

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Programas de Promoción de la Salud
Mental en Niños y Adolescentes:**

una revisión sistemática

Chantelle Jean Doughty

Grado en Psicología

Curso 2014/2015

Convocatoria de diciembre

Modalidad: Revisión Bibliográfica

Tutor: José Pedro Espada

Elche a 12 de diciembre 2014



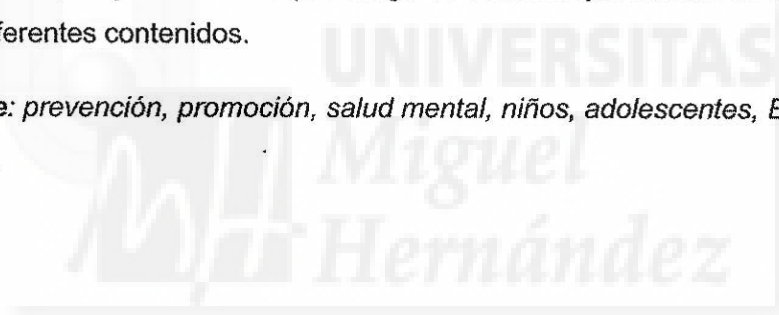
Índice

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 3 |
| 2. Introducción..... | 4 |
| 3. Método..... | 5 |
| 4. Resultados..... | 7 |
| 4.1. Aspectos relacionados con el artículo..... | 8 |
| 4.1.1. Fecha de publicación..... | 8 |
| 4.1.2. Tipo de publicación..... | 8 |
| 4.2. Aspectos relacionados con los participantes..... | 8 |
| 4.2.1. Tipo de población..... | 8 |
| 4.2.2. Tamaño muestral..... | 8 |
| 4.2.3. Edad de los participantes..... | 8 |
| 4.2.4. Grupos..... | 9 |
| 4.2.5. Origen geográfico..... | 9 |
| 4.3. Aspectos relacionados con el programa..... | 10 |
| 4.3.1. Número de sesiones..... | 10 |
| 4.3.2. Duración de las sesiones..... | 10 |
| 4.3.3. Frecuencia de las sesiones..... | 10 |
| 4.3.4. Duración del programa..... | 10 |
| 4.3.5. Técnicas..... | 10 |
| 4.3.6. Componentes..... | 11 |
| 4.4. Aspectos relacionados con el diseño..... | 11 |
| 4.4.1. Tipo de diseño..... | 11 |
| 4.4.2. Aplicador..... | 12 |
| 4.4.3. Entrenamiento del aplicador..... | 12 |
| 4.4.4. Instrumentos..... | 12 |
| 4.4.5. Seguimiento..... | 13 |
| 4.4.6. Ámbito..... | 13 |
| 4.5. Discusión..... | 13 |
| 4.6. Referencias..... | 17 |
| Figura 1..... | 7 |

1. Resumen

En España, hay una prevalencia global de un 21,7% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (WHO, 2005). Para reducir la cantidad de niños con trastornos mentales hay que proporcionar intervenciones preventivas antes del desarrollo de síntomas significativos (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2000). A pesar de estos datos significativos y la relevancia actual de la prevención, una cuestión de interés es si realmente se está dando respuesta a esta necesidad de intervención en la población infanto-juvenil en España. Por todo ello, el primer objetivo de este estudio es llevar a cabo una revisión con el fin de examinar el estado de los programas de promoción de la salud mental dirigidos a niños y adolescentes residentes en España, desde 1994 hasta 2014. Además de comprobar qué intervenciones se han realizado, un segundo objetivo de este estudio es revisar y comparar las características de dichas intervenciones, haciendo referencia a los aspectos relacionados con los participantes, con el programa y con el diseño. Los resultados obtenidos en esta revisión indican que existe una variedad de programas, que han obtenido resultados positivos, dirigidos a un amplio rango de edades, que utilizan diversas técnicas y que incluyen diferentes contenidos.

Palabras Clave: *prevención, promoción, salud mental, niños, adolescentes, España*



2. Introducción

La prevalencia de los trastornos mentales en los niños y adolescentes en todo el mundo se sitúa en un 20%, entre el 4 y 6% padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005). A esta alta prevalencia se añade el hecho de que muchos de los niños con problemas de salud mental padecen múltiples problemas (Byrne, Browne, Roberts, Bell, Chalklin, Mills, Kramer, Wallik, & Mills, 2002). Concretamente en España, hay una prevalencia global de un 21,7% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (WHO, 2005). Otro dato significativo es que la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida, empiezan sobre los 14 años de edad (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005).

Con estos datos se plasma la gran relevancia que tienen los problemas de salud mental en esta población. Sin embargo, todavía quedan muchas acciones por confeccionar en este ámbito, a la vez que aumenta el número de niños y adolescentes con déficits en sus habilidades y capacidades personales, emocionales y sociales. Es evidente que para reducir la cantidad de niños con trastornos mentales, las intervenciones necesitan ser más precoces, o idealmente, hay que proporcionar intervenciones preventivas antes del desarrollo de síntomas significativos (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2000).

La prevención es un campo en rápida expansión hasta el punto en que varias intervenciones preventivas han documentado la capacidad de cambiar trayectorias del desarrollo y reducir resultados negativos (Domitrovich & Greenberg, 2009). Durante los últimos años, se ha puesto un mayor énfasis en la intervención mediante la prevención y la promoción en la salud mental de niños y adolescentes, y existe una cantidad considerable de estudios dirigidos a la revisión de tales intervenciones. Sin embargo, la mayoría de estos artículos revisan las intervenciones que se han realizado fuera de España por lo que las revisiones de programas desarrollados en nuestro país son realmente escasas. Una cuestión de interés es si realmente se está dando respuesta a esta necesidad de intervención en la población infanto-juvenil en España.

