



PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

**OBSERVA
INFANCIA**

Observatorio Español
de la Salud Mental
Infanto-Juvenil

www.proyectoemochild.org
www.observainfancia.es

Proyecto Financiado por la Conselleria de Educación, Universidades y Empleo
de la Generalitat Valenciana (CIPROM/2021/031)



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Educación,
Universidades y Empleo
CIPROM/2021/031

Edita:

Grupo de Investigación Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes (AITANA)
Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia
Universidad Miguel Hernández
Av. de la Universidad s/n. 03202 Elche (Alicante) España
<http://centroinvestigacioninfancia.umh.es>

Autores:

Mireia Orgilés
Alexandra Morales
José Antonio Piqueras
Juan Carlos Marzo
José Pedro Espada

Equipo técnico:

Víctor Amorós
Àngela Belzunegui
Raúl Castaño
M^a Jesús Bleda
Nadine Hernández
Natalia Meliá

Diseño Gráfico:

TARSA Comunicación

ISBN:

Octubre 2024

Cómo citar este documento:

Orgilés, M., Morales, A., Piqueras, J. A., Marzo, J. C. y Espada, J. P. (2024). Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández
<https://observainfancia.es/informes/>

Agradecimientos:

Los autores agradecen la colaboración de Hogrefe TEA Ediciones por la cesión del uso del Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) y en particular a Fernando Sánchez Sánchez de su Departamento de I+D+i por su asesoramiento en todo el proceso. Este proyecto no sería posible sin la inestimable colaboración de los 108 centros educativos participantes de todo el territorio español.

índice

SITUACIÓN DE PARTIDA: LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN ESPAÑA	4
METODOLOGÍA	5
PARTICIPANTES	5
MÉTODO	6
INSTRUMENTOS Y VARIABLES	6
PROCEDIMIENTO	7
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	8
CÓMO INTERPRETAR LAS PUNTUACIONES	8
RESULTADOS	9
1. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	9
2. PROBLEMAS CONTEXTUALES	16
3. FACTORES DE VULNERABILIDAD	17
4. RECURSOS PERSONALES	19
5. CONDUCTAS AUTOLESIVAS SUICIDAS Y NO SUICIDAS	20
6. IDEACIÓN SUICIDA	21
7. INTENTOS DE SUICIDIO	22
8. CONDUCTAS AUTOLESIVAS	23
REFERENCIAS	25
DIEZ PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	26
DOCE CONCLUSIONES	28

SITUACIÓN DE PARTIDA: LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN ESPAÑA

Los trastornos psicológicos representan un importante problema de salud pública, constituyendo el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años (WHO, 2021). Según UNICEF, un 13% de los niños y adolescentes de esta franja de edad padece un trastorno mental diagnosticado. El proyecto *Changing Childhood* revela que uno de cada cinco jóvenes de 15 a 24 años se siente deprimido o con bajo interés. Además, el Libro Blanco de Depresión y Suicidio 2020 prevé que la depresión será el principal problema de salud en 2050, mientras que el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años en España, con casi 3,500 suicidios anuales.

La prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes se estima en torno al 13% (Polanczyk et al., 2015), siendo los problemas emocionales los más comunes en la etapa escolar (Canals et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el 50% de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años, un hallazgo respaldado por un meta-análisis que incluyó 192 estudios (Solmi et al., 2021). La mayoría de estos trastornos se manifiestan durante la infancia y adolescencia, principalmente alrededor de los 14 años. Los problemas de ansiedad suelen aparecer entre los 5,5 y 6 años, mientras que los síntomas depresivos emergen más tarde, entre los 13 y 20,5 años (Merikangas et al., 2010; Solmi et al., 2021). Trastornos relacionados, como los obsesivo-compulsivos y de alimentación, se manifiestan alrededor de los 14,5 y 15,5 años, respectivamente. La ansiedad actúa como precursor de la depresión, lo que conlleva un peor pronóstico y respuesta al tratamiento cuando ambos problemas coexisten (Ghandour et al., 2019; Melton et al., 2016).

La prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en mujeres (Canals et al., 2019; Merikangas et al., 2010), lo que sugiere la necesidad de considerar la perspectiva de género en su estudio. A pesar de que casi el 50% de los problemas mentales se inicia antes de los 14 años, muchos no se detectan ni se tratan a tiempo. La falta de detección y tratamiento adecuado de problemas emocionales puede llevar a su cronificación, diversificación y asociación con otros trastornos, lo que aumenta el riesgo de problemas mentales en la adolescencia y edad adulta, así como el riesgo de enfermedades físicas y mortalidad (Richmond-Rakerd et al., 2021).

El proyecto Emo-Child (www.proyectoemochild.org) se alinea con la Estrategia España 2050, enfocándose en la prevención y tratamiento de enfermedades físicas y trastornos mentales, y en la integración de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Propone implementar programas de educación emocional en todos los niveles educativos y mejorar la asistencia psicológica en Atención Primaria, capacitando a docentes y personal sanitario en la detección temprana de problemas de salud mental.

Está basado en estudios previos que resaltan la importancia de invertir en la promoción de la salud mental desde la infancia y la necesidad de conocer la prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes, destacando el papel crucial del entorno educativo en la detección y prevención de estos problemas, según la guía de la OMS sobre servicios de salud escolar.

Emo-Child es un estudio pionero en España que pretende aportar nuevos elementos a investigaciones previas. Abarca una muestra nacional de niños/as y

adolescentes entre 9 y 16 años, cubriendo gran parte de la escolarización obligatoria. Utiliza datos autoinformados directamente por los niños/as y adolescentes, lo que aumenta la fiabilidad, dado que los menores son los mejores informantes sobre sus problemas interiorizados. Emplea, además, medidas de evaluación psicológica estandarizada.

El proyecto se centra en proporcionar datos sobre la frecuencia de los problemas psicológicos más frecuentes en población infanto-juvenil en España. Se propone además:

1. Establecer la frecuencia e incidencia de los problemas psicológicos interiorizados (emocionales y relacionados) en la población infanto-juvenil española.
2. Identificar factores de riesgo y de protección asociados a la presencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes españoles.
3. Detectar de forma temprana nuevas situaciones que afecten a la salud mental y al bienestar psicológico infantil.
4. Aportar pautas y recomendaciones co-creadas con los agentes implicados.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estuvo formada por 5.652 escolares con edades entre los 9 y 16 años, residentes en el territorio español (Tabla 1). Para la selección de la muestra se utilizó como unidad de estratificación territorial la provincia, con el objetivo de contar con una representación geográfica proporcional. El proceso de reclutamiento de los participantes se realizó mediante la selección aleatoria de un total de 110 Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) e Institutos de Educación Secundaria (IES) de cada provincia. Participaron 34 CEIP, 40 IES y 36 centros que tienen Educación Primaria y Secundaria, distribuidos en 38 provincias españolas de las 17 Comunidades Autónomas. Este proceso se realizó teniendo en cuenta diferentes variables críticas para asegurar la mayor representatividad de la muestra. Las variables controladas fueron el entorno rural y urbano, el nivel socioeconómico y el tipo de centro educativo (centros públicos, concertados y privados).

