentes investigaciones en las líneas de evaluación e intervención en competencias emocionales en infancia y adolescencia; aplicación de las TIC en la psicología clínica y de la salud infanto-juvenil y en la investigación y análisis en los programas de intervención con padres a través de terapias de tercera generación.

Manuel GAMEZ GUADIX

Es Profesor de Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid. (2010). Sus líneas de investigación actuales se centran en la Psicología de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), como Internet y los Smartphones, incluyendo aspectos como el uso problemático de Internet, el

ciberacoso, el *sexting* y el *online grooming*, así como la prevención de estas problemáticas.

Maite GARAIGORDOBIL LANZADABAL

Doctora en Psicología (1992). Especialista en Psicología Clínica (2004). Catedrática de Evaluación y Diagnóstico Psicológicos (2009) (Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco). Desde 2007 coordina el Grupo Consolidado de Investigación "Evaluación Psicológica: Diseño de instrumentos, evaluación de programas de intervención y aplicaciones epidemiológicas" (Gobierno Vasco). Ha dirigido numerosos proyectos de investigación y 15 tesis doctorales. Autora de 31 libros, 65 capítulos de libros y 170 artículos de investigación publicados en revistas de reconocido prestigio. Ha impartido más de 100 conferencias invitadas y 240 comunicaciones y ponencias en congresos nacionales e internacionales. Galardonada con el Primer Premio Nacional de Investigación Educativa en 1994 y en 2003 concedidos por el Ministerio de Educación, y en 2012 con el Premio Nicolás Seisdedos al mejor trabajo de Investigación en Evaluación Psicológica (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos).

Luis Joaquín GARCÍA LÓPEZ

Profesor Titular, acreditado a Catedrático, del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, cuya línea de investigación principal es la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Dispone de más de 80 publicaciones de impacto. Actualmente es el Investigador Principal de dos Redes de excelencia centradas en la Promoción de la salud mental emocional en adolescentes dentro de la modalidad de Acciones de Dinamización. Ha sido receptor de la acción Europa Investigación, todas ellas financiadas por Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, la Agencia Estatal de Investigación y Fondos FEDER. Asimismo, actualmente ejerce como el representante español nombrado por el Ministerio en el Comité de Gestión (MC) para 3 redes internacionales COST financiadas por la Comisión Europea, entre ellas 'European Network on Individualized Psychotherapy Treatment of Young People with Mental Disorders'.

Inmaculada GÓMEZ BECERRA

Catedrática en la Universidad de Almería, cuenta con 3 sexenios de investigación y 4 quinquenios docentes. Su labor investigadora se centra en el análisis de los factores de riesgo y protección de problemas psicológicos en la infancia y adolescencia, con énfasis en la educación emocional y en los estilos educativos parentales; en la intervención con familias desde terapias de tercera generación; y en estrategias de realidad virtual para manejo del malestar emocional en niños, adolescentes y familias. Dirige el grupo de investigación "Avances en investigación y epidemiología con infancia, adolescencia y familias". Su labor docente está centrada en diferentes aspectos de la Psicopatología y Psicología Clínica Infantil.

Lluís LALUCAT JO

Psiquiatra y Directo médico de la Asociación Centre Higiene Mental Les Corts, Barcelona. Investigador colaborador del grupo de investigación emergente “Grup de Recerca per a la PREvenció en SALut Mental (GR-PRESAM)” Código expediente 2017 (SGR2 017).

Juan Antonio MORIANA

Profesor Titular de Universidad en el Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba. Posee el Título Oficial de Especialista en Psicología Clínica. Comenzó su carrera profesional en el ámbito de la Salud Mental y posteriormente en Servicios Sociales. Actualmente es Director del Máster Oficial de Psicología General Sanitaria de dicha universidad. Desarrolla su actividad investigadora en el contexto de los tratamientos psicológicos y psicología clínica y de la salud dentro del IMIBIC (Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba) y en el Hospital Universitario Reina Sofía. Premio Nacional de Investigación en el año 2000, ha participado y dirigido Proyectos de investigación competitivos y escrito numerosos artículos científicos dentro de este ámbito.