Por todo ello, el primer objetivo de este estudio es llevar a cabo una revisión con el fin de examinar el estado de los programas de promoción de la salud mental dirigidos a niños y adolescentes en España.

Además de comprobar qué intervenciones se han realizado, un segundo objetivo de este estudio es revisar y comparar las características de dichas intervenciones, haciendo referencia a los aspectos relacionados con los participantes, con el programa y con el diseño.

Dentro de este objetivo se pretende analizar los componentes de los programas, para ver qué aspectos se están promocionando en los niños y adolescentes, como la utilidad

de comprobar si hay diferencias entre los programas en función de la edad. En relación con los aspectos a promocionar, los problemas personales y sociales existentes en las vidas de esta población pueden ser el detonante de un trastorno mental, por lo que resulta fundamental promover aspectos y capacidades que van a funcionar como factores de protección frente al estrés y situaciones problemáticas. Como afirmó Offord (1998) un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales de niños y adolescentes son los factores de riesgo y de protección de sufrir psicopatología. Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de aparición de problemas mentales, mientras que los factores de protección hacen referencia a los que disminuyen la probabilidad de padecer estos problemas y aumentan la resistencia ante los factores de riesgo. Se definen como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985). Hay muchos estudios acerca de los factores de riesgo y de protección, y existe evidencia de sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales (Ingram & Price, 2000). El interés por las edades en las que se aplican cada programa surge de la concepción de que la edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y aparecen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. Los problemas de comportamiento se manifiestan desde los 2 años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años, la depresión desde los 5-6 años y la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años (Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes, 2008).

Este estudio trata de proporcionar una revisión de las intervenciones realizadas con niños y adolescentes durante los últimos 20 años para prevenir y promocionar la salud mental, con los objetivos de analizar qué se ha hecho a nivel global y específicamente verificar las características de los programas efectuados.

3. Método

Para el presente estudio se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos: ERIC (Educational Resources Information Center), ISOC (Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades), concretamente la plataforma CSIC, MEDLINE/PUBMED, DialNet, PsycINFO y Google Académico, además de revisar literatura gris (trabajos no publicados, informes técnicos, tesis). Asimismo, se revisaron manualmente diversas revistas incluyendo, Psicothema, Redalyc, Revista Psicología Conductual, Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Scielo y Anales de Psicología.

Al utilizar tanto las bases de datos como las revistas mencionadas, se revisaron los estudios que incluyeron entre sus palabras clave, título o resumen, alguno de los siguientes términos en español o en inglés : “prevención”, “intervención preventiva”, “promoción”, “salud mental”, “problemas emocionales”, “problemas afectivos”, “asertividad”, “empatía”, “autoestima”, “habilidades sociales”, “conducta antisocial”, “interacción social”, “ansiedad”, “depresión”, “trastorno”, “desarrollo”, “prosocialidad”.

Con el propósito de ajustarse al objetivo de este estudio, se seleccionaron concretamente los artículos con intervenciones dirigidas a la prevención de problemas afectivos, conductuales y/o sociales, además de aquellos con intervenciones encaminadas a la promoción del desarrollo afectivo, conductual y/o social.

Otros criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron:

- Que los programas constataran intervenciones con niños (3-11 años) y/o adolescentes (12-19 años) residentes en España.
- Que los destinatarios no hubieran recibido ningún diagnóstico clínico.
- Que el estudio haya sido llevado a cabo en España.
- Con fecha de publicación entre 1994 y 2014.
- Que muestre resultados cuantitativos.

En cuanto a la población intervenida, se han incluido programas tanto con población general como población con sensibilidad o en riesgo.

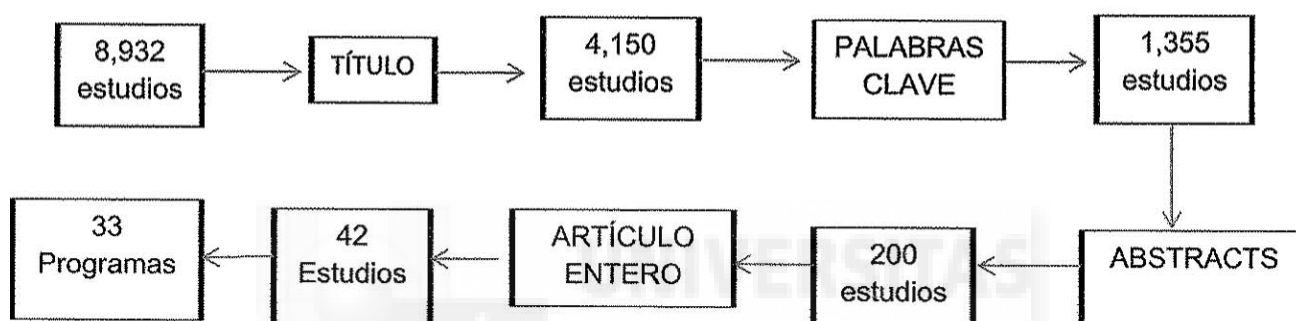
La búsqueda bibliográfica y consecuente revisión se ejecutó con estudios publicados en revistas de cualquier país, con el criterio específico de que estuvieran redactados en inglés o castellano.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se incluyeron estudios que tuvieran como objetivo principal y único, el maltrato infantil, valores generales, consumo de sustancias, adicciones, clima escolar, personalidad creadora, problemas de conflictividad y/o acoso escolar, agresividad, violencia y actividad sexual. Se ha excluido el maltrato infantil porque consiste en un factor que puede provocar el desarrollo de problemas mentales pero que tiene un origen externo, mientras que se han incluido los programas que se centran en los aspectos individuales y personales de los niños y adolescentes. Tampoco se incluyeron estudios cuyos participantes fueron menores infractores en centros de reforma, menores agresores ni menores cumpliendo condena o en conflicto con la ley. Se excluyeron también los estudios con participantes con riesgo biológico. Además, dado el objetivo de revisar programas e intervenciones de prevención y/o promoción, se excluyeron estudios de tratamiento, aquellos realizados desde Equipos de Salud Mental y los que trataban las relaciones entre factores relevantes.