Los criterios de inclusión fueron tener una edad comprendida en el rango del estudio, no presentar ningún trastorno del neurodesarrollo o mental que dificultara la cumplimentación de los cuestionarios de evaluación administrados y poseer un dominio de la lengua castellana equivalente a un nivel A1. Este último criterio era esencial para asegurar que los participantes pudieran comprender las instrucciones de las preguntas y responder de manera clara y precisa.

Distribución de la muestra por edad, género, curso académico y comunidad autónoma

EDAD	Nº	%	GÉNERO	Nº	%	CURSO	Nº	%
9 años	668	11.8	Masculino	2754	48.7	4º Primaria	781	13.8
10 años	693	12.3	Femenino	2858	50.6	5º Primaria	712	12.6
11 años	784	13.9	Otros	40	0.7	6º Primaria	850	15.1
12 años	919	16.3				1 ESO	917	16.2
13 años	888	15.7				2 ESO	983	17.4
14 años	792	14				3 ESO	776	13.7
15 años	680	12				4 ESO	663	11.2
16 años	228	4						
TOTAL	5652	100						



COM. AUTÓNOMA	Nº	%	COM. AUTÓNOMA	Nº	%	COM. AUTÓNOMA	Nº	%
Andalucía	980	0.7	Aragón	137	2.4	Asturias	19	0.3
Cantabria	95	1.7	Castilla y León	210	3.7	Castilla La Mancha	174	3.1
Canarias	136	2.4	Cataluña	606	10.7	Com. Valenciana	1068	18.9
Extremadura	100	1.8	Galicia	295	5.2	Islas Baleares	149	2.6
La rioja	137	2.4	Madrid	1178	20.8	Murcia	194	3.4
Navarra	75	1.3	País Vasco	99	1.8			

Método

Instrumentos y variables

Los instrumentos de evaluación se organizaron en un mismo protocolo aplicado a todos los participantes. Se realizaron preguntas ad hoc sobre variables ecológicas relativas al contexto donde se desarrolló el estudio como los centros, municipios, provincias, etc. También se registraron variables sociodemográficas como el nivel educativo, ocupación y nivel de ingresos del padre, madre o tutor. Se incluyeron preguntas que recopilaban datos ecológicos, sociodemográficos y académicos. Se solicitó información la edad, junto con el género y el país de nacimiento para contextualizar demográficamente a los participantes.

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández et al., 2015), instrumento diseñado para evaluar diversos aspectos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Se compone de 9 cuestionarios diseñados para tres grupos de edad: Infantil (3-6 años), Primaria (6-12 años) y Secundaria (12-18 años) con versiones

específicas para obtener información de diferentes informantes (Autoinforme, Familia y Escuela). En este estudio se incluyen:

- *Problemas interiorizados*: síntomas de depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión.
- *Problemas exteriorizados*: problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de la ira, agresión y conducta desafiante.
- *Otros problemas*: problemas de la conducta alimentaria, esquizotipia y consumo de sustancias.
- *Problemas contextuales*: conflictos familiares, problemas con la escuela y problemas con los compañeros.
- *Factores de vulnerabilidad*: regulación emocional y búsqueda de sensaciones,
- *Recursos personales*: autoestima, integración y competencia social.

Escala Paykel de Suicidio (Paykel et al., 1974), instrumento diseñado para evaluar diversas manifestaciones de la conducta suicida, como pensamientos de muerte, ideación suicida e intentos de suicidio. Se compone de 5 ítems con tres alternativas de respuesta: "Sí", "No" o "Deseo no contestar". Las variables que incluye son conducta suicida y autolesiones.

Procedimiento

En primer lugar, se determinaron los instrumentos de evaluación que forman la batería de pruebas utilizada para primaria y secundaria¹. Una vez establecido el protocolo de cuestionarios para ambas etapas educativas, se contactó con los responsables educativos de las comunidades autónomas con el fin de obtener los permisos necesarios.

Para seleccionar los centros participantes, se calculó el número de centros proporcionales en cada comunidad según el universo poblacional. El número de centros se dividió en función del tipo de estudios (Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria) y la titularidad (públicos y privados). Se realizó un muestreo estratificado por conglomerado y multietápico para seleccionar los centros educativos. Se estableció contacto con un total de 1.690 centros educativos a los que se invitó a participar en el proyecto, realizándose finalmente evaluaciones en 108 centros. Debido a las dificultades halladas para recabar la participación de colegios e institutos, se optó por completar el reclutamiento mediante un muestreo incidental según la disposición a colaborar de los centros. Para maximizar las respuestas en regiones con poca participación, se utilizó un muestreo de bola de nieve para llegar a familias y que los niños completaran la encuesta en casa. Esta encuesta incorporaba al principio un consentimiento informado a cumplimentar por los padres, y a continuación la encuesta para cumplimentar el niño.

¹ Los autores agradecen a Hogrefe - TEA Ediciones la cesión de uso del Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA).

Tras la obtención de los permisos pertinentes, se contactó de nuevo con los colegios e institutos confirmados para agendar la administración de las pruebas. La recogida de datos se llevó a cabo desde enero a marzo de 2024. La administración de los cuestionarios tuvo una duración de 50 minutos aproximadamente. Los alumnos respondieron a la encuesta de forma individual en el aula bajo la supervisión de los evaluadores. El estudio obtuvo la aprobación de la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández de Elche (DPS.MOA.02.21).

Análisis estadísticos

En el análisis estadístico se empleó el software SPSS para procesar los datos obtenidos de los instrumentos SENA y Escala *Paykel de Suicidio*. Se llevaron a cabo pruebas de homogeneidad para garantizar que la distribución de los datos fuera homogénea. Además, se extrajeron datos descriptivos que ofrecieron una visión general de las puntuaciones y su distribución entre los participantes.

Mediante frecuencias y porcentajes se exploraron varias preguntas relacionadas con conductas suicidas, así como la asistencia a terapia por pensamientos suicidas. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba t para comparar las diferencias en la edad media entre hombres y mujeres. También se realizaron tablas de contingencia entre género y edad con las variables de conductas suicidas y terapia, calculando pruebas de Chi-cuadrado y el tamaño del efecto correspondiente para explorar las asociaciones entre género o edad y las conductas suicidas. Se calculó la correlación entre la edad y Suicidio (Si es así, ¿cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo para lesionarte intencionadamente, sin tener intención de morir/quitarte la vida?) para evaluar si existía una relación lineal entre estas dos variables. Este conjunto de análisis permitió obtener una visión integral sobre la relación entre características demográficas y las conductas suicidas, así como la asistencia a terapia, en la muestra estudiada.