José Antonio MUELA MARTÍNEZ

Profesor Titular de Universidad en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológico del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén. Ha publicado más de 60 artículos científicos, la mitad de ellos con índice de impacto en revistas JCR y tiene 134 participaciones en congresos (más del 50% de ellas, internacionales). El coordinador de dos Máster, el Máster en Psicología General Sanitario de la Universidad de Jaén y el Máster Propio de Atención Infantil Temprana de la Universidad de Jaén. Además, es el responsable del grupo de investigación “Evaluación e Intervención Psicológica HUM-836. Ha participado en numerosos proyectos de investigación. Es experto en el campo de estudio de la emoción expresada aplicada en diferentes trastornos como la esquizofrenia y la ansiedad social.

José Antonio PIQUERAS RODRÍGUEZ

Profesor Titular del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Miembro fundador del Grupo de Investigación “Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes” (AITANA) y de la red “Promoción de la salud mental emocional en adolescentes (PROEM, liderado por la Universidad de Jaén). Su trabajo de investigación se ha centrado en la aplicación de las nuevas tecnologías para la evaluación e intervención en la salud mental bidimensional (malestar y bienestar) infantil y adolescente, así como evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, del suicidio y de problemas emocionales en población infanto-juvenil. Más específicamente, tiene una extensa actividad de investigación financiada por programas públicos nacionales competitivos (más de 15 proyectos de investigación y contratos), así como ha publicado

unos 100 trabajos científicos, de los cuales unos 62 son artículos que figuran en revistas indexadas en el JCR (Identificador del investigador: C-6011-2011; índice H= 12). Actualmente dirige un proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España llamado “CoVitalidad: competencias socio-emocionales y salud mental en adolescentes españoles”. Es el responsable de la asignatura Evaluación Psicológica en la licenciatura de Psicología y es profesor del Master en Terapia Psicológica con niños y adolescentes, recibiendo en el año 2011 el premio Docente Destacado y los Premios Talento Docente los años 2015 y 2017 y el Premio a la Competitividad Investigadora en los años 2017 y 2018 de la Universidad Miguel Hernández.

Enrique VARGAS OSUNA

Presidente de la Asociación Española de Ayuda Mutua contra Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES). Ingeniero Agrónomo y Profesor Titular de Universidad. Desde 2006 administra el blog “Fobia Social” (<https://ansiedad-social.com>) en donde recopila información sobre los trastornos de ansiedad y difunde a través de las redes sociales todo tipo de contenidos basados en trabajos publicados por especialistas. En 2015 fue uno de los socios fundadores de la Asociación AMTAES, ejerciendo las funciones de Presidente desde entonces hasta la actualidad.

Núria VOLTAS MORESO

Investigadora post-doctoral y profesora asociada en el Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento del Departamento de Psicología de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Pertenece al Grupo de Investigación NutriSam (Investigación en Nutrición y Salud Mental). Las principales líneas de investigación en las que participa son el estudio epidemiológico de los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia y el estudio de los trastornos del neurodesarrollo.

Tal y como queda recogido en el Informe PROEM, “los problemas emocionales en los jóvenes son un problema de salud pública y no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone”. Sin embargo, la investigación sobre el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, la promoción de la salud y el bienestar emocional y la prevención de los trastornos mentales, a pesar de que, en los últimos años, está mejorando considerablemente, aún está marcada por la fragmentación derivada del trabajo mayoritariamente aislado y/o parcelado que desempeñan los diferentes profesionales e investigadores. El presente monográfico, recoge las diferentes visiones que tienen distintos agentes implicados en este ámbito de trabajo y estudio sobre los problemas emocionales en la población infanto-juvenil (investigadores, profesionales sanitarios, profesionales de la educación y asociaciones de afectados). Ello permite contribuir a un mayor entendimiento y comprensión de los problemas más frecuentes que nos podemos encontrar en la población adolescente, así como disponer de información actualizada de los recursos y estrategias adecuadas para favorecer su detección, identificación e intervención.