Mediante la búsqueda bibliográfica, en un principio empleando solamente los términos indicados, se identificaron 8,932 estudios con los que se realizó una revisión de los

títulos, palabras clave y resúmenes. Los artículos irrelevantes debido al no cumplimiento de los criterios de inclusión y/o cumplimiento de algún criterio de exclusión, fueron descartados, y los artículos que habían resultado ser relevantes para el presente estudio se mantuvieron para revisar cada artículo de forma completa. Tras la revisión correspondiente, se incluyeron finalmente 33 programas e intervenciones, los cuales quedan recogidos en 42 artículos (Figura 1). Con el propósito de no sesgar los resultados obtenidos, cada programa e intervención se ha contado una sola vez, aunque un mismo programa o intervención se haya encontrado en más de un artículo, ya sea con otra muestra, tratándose de un estudio distinto, o siendo el mismo estudio pero con la valoración de otros aspectos.

Figura 1.



4. Resultados

Finalmente 42 artículos que cumplieron los criterios de inclusión fueron identificados en la revisión, los cuales contenían un total de 33 programas dirigidos a la prevención y promoción a nivel afectivo, conductual y social en niños y adolescentes. En los casos en los que hay varios artículos que abarcan un mismo programa solamente el primer artículo se ha utilizado para determinar los resultados que se muestran a continuación.

En relación con el objetivo principal de las intervenciones, casi la mitad (48,48%) intervienen en aspectos sociales, incluyendo la inteligencia emocional, los cuales tratan de promocionar la prosocialidad, habilidades sociales y el manejo de las emociones, entre otros. Aparte de esta mayoría, también se han incluido 8 programas (24,24%) que van dirigidos tanto a aspectos personales como sociales. El objetivo de otros 4 programas (12,12%) es la prevención de trastornos de conducta alimentaria, 3 programas (9,09%) se centran en aspectos únicamente personales, como puede ser la promoción de la autoestima, y 2 (6,06%) tienen como objetivo la prevención de problemas de ansiedad. Únicamente 6 de los 33 estudios recogidos, tratándose de un 18,19%, tienen como objetivo principal la prevención de un trastorno específico, mientras que los 27 restantes (81,81%) se

centran en aspectos más generales, con el fin de prevenir varios problemas y/o promocionar el desarrollo en distintas áreas. Cabe destacar que todos los programas dirigidos a la población con menos de 7 años (33,33%) tienen como objetivo promover aspectos sociales y emocionales, ninguno se orienta a la prevención de un trastorno específico.

4.1. Aspectos relacionados con el artículo

4.1.1. Fecha de publicación

De los artículos seleccionados, 21 estudios (63,64%) han sido publicados durante los últimos 10 años, entre 2004 y 2014, mientras que tan sólo 11 (33,33%) fueron publicados entre 1994 y 2003.

4.1.2. Tipo de publicación

El 84,85% de los artículos incluidos en este estudio se tratan de publicaciones en revistas, mientras que solamente un 9,09% se refiere a artículos sin publicar y un 6,06% son tesis doctorales y de master.

4.2. Aspectos relacionados con los participantes

4.2.1. Tipo de población

De los 33 programas recopilados, 25 (75,76%) se dirigen a una población universal, 4 (12,12%) se tratan de muestras selectivas, 3 (9,09%) han utilizado una población indicada y uno (3,03%) interviene con una muestra compuesta por población selectiva y universal.

4.2.2. Tamaño muestral

En cuanto al número de participantes de los programas (Muestra *N*) hay una gran variedad en los artículos, en los cuales se encuentran desde 4 sujetos hasta 678. Los estudios que han utilizado una muestra de entre 4 y 26 participantes son 3 (9,09%), entre 47 y 98 hay 14 (42,42%), entre 137 y 241 hay 9 (27,3%), entre 275 y 402 son 3 (9,09%), entre 502 y 555 también hay 3 (9,09%) y hay un estudio (3,03%) con 678 participantes.

4.2.3. Edad de los participantes

Al analizar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y/o promoción, hay una pequeña diferencia entre el número de estudios dirigidos a la población infantil (3-11 años) y aquellos orientados a la población de adolescentes (12-19 años), en favor a los estudios con muestras de adolescentes. El número de estudios dirigidos a niños

entre 3 y 11 años son 15 (45,45%), mientras que 17 programas (51,52%) se han orientado a adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 19 años. Aparte, uno de los programas (3,03%) se dirige a ambas poblaciones, tratándose de una muestra de edades entre 10 y 16 años. El rango de edades oscila entre los 3 y los 19 años. Cabe mencionar que, a pesar de los rangos establecidos, en los casos de muestras infantiles hasta los 12 años se ha establecido como población infantil, y las muestras de adolescentes que han partido de los 11 años se han incluido como población de adolescentes.