Las escalas psicosociales fueron recodificadas en tres categorías de riesgo (normativa, precaución y clínicamente significativo) para ajustar la interpretación a las características del instrumento según instrucciones del manual del SENA. Finalmente, se realizaron análisis de tablas de contingencia para estudiar la relación entre el uso de videojuegos y redes sociales (en sus versiones dicotómicas y categorizadas) con las escalas del SENA.

Cómo interpretar las puntuaciones

Las puntuaciones se clasifican en tres categorías que identifican las áreas que requieren de mayor atención. Se presenta la distribución de participantes en cada una de las siguientes tres tipologías:

- 1. Puntuación normal:** indica que el niño/a o adolescente no presenta dificultades significativas en el área evaluada. Su comportamiento o emociones están dentro de los rangos esperados para su edad y contexto.
- 2. Signos de precaución:** alertan de algunas características o síntomas que podrían evolucionar hacia un problema más grave, pero que en el

momento de la evaluación no alcanzan el nivel de severidad suficiente para ser considerados clínicamente significativos.

- 3. Puntuación clínicamente significativa:** indica que el niño/a o adolescente presenta síntomas o comportamientos que son lo suficientemente graves como para justificar preocupación y, posiblemente, intervención profesional. Esto sugiere que el problema evaluado está afectando de manera notable el funcionamiento diario en áreas como la escuela, el hogar o las relaciones sociales.

Las puntuaciones directas obtenidas en las escalas del SENA fueron transformadas a puntuaciones T (media = 50, desviación estándar = 10), lo que permitió clasificar a los evaluados en diferentes categorías de riesgo, de acuerdo con los baremos establecidos en la última versión del instrumento. Puntuación normal incluye puntuaciones T de 0 a 59, indicando que no hay problemas significativos; Precaución recoge las puntuaciones T entre 60 y 69, y sugiere un riesgo moderado o potencial para el desarrollo de problemas, requiriendo seguimiento; y Clínicamente Significativa puntuaciones T de 70 o superiores, lo que indica la necesidad de intervención clínica. Las escalas que miden recursos psicológicos, como la autoestima, competencia social, y habilidades emocionales, fueron recodificadas de la siguiente manera: se consideró la categoría Normalizado cuando las puntuaciones T eran superiores a 39, Precaución cuando estaban entre 29 y 38, y Significativamente clínica cuando las puntuaciones eran inferiores a 29.

RESULTADOS

1. Problemas psicológicos

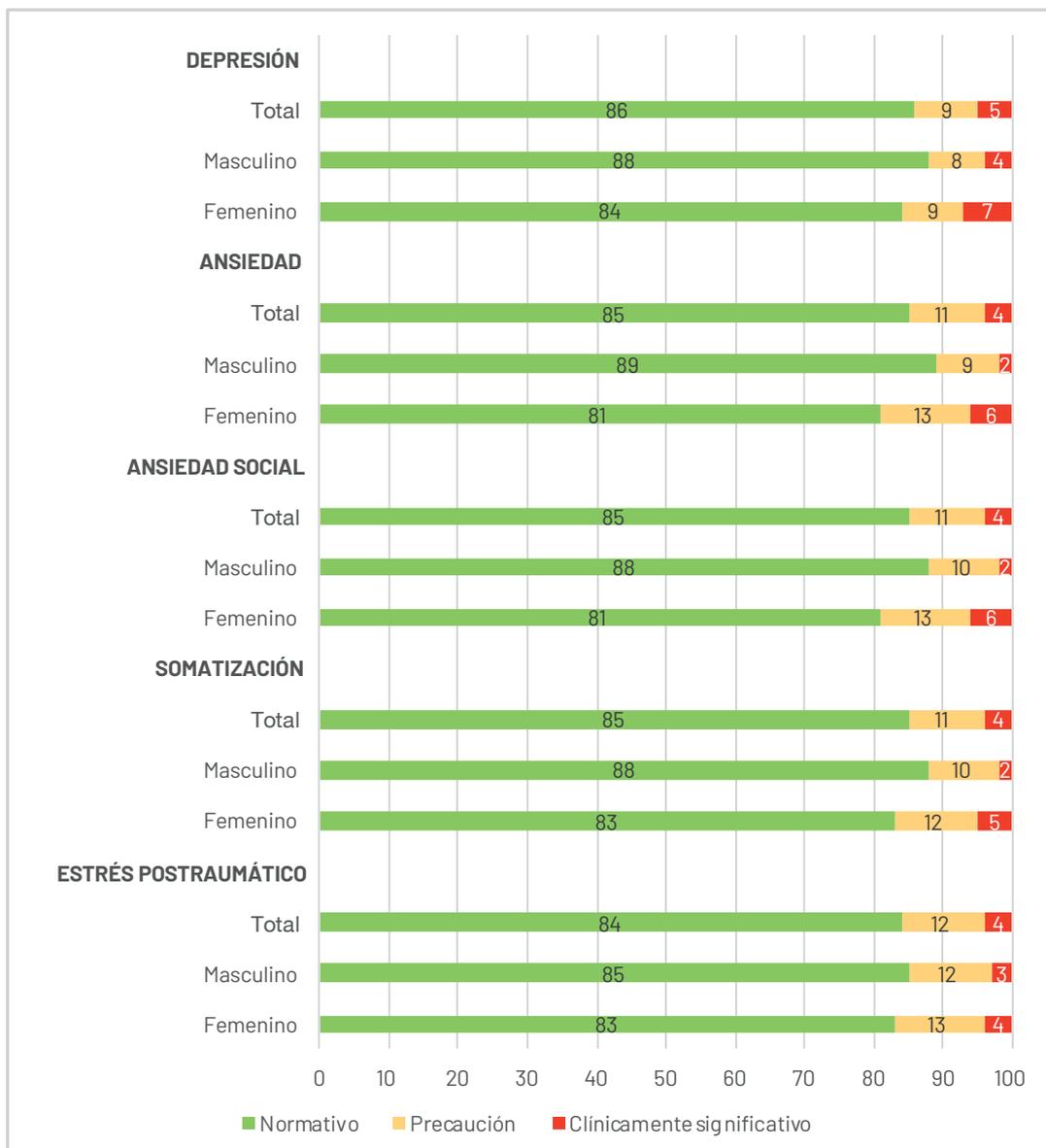
Índice de problemas interiorizados

Evalúa un amplio abanico de dificultades emocionales que suelen estar relacionadas con el malestar interno. Es decir, problemas que no suelen manifestarse de manera evidente hacia el exterior, pero que afectan significativamente al bienestar del individuo. Incluye las siguientes escalas:

- **Depresión:** presencia de un estado de ánimo disfórico, anhedonia, sentimientos de culpa, pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio. Una puntuación elevada sugiere la existencia de manifestaciones de tipo depresivo.
- **Ansiedad:** presencia de malestar subjetivo generalizado, preocupaciones persistentes, existencia de tensión emocional, etc. Una puntuación elevada indica que las personas experimentan sensaciones de nerviosismo, sobreactivación fisiológica y preocupaciones recurrentes.
- **Ansiedad social:** presencia de sintomatología ansiosa en contextos de interacción social. Una puntuación elevada indica la existencia de manifestaciones ansiosas (nerviosismo, inseguridad, tensión, etc.) vinculadas a situaciones sociales.
- **Quejas somáticas:** existencia de quejas y síntomas físicos (dolores, mareos, cansancio, etc.) sin una causa orgánica explicable. Estos síntomas se relacionan con alteraciones emocionales de ansiedad o depresión. Una puntuación elevada sugiere la presencia de molestias o síntomas físicos la mayor parte del tiempo.

- **Sintomatología postraumática:** presencia de síntomas y reacciones emocionales intensas, relacionadas con la vivencia o el conocimiento de situaciones de muerte, violencia o peligro. Estas situaciones son percibidas como altamente estresantes debido al riesgo que representan para la integridad física personal. Una puntuación alta indica la posible exposición a una experiencia traumática que conduce a un elevado nivel de estrés y percepción de peligro.
- **Obsesión- compulsión:** presencia de pensamientos recurrentes e intrusivos que producen malestar y que la persona intenta evitar de forma pasiva o activa mediante la realización de comportamientos repetitivos o compulsiones. Una puntuación elevada indica un riesgo para la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo.

Problemas interiorizados en la infancia

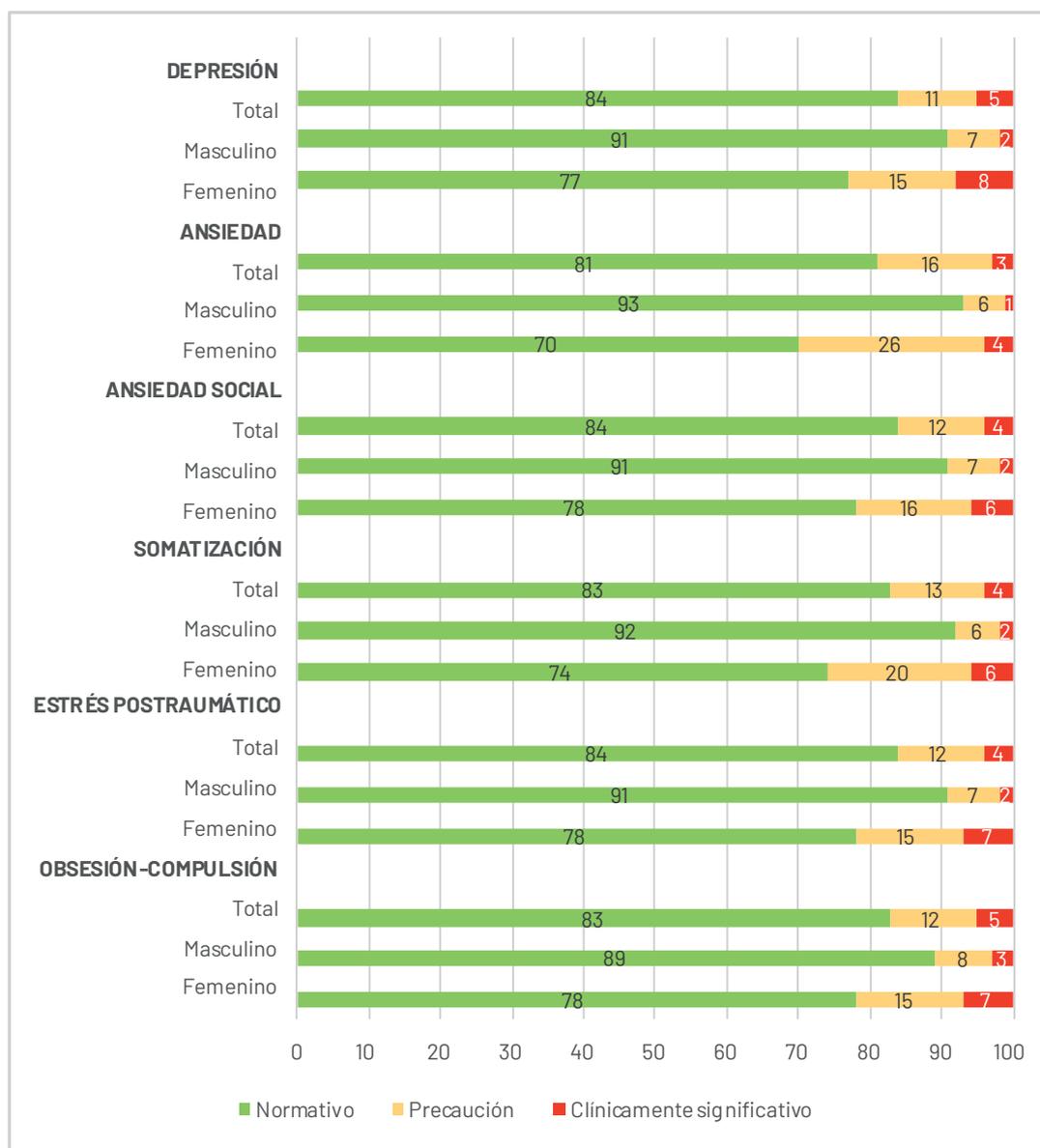


Nota: Datos expresados en porcentajes.

El problema más prevalente en la infancia es la depresión, con un 5% de niños/as con puntuaciones clínicamente significativas. La ansiedad, ansiedad social, somatización y estrés postraumático alcanzan una prevalencia del 4%. Los porcentajes de síntomas

clínicamente significativos son mayores en las niñas que en los niños en todos los problemas analizados. Entre un 9 y un 12% de la población infantil, en función del problema examinado, presentan puntuaciones que alertan de síntomas que pueden evolucionar hacia síntomas más graves.

Problemas interiorizados en la adolescencia



Nota: Datos expresados en porcentajes.

En la adolescencia, los problemas más frecuentes son la depresión y los síntomas obsesivos-compulsivos, con un 5% de adolescentes que manifiestan síntomas clínicamente significativos. Le sigue en frecuencia la ansiedad social (4%), el estrés posttraumático (4%), las quejas somáticas (4%) y la ansiedad (3%). Todos los problemas son más frecuentes en el género femenino que en el masculino. Entre un 11 y un 16% de la población adolescente, en función del problema analizado, presentan puntuaciones que se consideran de riesgo para desarrollar problemas clínicamente significativos.