4.2.4. Grupos

La mayoría de los estudios han distribuido la muestra en grupos experimental y control, tratándose de un total del 72,72%, mientras que el 27,3% contiene muestras de un solo grupo. De los 24 que distinguen distintos grupos dentro de la muestra, en 16 de los casos (66,67%) el grupo experimental tiene mayor cantidad de sujetos que el control, en 4 muestras (16,67%) ocurre al contrario, y el grupo control es mayor que el grupo experimental, en 3 muestras (12,5%) los grupos tienen exactamente la misma cantidad de participantes, y en 1 de los estudios (4,16%) a pesar de diferenciar grupos, no concreta qué cantidad de sujetos hay en cada uno.

4.2.5. Origen geográfico

Al comparar las localidades de las muestras utilizadas en los estudios, se ha podido comprobar que 6 (18,18%) son del País Vasco, 5 (15,15) son de la Comunidad Valenciana, concretamente uno (3,03) de la provincia de Alicante y otro (3,03) de Valencia, 4 grupos (12,12%) son de Andalucía, en concreto, uno (3,03%) es de Córdoba, 2 (6,06) de Granada y uno (3,03%) de Almería, 3 (9,09%) de los estudios no se sabe en qué localidad se ha llevado a cabo el programa, otros 3 (9,09%) tienen muestras de Madrid, 2 (6,06%) muestras son de Barcelona, otros 2 (6,06%) estudios han intervenido con muestras en Murcia, uno de ellos (3,03%) concretamente en Cartagena, y 2 programas más (6,06%) se han realizado en Extremadura, 1 (3,03%) específicamente en Badajoz. En estas localidades se han llevado a cabo distintos programas con los niños y adolescentes residentes. Los lugares donde solamente se ha desarrollado un de los programas incluidos en esta revisión, son uno (3,03%) en Valladolid y Salamanca, uno (3,03%) en Zaragoza, uno (3,03%) en Cantabria y uno (3,03%) en Mallorca. Finalmente, en 2 estudios las muestras consistían en participantes de distintas localidades, que son el caso de uno (3,03%) con una muestra de Valencia, Asturias y Huelva, y otro (3,03%) con sujetos residentes en Tenerife y Madrid.

4.3. Aspectos relacionados con el programa

4.3.1. Número de sesiones

El número de sesiones de las que están compuestos los programas, oscila entre 2 y 48. Mayoritariamente los programas contienen entre 2 y 10 sesiones (30,30%) o entre 11 y 18 (30,30%). Con el aumento del número de sesiones, 6 (18,18%) comprenden entre 22 y 30, en 6 de los casos (18,18%) no se define el número de sesiones, y uno de los estudios (3,03%) recoge un programa de 48 sesiones.

4.3.2. Duración de las sesiones

Las sesiones de los 33 programas duran como mínimo 45 minutos y de máximo 2 horas. De los programas de las que se conoce la duración de las sesiones que lo compone, la tendencia han sido las sesiones de una hora (21,21%) o una hora y media (21,21%). Ligeramente por debajo se encuentran las sesiones de 45 a 50 minutos (18,18%), y los menos comunes han sido las sesiones que duraban entre 75 y 80 minutos (6,06%) y las de 2 horas (9,09%).

4.3.3. Frecuencia de las sesiones

Al analizar la cantidad de sesiones semanales en los que se realizan los programas, en los casos en los que se conoce este dato, se ha podido comprobar que la mayor parte de los programas realizan una sesión semanal (51,52%), mientras que los programas con más de una sesión a la semana son minoritarios, dado que solamente 4 estudios llevan a cabo 2 sesiones semanales (12,12%) y 2 programas (6,06%) conllevan 3 y 4 sesiones semanales.

4.3.4. Duración del programa

Se ha podido comprobar que la mayoría de los programas implican una duración de 8 meses (21,21%). En 8 de los estudios (24,24) no indican cuánto dura el programa, pero de los que se conoce, oscilan entre 2 semanas y 8 meses. Después de los programas de 8 meses, hay una tendencia de duración de un mes y medio (12,12%), seguido de 2 meses (6,06%), 3 meses (6,06%) y, 4 meses y medio (6,06%). De los datos que faltan, solamente hay un programa (3,03%) para cada duración, siendo de 2, 4, 5, 10 y 11 semanas, y 4, 5 y 6 meses.

4.3.5. Técnicas

En cuanto a las técnicas utilizadas al implementar los programas, con los datos disponibles, se ha podido verificar que todos emplean más de una técnica y la mayor parte

de los estudios (39,39%) han promovido la resolución o solución de problemas. Después, 7 de los programas (21,21%) utilizan técnicas de afrontamiento, 6 programas (18,18%) fomentan el diálogo y la discusión, 6 (18,18%) usan el role-playing y otros 6 (18,18%) promocionan la relajación. Hay 5 programas (15,15%) que emplean el modelado, 4 (12,12%) que favorecen el autocontrol, 3 (9,09%) que proporcionan feedback, 3 (9,09%) que utilizan el refuerzo, 3 (9,09%) que emplean la reestructuración cognitiva y otros 3 (9,09%) que incluyen la psicoeducación. Finalmente, 2 de los programas (6,06%) favorecen la toma de decisiones, 2 (6,06%) enseñan la técnica de la respiración, 2 (6,06%) emplean la instrucción, uno (3,03) promueve la reducción del estrés y otro (3,03%) utiliza economía de fichas, tratándose de uno de los estudios cuya muestra son niños de 3 años.

4.3.6. Componentes

La mayoría de los programas (54,54%) incluyen a las habilidades sociales entre sus componentes. También más de la mitad (51,52%), abarcan la expresión, regulación y/o comprensión emocional. Trece de los programas (39,39%) contienen las habilidades de comunicación, 7 (21,21%) la autoestima, 5 (15,15%) el autocontrol y 4 (12,12%) la empatía. Por último, 3 de los programas (9,09%) incluyen entre sus componentes la imagen corporal y otros 3 (9,09%) incorporan la nutrición, tratándose en estos últimos casos de los programas dirigidos a la prevención de los trastornos de conducta alimentaria.

Cabe destacar que tanto los 2 programas dirigidos a la prevención de la ansiedad como 3 de los programas que están orientados a la prevención de los trastornos de conducta alimentaria, emplean la terapia cognitivo-conductual.

4.4. Aspectos relacionados con el diseño

4.4.1. Tipo de diseño

De los estudios que se conoce qué tipo de diseño se ha establecido para la investigación, una gran parte de los programas emplean un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-postest con grupos de control, siendo el 72,72%. Por otro lado, de los diseños menos utilizados, 6,06% de los estudios tienen un diseño cuasi-experimental pretest-postest de grupo único, 3,03% se trata de un diseño longitudinal de grupo único, 3,03% es un diseño 2x3 de un factor entregupo con 2 niveles y un factor intra con 3 niveles y otro (3,03%) establece un diseño unifactorial intersujetos.

4.4.2. *Aplicador*

En cuanto a la persona que se encarga de efectuar el programa con los participantes, de los datos conocidos, la mayoría de los estudios, 36,36%, han optado a que lo realicen los profesores, tutores o educadores. De este porcentaje, uno de los estudios ha implicado a una profesora de apoyo y 3 han decidido que aparte estuviera presente un observador de las sesiones. La segunda tendencia con mayor porcentaje, 12,12%, es el desarrollo del programa por parte de psicólogos o terapeutas. El 9,09% de los programas los han realizado estudiantes, del último curso de licenciatura en psicología, del master de psicología educativa o estudiantes de posgrado, y un 9,09% también los ha llevado a la práctica uno o varios miembros de los equipos de investigación. En uno de estos últimos casos destaca que se realiza la intervención en presencia del profesorado. Por último, el 3,03% lo realiza un instructor, al tratarse del programa de entrenamiento en conciencia plena, por lo que se requiere de un profesional con amplia experiencia en la práctica y enseñanza de técnicas de mindfulness.

4.4.3. *Entrenamiento del aplicador*

Del total de programas, en 11 de ellos (33,33%) se realiza un entrenamiento de los aplicadores del programa. En 3 de los casos se tratan de sesiones grupales sistemáticas, para todo el equipo de investigación, que se llevan a cabo cada 2 semanas, durante todo el curso escolar en el cual se implementa el programa. En otro de los programas, se realiza una formación inicial con los aplicadores, tratándose de seminarios durante 2 meses sobre la autoestima y procesos de interacción, además de recibir información acerca del programa a impartir. En otro estudio, se desarrollan sesiones formativas específicas del programa de uno o 2 horas, y se ofrece la posibilidad de participar en 3 seminarios de formación progresiva. En otro artículo explica que se llevó a cabo un entrenamiento con todos los profesores, el cual implicaba una sesión de 35 minutos, en la cual se explicaban el objetivo y contenidos del programa, y se entrenaba la técnica del role-playing junto con la monitorización de sesiones de debate. En 5 de los estudios (15,15%) no se especifica de qué manera son entrenados pero sí que indica que los aplicadores del programa fueron entrenados.

4.4.4. *Instrumentos*

En cuanto a los instrumentos empleados en los estudios, la mayoría (21,21%) ha utilizado la Batería de Socialización, BAS (Silva & Martorell). En uno de los estudios se utiliza la BAS-1, en otro se emplea la BAS-2 y en dos de los casos se usa la BAS-3. En el resto de estudios no se indica de qué versión de la batería se trata. La BAS-1 y la BAS-2

van dirigidas a participantes entre 6 y 15 años, mientras que la BAS-3 se utiliza en jóvenes de 11 a 19 años. Además, las BAS-1 se utiliza para que el profesor valore la socialización del alumno, en la BAS-2 responden los padre y la BAS-3 se trata de un autoinforme para que responda el propio evaluado. Un 12,12% ha aplicado el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en niños, STAI-C (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1973) y un 12,12% ha usado el Inventario de Depresión Infantil, CDI (Kovacs, 1992). Un 9,09% de los estudios ha empleado el Eating Attitudes Test, EAT (Garner & Garfinkel) y un 9,09% ha utilizado la Escala de Autoconcepto Forma5, AF5 (F. García y G. Musitu). Un 6,06% ha aplicado el Cuestionario de Autoconcepto y Autorrealización, AURE y un 6,06% ha empleado el Índice a la Sensibilidad a la Ansiedad en Niños, CASI (Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991).

4.4.5. Seguimiento

Un gran porcentaje de los estudios (84,85%) no han realizado un seguimiento de los resultados obtenidos a través de la implementación de los programas. Por otra parte, de los estudios que han efectuado un seguimiento, un 9,09% han sido al año, un 3,03% lo han realizado 3 meses tras la intervención y un 3,03% han sido después de 5 meses.

4.4.6. Ámbito

La mayoría de los programas han sido implementados en el ámbito escolar, tratándose de un 93,93% del total de estudios incluidos, y un 3,03% se ha desarrollado en un centro de menores.