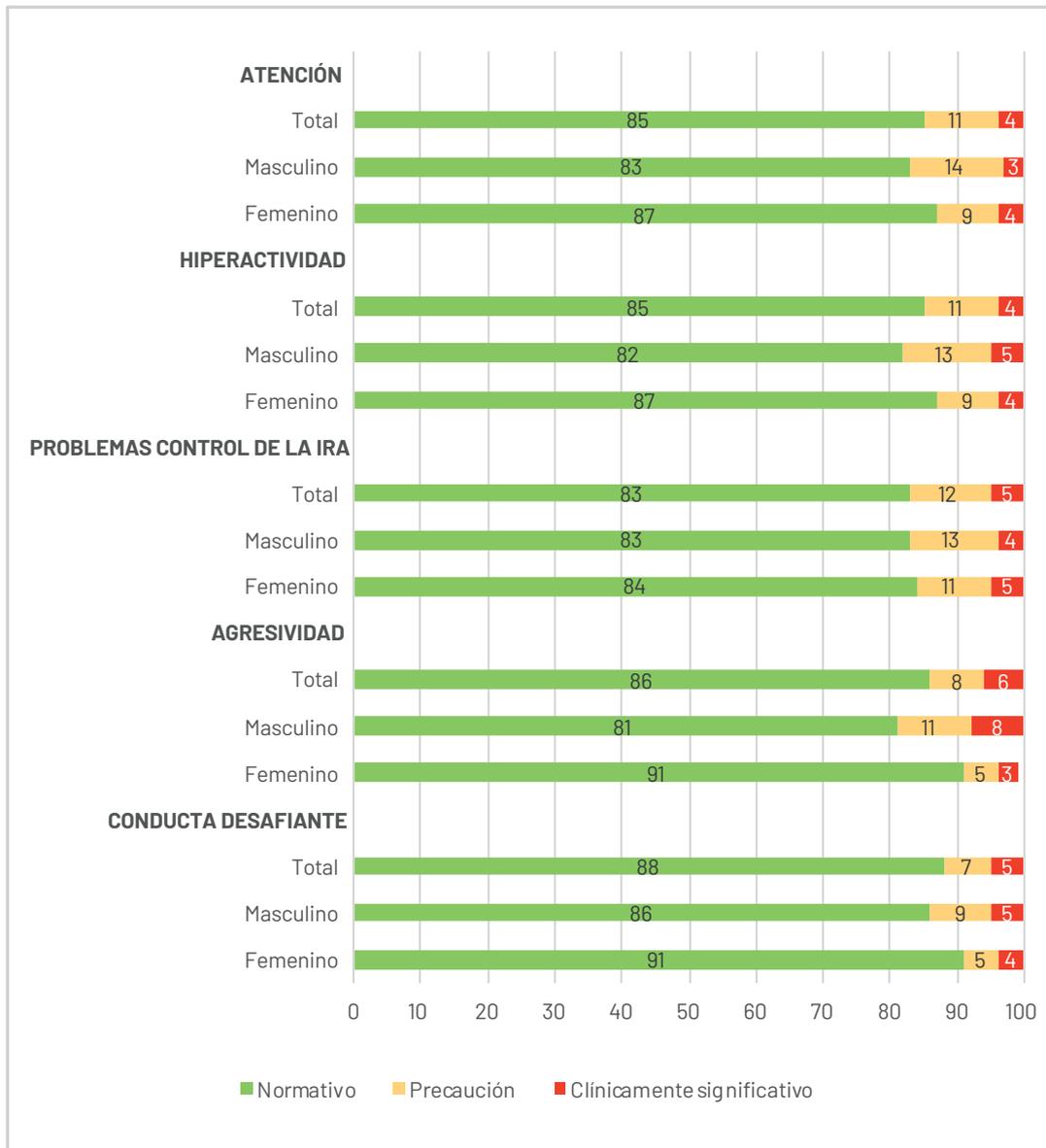
Índice de problemas exteriorizados

El índice de problemas exteriorizados evalúa la presencia de problemas conductuales, los cuales son visibles y afectan al comportamiento externo del individuo. Agrupa las siguientes escalas:

- **Problemas de atención:** presencia de síntomas característicos del TDAH, centrándose en déficit de control atencional. Una puntuación elevada indica que la persona evaluada presenta dificultades para regular y dirigir su atención.
- **Hiperactividad-Impulsividad:** presencia de comportamientos hiperactivos e impulsivos propios del TDAH, caracterizados por una actividad motriz excesiva e inapropiada al contexto, acompañada de sensaciones de inquietud y sobreexcitación que la persona no puede controlar. Una puntuación elevada indica que la persona presenta un nivel de actividad motriz excesiva acompañada de dificultades para inhibir su conducta y responder reflexivamente.
- **Problema de control de la ira:** expresión exagerada e inapropiada de la ira que se manifiesta con comportamientos tipo agresivo-impulsivo, y sentimientos de rabia y pérdida de control. Una puntuación elevada indica que la persona tiene frecuentes explosiones de ira manifestadas con gritos, enfados, golpes, junto a la dificultad de controlarla.
- **Agresión:** manifestación de problemas de conducta con un patrón agresivo interpersonal, así como la presencia de comportamientos que denotan baja empatía y que pueden llegar a manifestar cierta crueldad hacia los demás. Una puntuación elevada sugiere que la persona presenta un patrón de agresiones graves contra otras personas.
- **Conducta desafiante:** presencia de comportamientos de desafío y oposición a las figuras de autoridad, incluyendo comportamientos leves desde la desobediencia hasta conductas hostiles y de enfrentamientos más problemáticos. Una puntuación elevada sugiere la presencia de un comportamiento desafiante y desobediente hacia los padres, profesores y otros adultos.