4.5. Discusión

El objetivo de este estudio ha sido realizar una revisión de los programas de prevención y promoción de aspectos afectivos, conductuales y sociales en niños y adolescentes. Este objetivo surge de la necesidad de prevenir y promocionar dentro del ámbito de salud mental con esta población. La importancia de este tipo de programas llevados a cabo con niños y adolescentes es evidente debido al hecho de que muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia (OMS). Según la Organización Mundial de la Salud, el hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo, aspectos que se han promocionado en la mayoría de los programas incluidos en este estudio, ayuda a prevenir problemas de salud mental como puede ser los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo. Estos datos se han podido comprobar con los resultados obtenidos en este estudio, a partir de las intervenciones realizadas, al haber resultados positivos en diferentes aspectos, incluyendo

la ansiedad, el autoconcepto, síntomas de depresión y conductas antisociales, tras la promoción de habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, la capacidad de solución de problemas personales, autorregulación de emociones y técnicas de relajación, entre otros.

Siguiendo con esta realidad, a pesar de haber solamente 6 programas incluidos en este estudio que tienen como objetivo principal la prevención de un trastorno específico, todos los programas fomentan habilidades y aspectos personales que contribuyen a la prevención de problemas mentales y el desarrollo de futuros trastornos. Además, las habilidades personales y sociales que se han promocionado con los programas descritos, van a actuar como factores de protección. Una gran cantidad de investigaciones han confirmado asociaciones entre trastornos del desarrollo, emocionales y conductuales, y una variedad de influencias interrelacionadas a nivel individual, biológico y contextual (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001). No es fundamental intervenir sobre un trastorno específico para contribuir a su prevención. Se pueden trabajar otros aspectos para fortalecer a la persona y proporcionarle herramientas. Estar sin riesgo no es lo mismo que estar preparado (Greenberg et al., 2001).

Teniendo en cuenta que se ha realizado una revisión de programas que se han efectuado durante 20 años, la cantidad de artículos recopilados parece escasa. Sin embargo, se debe reconocer que, en realidad, se efectúan más intervenciones para la prevención y la promoción de la salud mental, tanto de forma directa como indirecta, pero no se publican o se publican sin resultados estadísticos, uno de los criterios de inclusión de esta revisión. Los resultados de la distribución de los artículos en los últimos 20 años, coinciden con la literatura científica que destaca el aumento del interés por la prevención y promoción en el ámbito de salud mental en los últimos años. Más de la mitad de los programas se han efectuado en los últimos 10 años, lo que representa un buen avance dentro de la salud mental infanto-juvenil.

En relación con las edades en las que se aplican cada programa, hay un amplio rango, de 3 a 19 años, lo cual es un buen resultado, dado que se está abarcando a toda la población de niños y adolescentes. Además los programas están adaptados a los datos existentes acerca de la aparición de distintos trastornos según la edad. El Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes (2008) indica que los problemas de comportamiento, los síntomas de ansiedad y la depresión, pueden haber manifestado antes de los 6 años. Consistente con estos datos, todos los programas dirigidos a los niños menores de 7 años están orientados a la competencia social, la prosocialidad, el autoconcepto y aspectos emocionales.

Respecto a las diferencias entre los programas dirigidos a los niños y aquellos orientados a los adolescentes, no hay una gran diferencia, en el sentido de que se promocionan los mismos aspectos pero están adaptados a la edad concreta para que sean

efectivos. El único trastorno que se intenta prevenir en la adolescencia y no con los niños, es el trastorno de conducta alimentaria, debido a su frecuencia en las adolescentes. Aunque, cada vez hay más casos de este trastorno en niñas prepúberes, por lo que puede ser un trastorno a tener en cuenta a la hora de elaborar futuros programas de prevención orientados a niñas.

En cuanto al ámbito de aplicación, la gran mayoría de los programas se han empleado en el ámbito escolar. Este resultado se ajusta a los datos de la comunidad científica, dado que el colegio y el instituto se consideran los lugares ideales para promover programas de intervención. Los colegios se aprecian como sitios que tienen incomparable contacto con los jóvenes y proporcionan una oportunidad para llegar a los niños y adolescentes que previamente han sido sin identificar y sin tratar (Chatterji, Caffray, Crowe, Freeman & Jensen, 2004; Ginsburg & Drake, 2002).

Según Mrazek y Haggerty (1994) tres tipos de programas de prevención e intervención temprana suelen ofrecerse en el ámbito escolar, a nivel internacional, y cada uno muestra un número de ventajas y desventajas. En el caso de los programas universales se aplican a la población general, los selectivos van dirigidos a niños y adolescentes que tienen mayor riesgo de padecer un trastorno mental, debido a riesgo social, por ejemplo, y los indicados están orientados a aquellas personas que muestran síntomas leves de un trastorno sin tener un diagnóstico clínico. Una cantidad considerable por encima de la mitad de los programas, se dirigen a una población universal. Los programas indicados y selectivos tienden a provocar mayores efectos que los programas universales (Reivich, Gillham, Chaplin & Seligman, 2005). Este dato no implica que los programas universales sean peores, si no que una posible explicación es que hay espacio para cambiar en individuos que padecen un trastorno, o que tienen riesgo de desarrollar un trastorno, dado que los niveles de síntomas en estos grupos tienden a ser más elevados (Reivich et al, 2005). En esta revisión se ha podido constatar los efectos positivos que han tenido los programas universales en la población a la que iba dirigida.

Dado la cantidad de resultados positivos que se han logrado con las intervenciones, es un disgusto que la gran mayoría de los estudios no hayan realizado seguimientos. Una mejoría para el futuro sería aumentar el número de programas con seguimientos, para poder valorar su eficacia a largo plazo y comprobar si se mantienen los resultados. En comparación con otras revisiones, se puede comprobar que la falta de seguimiento es bastante común, aunque en comparación con revisiones de programas internacionales, esta revisión supera el porcentaje en relación con este aspecto, como puede ser la revisión realizada por Neil y Christensen (2009).

En cuanto a los instrumentos empleados en los estudios, hay una variedad de instrumentos, que corresponden con el objetivo de cada programa. El resultado de que el

instrumento más utilizado ha sido una batería de socialización, se debe a que la mayor parte de los programas tienen como objetivo principal la promoción de aspectos sociales, como puede ser la prosocialidad y la asertividad. Además, muchos de los programas que se dirigen al fomento de otros aspectos, también incluyen alguna variable de socialización. Somos seres sociables y las relaciones íntimas que tenemos con otras personas influyen en nuestros comportamientos y emociones. Por esta razón, todos los programas se llevan a cabo de forma grupal porque los aplicadores pueden aprovechar el grupo como una oportunidad para promocionar aspectos favorables en los niños y adolescentes.

Para el presente estudio se decidió excluir el criterio de riesgo biológico al comprobar que tales programas fomentan en sus participantes el desarrollo infantil a nivel de lenguaje, motricidad, etc. Sin embargo, un estudio realizado por Nosarti y colaboradores, publicado en el año 2012, sostiene que los bebés nacidos prematuramente corren mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales graves en la vida adulta, incluyendo psicosis, trastorno bipolar y depresión. Sería interesante comprobar si los programas de intervención futuros dirigidos a esta población se adaptan a los datos aportados y emplean técnicas para la prevención de trastornos mentales. De esta forma se podrían incluir estos estudios en futuras revisiones de programas de promoción y prevención con niños y adolescentes.

En conclusión, los resultados obtenidos en esta revisión indican que existe un número importante de programas, que además son variadas y presentan resultados positivos, dirigidos a un amplio rango de edades, que utilizan diversas técnicas y que incluyen diferentes contenidos. Las únicas dos limitaciones en relación con los programas han sido el ámbito y la población, dado que la gran mayoría de los programas se han empleado en el ámbito escolar con población universal. Aunque, al ser población universal se puede extender a otros grupos sin problema, y al realizarse en el colegio o en el instituto, se tiende a conseguir una mayor confianza por parte de los participantes y suelen desenvolverse con mayor facilidad. En cuanto a los programas indicados y selectivos, sería recomendable que se efectuaran y se publicaran más intervenciones con estas características dirigidas a niños y adolescentes, dado la gran necesidad de realizar intervenciones para la prevención.

4.6. Referencias

- Aciego, R., Domínguez, R. & Hernández, P. (2003). Evaluación de la mejora en valores de realización personal y social en adolescentes que han participado en un programa de intervención. *Psicothema*, 15(4), 589-59.
- Alba Corredor, G., Pichardo, M.C., Justicia, A. & Benítez, J.L. (2012). Efecto del programa aprender a convivir en la mejora de la competencia social en alumnado de educación primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 299-307.
- Alsinet, C. (1997). Un programa para mejorar las habilidades sociales de adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 6(2).
- Ambrona, T., López-Pérez, B. & Márquez-González, M. (2012). Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria. *REOP*, 23(1), 39-49.
- Aznar, A.I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.
- Benítez, J.L., Justicia-Arráez, A., Pichardo, M.C., Alba, G. (2012). Mejora de la competencia social en educación infantil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 205-214
- Borda, M., Del Río, C., Torres, I., Avargues, M.L. & Pérez, M.A. (2009). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Psicología Conductual*, 17(3), 499-521.
- Byrne, C., Browne, G., Roberts, J., Bell, B., Chalklin, L., Mills, M., Kramer, J., Wallik, D., & Mills, A. (2002). *Adolescent emotional/behavioural problems and risk behaviour in Ontario primary care: Comorbidities and costs*. System-Linked Research Unit, McMaster University, Hamilton, Ont., Working Paper Series #02-01.
- Carpintero, E., López, F. & Del Campo, A. (2007). El bienestar personal y social de los adolescentes y la prevención del malestar y la violencia: presentación y validación de un programa educativo. *Revista IIPSI*, 10(2), 29-41.
- Casado, M.I. & Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19(1), 5-26.

- Cava, M.J. & Musitu, G. (1999). Evaluación de un programa de intervención para la potenciación de la autoestima. *Intervención Psicosocial*, 8(3), 369-383
- Celdrán, J. & Ferrándiz, C. (2012). Reconocimiento de emociones en niños de educación primaria: eficacia de un programa educativo para reconocer emociones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(3), 1321-1342.
- Chatterji, P., Caffray, C.M., Crowe, M., Freeman, L. & Jensen, P. (2004). Cost assessment of a school-based mental health screening and treatment program in New York City. *Mental Health Services Research*, 6, 155-166.
- De Miguel, P. (2014). Enseñanza de Habilidades de Interacción Social en Niños con Riesgo de Exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17-26.
- Delgado, R.F. (2010), Relaciones interpersonales en la adolescencia: implementación de un programa de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales para adolescentes de 1º y 2º de la ESO. Tesis de máster, Universidad de Granada, Andalucía, España.
- Fernández-Cabezas, M., Benítez, J.L., Fernández, E., Justicia, F. & Justicia-Arráez, A. (2014). Desarrollo de la competencia social y prevención del comportamiento antisocial en niños de 3 años. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 34(3), 337-34.
- Franco, C., De La Fuente, M. & Salvador, M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en las medidas del crecimiento y la autorrealización personal. *Psicothema*, 23(1), 58-65.
- Garaigordobil, M. & Echebarria, A. (1995) Assessment of a peer-helping game program on children's development. *Journal of Research in Childhood Education*, 10(1), 63-69.
- Garaigordobil, M. Maganto, C. & Etxeberria, J. (1996). Effects of a cooperative game program on socio-affective relations and group cooperation capacity. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(2), 141-152.
- Garaigordobil, M. (1999). Assessment of a cooperative-creative program of assertive behaviour and self-concept. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 3-10.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9(2), 221-246.