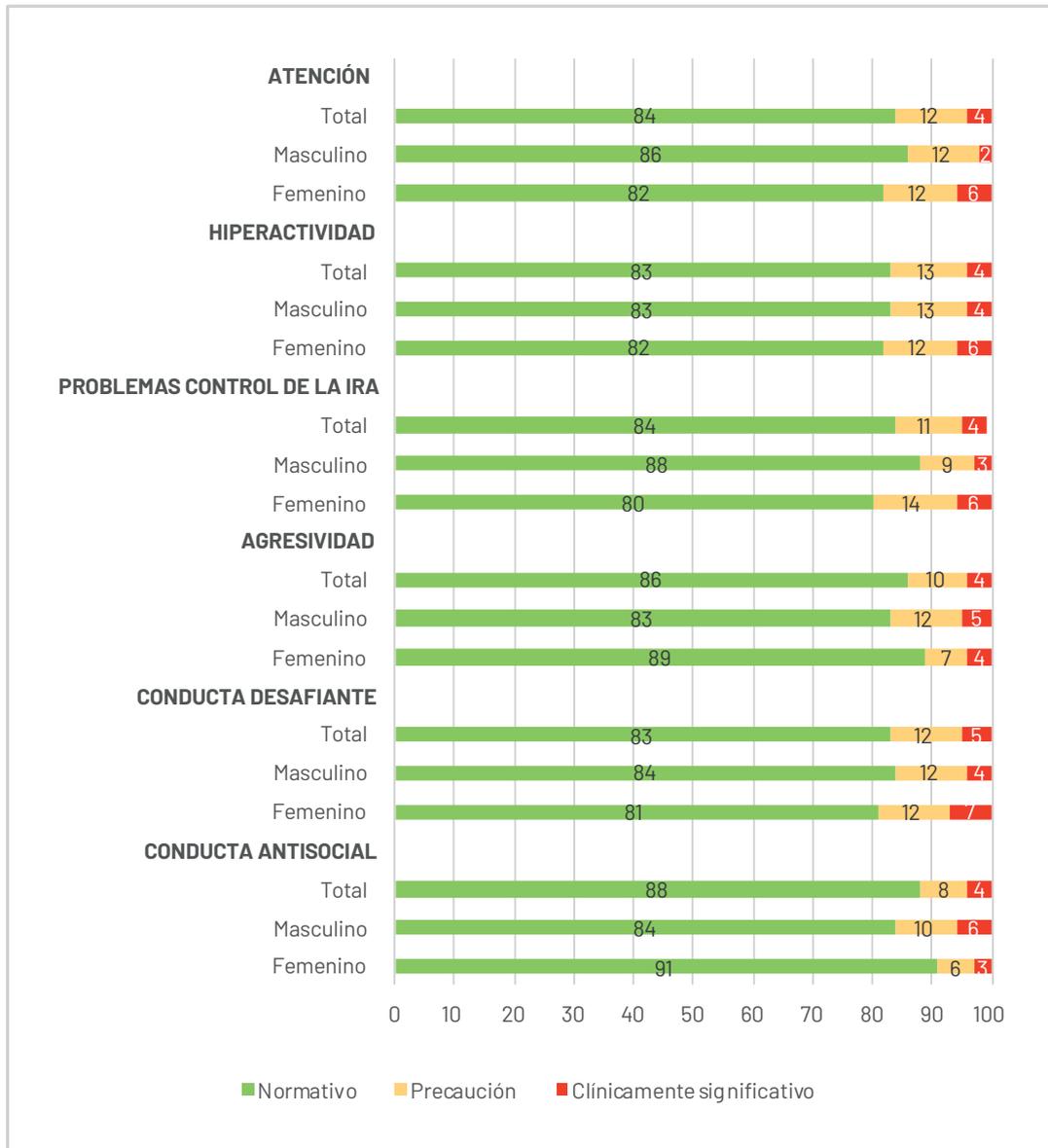
Problemas exteriorizados en infancia



Nota: Datos expresados en porcentajes.

Respecto a los problemas exteriorizados analizados, entre el 5% y 6% de los/las niños/as manifiestan problemas de control de la ira, agresividad y conducta desafiante clínicamente significativos. Le siguen en frecuencia los problemas de la atención y la hiperactividad (4%). Los problemas de atención y los problemas de control de la ira son más frecuentes en las niñas, mientras que los problemas de hiperactividad, las conductas agresivas y las conductas desafiantes son más frecuentes en los niños. Entre un 7 y un 12% de la población infantil presenta puntuaciones que pueden evolucionar hacia síntomas clínicamente significativos.

Problemas exteriorizados en adolescencia



Nota: Datos expresados en porcentajes.

La conducta desafiante es el problema más frecuente en la adolescencia, con un 5% de adolescentes que manifiestan síntomas clínicamente significativos. El resto de los problemas alcanza una prevalencia del 4%. Los problemas de atención, la hiperactividad, los problemas de control de la ira y la conducta desafiante son más frecuentes en las chicas, mientras que las conductas agresivas y la conducta antisocial son más frecuentes en los chicos. Entre un 8 y un 10% de la población adolescente presenta puntuaciones que implican riesgo de desarrollar en el futuro problemas más graves.

Índice de otros problemas

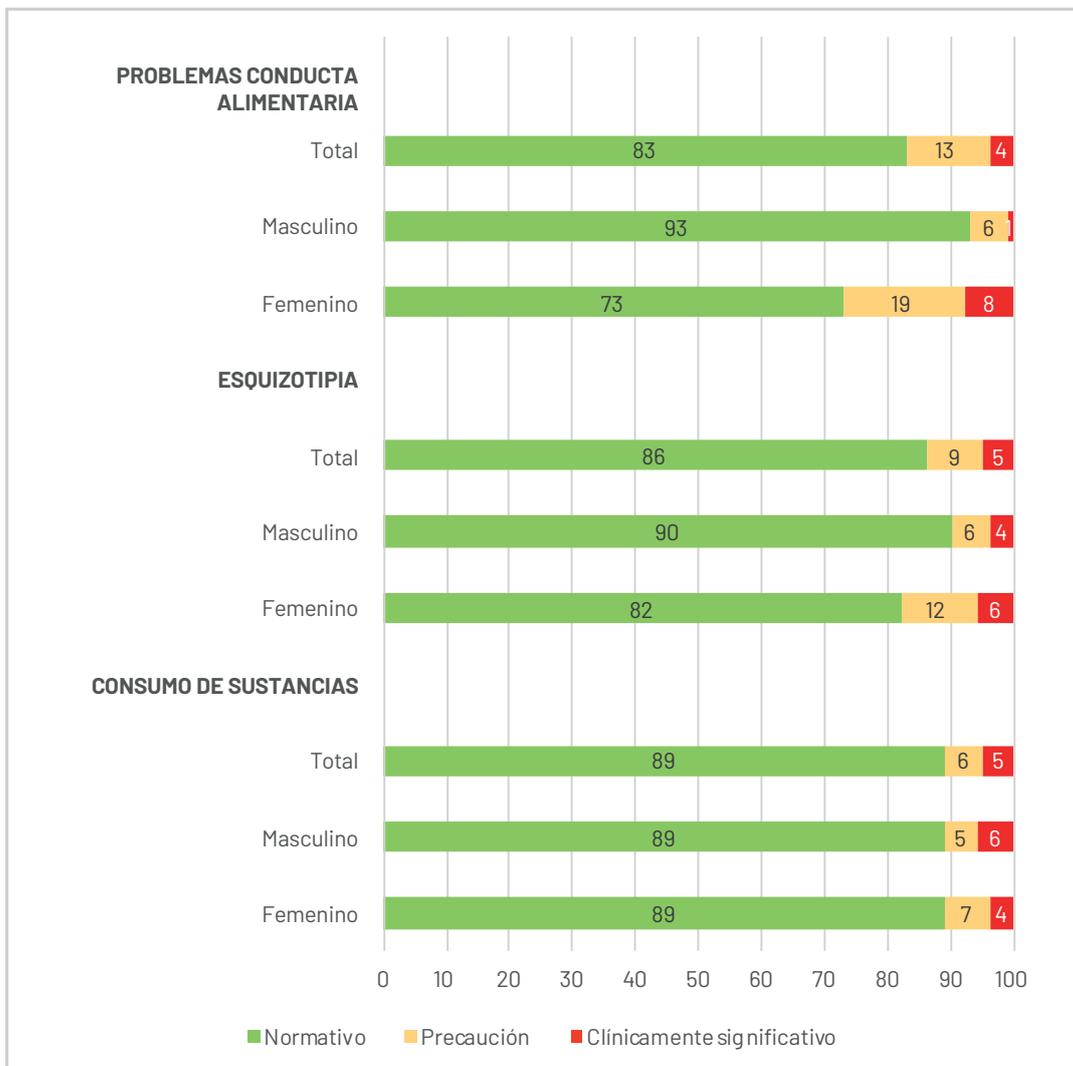
Evalúa dificultades adicionales que encajan en áreas específicas de síntomas emocionales o conductuales. Entre sus subescalas se encuentran:

- **Problemas de la conducta alimentaria:** presencia de conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación, como restricciones alimentarias, atracones o preocupación excesiva por la imagen corporal.

Una puntuación elevada indicaría una mayor vulnerabilidad al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria,

- **Esquizotipia:** tendencias hacia pensamientos o comportamientos inusuales, experiencias perceptivas extrañas y dificultades en las relaciones sociales. Una puntuación alta no indicaría la presencia de un trastorno psicótico, pero ha de alertar al profesional sobre la predisposición del encuestado a desarrollar trastornos de este tipo.
- **Consumo de sustancias:** posible consumo de sustancias, evaluando la frecuencia y el impacto en la vida cotidiana del adolescente. Puntuaciones elevadas alertarían de un consumo de sustancias problemático.

Otros problemas en adolescentes



Nota: Datos expresados en porcentajes.

Los problemas de la conducta alimentaria son clínicamente significativos en el 4% de la población adolescente, siendo mucho más frecuentes en las chicas que en los chicos. Además, el 19% de las adolescentes se encuentran en riesgo de desarrollar un problema

de la conducta alimentaria. La esquizotipia, presente en el 5% con síntomas clínicos, es más frecuente en los chicos que en las chicas. Un 6% de la población adolescente informa de consumo de sustancias, con un porcentaje mayor de consumo en el género masculino.

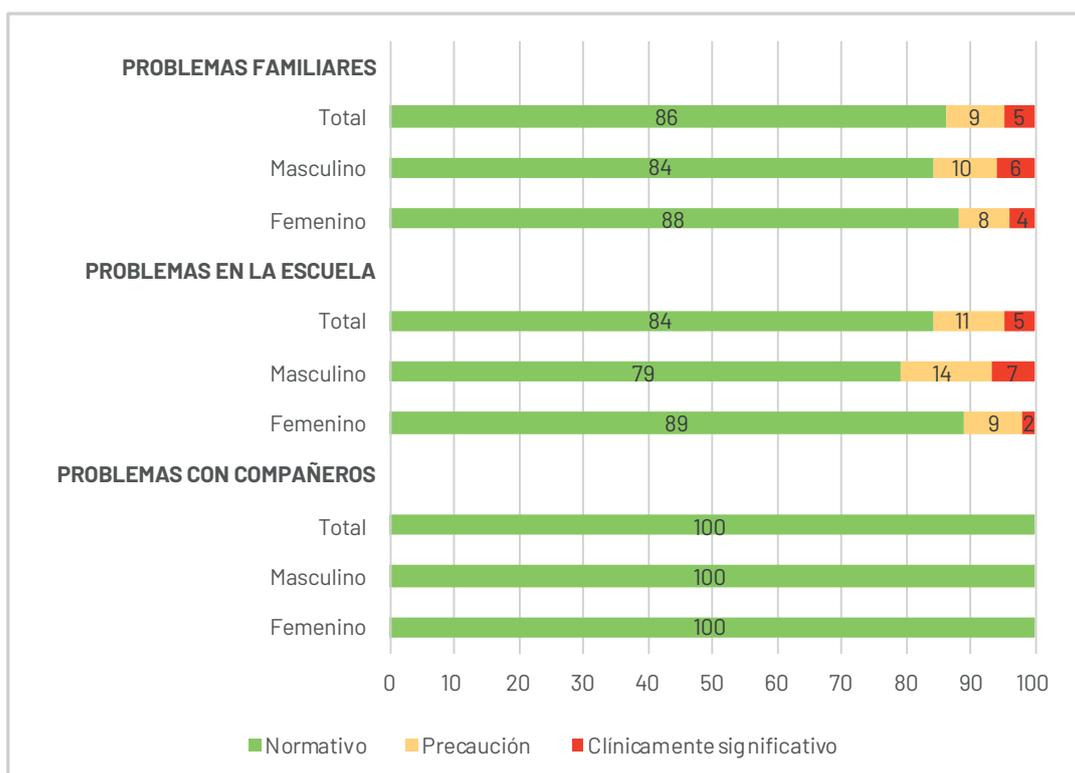
2. Problemas contextuales

Índice de problemas contextuales

Evalúa la presencia de situaciones o circunstancias externas que pueden influir negativamente en el bienestar del niño/a o adolescente. Este índice agrupa las siguientes escalas:

- **Conflictos familiares:** presencia de tensiones, falta de apoyo y conflictos en el entorno familiar que pueden afectar a la persona. Una puntuación elevada indica la existencia de problemas en el contexto familiar.
- **Problemas con la escuela:** analiza el rechazo hacia el colegio o instituto, relación con los profesores o bien hacia el estudio. Una puntuación elevada apuntaría a un malestar elevado con respecto al colegio o instituto, ya sea con motivo de insatisfacción, aburrimiento o tensión.
- **Problemas con los compañeros:** evalúa el nivel en que la persona percibe rechazo, aislamiento o poca integración dentro de su grupo de compañeros. Una puntuación alta indica que puede estar siendo víctima de críticas, burlas, agresiones físicas u otras formas de exclusión, incluidas situaciones de acoso escolar.