- Garaigordobil, M. (2002). Assessment of an intervention on social behaviour, intragroup relations, self-concept and prejudiced cognitions during adolescence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 1-22.
- Garaigordobil, M. (2004). Effects of a psychological intervention on factors of emotional development during adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 66-80.
- Garaigordobil, M. (2004). Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial con niños. *Psicothema*, 16(3), 429-435.
- Garaigordobil, M. & Pérez Fernández, J.I. (2004). Evaluación de un programa de juego creativo: Implicaciones en la estabilidad emocional, las estrategias de interacción social y el autoconcepto de niños de 10 a 11 años. *Educación y Ciencia*, 8(15), 65-84.
- Garaigordobil, M. & Berruero, L. (2007). Efectos de un programa de intervención en niños de 5 a 6 años: Evaluación del cambio proactivo en factores conductuales y cognitivos del desarrollo. *SUMMA Psicológica*, 4(2), 3-19.
- Garaigordobil, M. (2008). Assessment of the effects of a cooperative play programme for children aged 10–11 years on social adaptation and on the perception that parents, teachers and peers have of children's prosocial behaviours. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31(3), 303-318
- Giménez-Dasí, M., Quintanilla, L. & Daniel, M.F. (2013). Improving emotion comprehension and social skills in early childhood through philosophy for children. *Childhood & Philosophy*, 9(17), 63-89.
- Ginsburg, G.S. & Drake, K.L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 768-775.
- Gomendio, M. & Maganto, C. Eficacia y mejor del desarrollo psicomotor, el autoconcepto y la socialización a través de un programa de actividades físicas. *Apunts*, 61, 24-30.
- González, R., Ordoñez, A., Montoya, I. & Gil, J. (2014). Intervención en habilidades sociales para educación primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 600-606.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention & Treatment* 4,

article 1, posted March 30, 2001, American Psychological Association. Disponible en: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>.

- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M. & Raich, R.M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: General and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293-303.
- Hernández, P., Aciego, R. & Domínguez, R. (1994). Crecimiento personal y educación en valores sociales: evaluación del programa PIECAP. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(3), 339-347.
- Ingram RE, Price JM, eds (2000). Manual de la vulnerabilidad a la psicopatología: riesgo a lo largo de la vida. Nueva York, Guilford.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602
- Levav, I., Jacobsson, L., Tsiantis, J., Kolaitis, G. & Ponizovsky, A. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004, 13(6), 395-401.
- López Latorre, M.J., Garrido, V., Rodríguez Díaz, F.J. & Paíno, S..G. (2002). Jóvenes y competencia social: un programa de intervención. *Psicothema*, 14.
- Merchán, I.M., Bermejo, M.L. & De Dios, J. (2014). Eficacia de un programa de educación emocional en educación primaria. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 1(1), 91-99.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Nosarti, C., Reichenberg, A., Murray, R.M., Cnattingius, S., Lambe, M.P., Yin, L., MacCabe, J., Rifkin, L. & Hultman, C.M. (2012). Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 610-617.
- Offord, D.R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 686-694.

- Olmedo, M., Del Barrio, V. & Santed, M.A. (1998). Prevención de emociones negativas en la adolescencia: valoración de técnicas cognitivo-conductuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 121-137.
- Olmedo, M., Del Barrio, V. & Santed, M.A. (2003). Eficacia de un programa preventivo de problemas emocionales en adolescentes en función del rendimiento académico. *Acción Psicológica*, 2(3), 213-222.
- Mateu-Martínez, O., Piqueras, J.A., Jiménez-Albiar, M.I., Espada, J.P., Carballo, J.L. & Orgilés, M. (2013). Eficacia de un programa de prevención cognitivo-conductual breve del rechazo social en niños. *Terapia Psicológica*, 31(2), 187-195.
- Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D., López Guimerà, G., Portell, M. & Fauquet, J. (2007). Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 81, 47-71.
- Reivich, K., Gillham, J.E., Chaplin, T.M. & Seligman, M.E.P. (2005). From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (223-237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Romersí, S., Martínez-Fernández, J.R. & Roche, R. (2011). Efectos del programa mínimo de incremento prosocial en una muestra de estudiantes de educación secundaria. *Anales de Psicología*, 1(27), 135-146
- Rutter M (1985). Fortaleza contra la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147, 598-561.
- Mestre, V. & Frías, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. Aplicación de un programa para niños en edad escolar (11-14 años). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 279-290.
- Sosa, D.M. (2014). Relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional: eficacia de un programa de intervención en estudiantes adolescentes. Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, España.
- Tortella-Feliu, M., Servera, M., Balle, M. & Fullana, M. A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado a la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 371-387.

Tur-Porcar, A., Mestre, V., Samper, P., Malonda, E. & Llorca, A. (2014). Programa de educación de las emociones: la con-vivencia. evaluación de su eficacia en la conducta prosocial. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 593-599.

World Health Organization, *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2005.