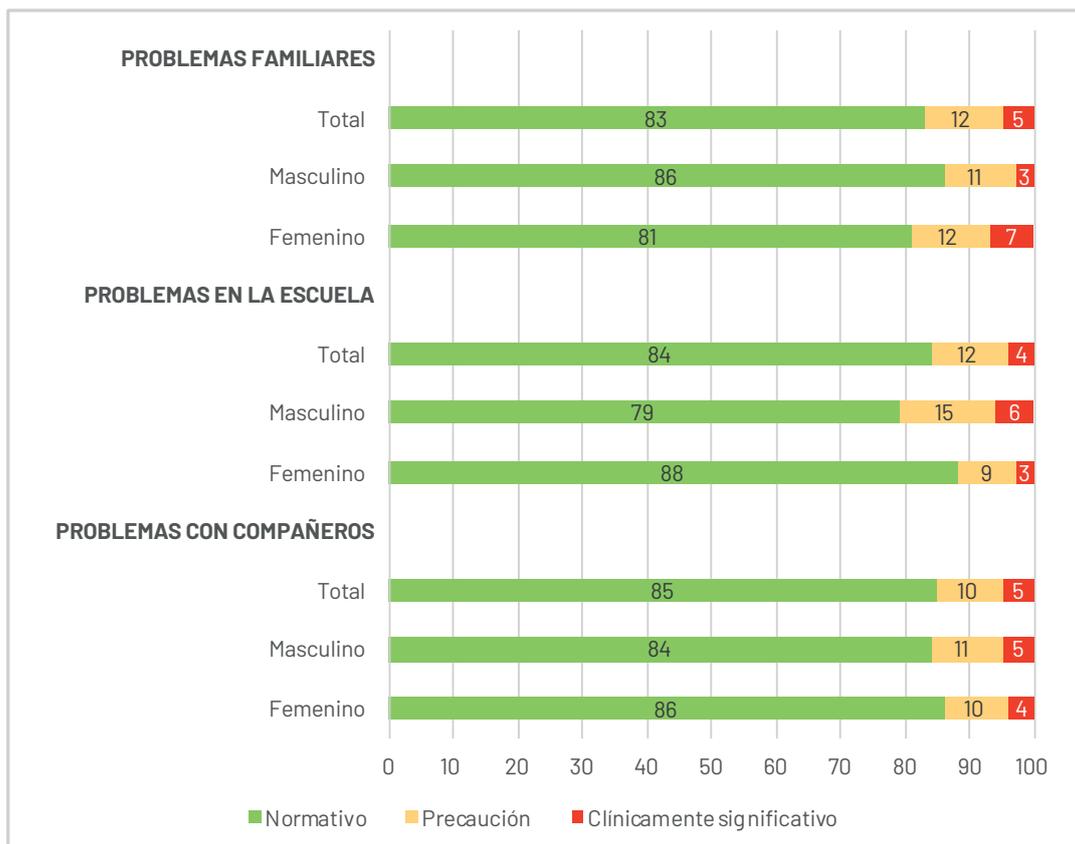
Problemas contextuales en la infancia



Nota: Datos expresados en porcentajes.

El 5% de la población infantil tiene problemas familiares clínicamente significativos, con mayor presencia de dichos problemas en los niños que en las niñas. El 9% se encuentra en riesgo de presentarlos. Los problemas en la escuela, que alcanzan un porcentaje del 5%, son más frecuentes en los niños, con un 11% de la población infantil que presenta puntuaciones que implican precaución por el riesgo de presentarlos en el futuro. No se observan problemas con los compañeros en la población infantil.

Problemas contextuales en la adolescencia



Nota: Datos expresados en porcentajes.

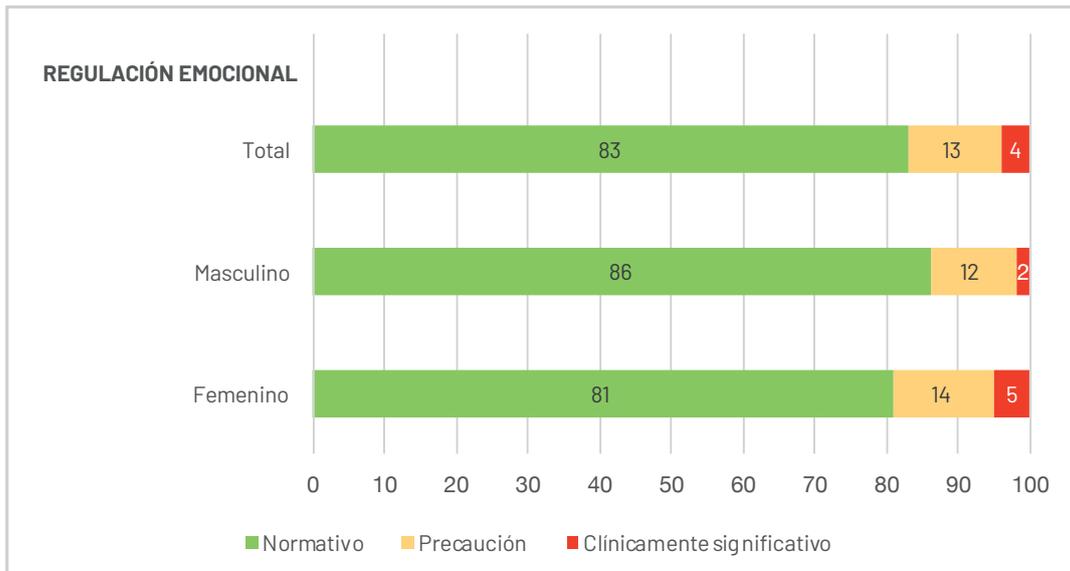
El 5% de la población adolescente manifiesta problemas familiares clínicamente significativos, con mayor presencia de dichos problemas en las chicas que en los chicos. Los problemas en la escuela, presentes en el 4%, son más comunes en el género masculino, del mismo modo que los problemas con los compañeros, clínicamente significativos en el 5%, también más comunes en los chicos. El 12% de la población adolescente presenta puntuaciones que implican riesgo de presentar problemas familiares o problemas en la escuela, mientras que el 10% puede presentar potencialmente problemas con los compañeros.

3. Factores de vulnerabilidad

Regulación emocional: Evalúa la presencia de dificultades para comprender y regular las propias emociones y su expresión, que se pueden manifestar en cambios de humor bruscos y frecuentes y en oscilaciones del estado de ánimo a lo largo del día. Una puntuación alta puede indicar dificultades para controlar y regular las emociones y estado de ánimo, así como para identificar y reconocer las causas o eventos que le hacen experimentar esas emociones.

Búsqueda de sensaciones: Evalúa la tendencia de los adolescentes a buscar experiencias nuevas, emocionantes o de riesgo, con poca consideración por las posibles consecuencias negativas. Una puntuación elevada puede sugerir que la persona muestra una inclinación hacia la búsqueda de experiencias nuevas o intensas, asumiendo riesgo y actuando de forma impulsiva.

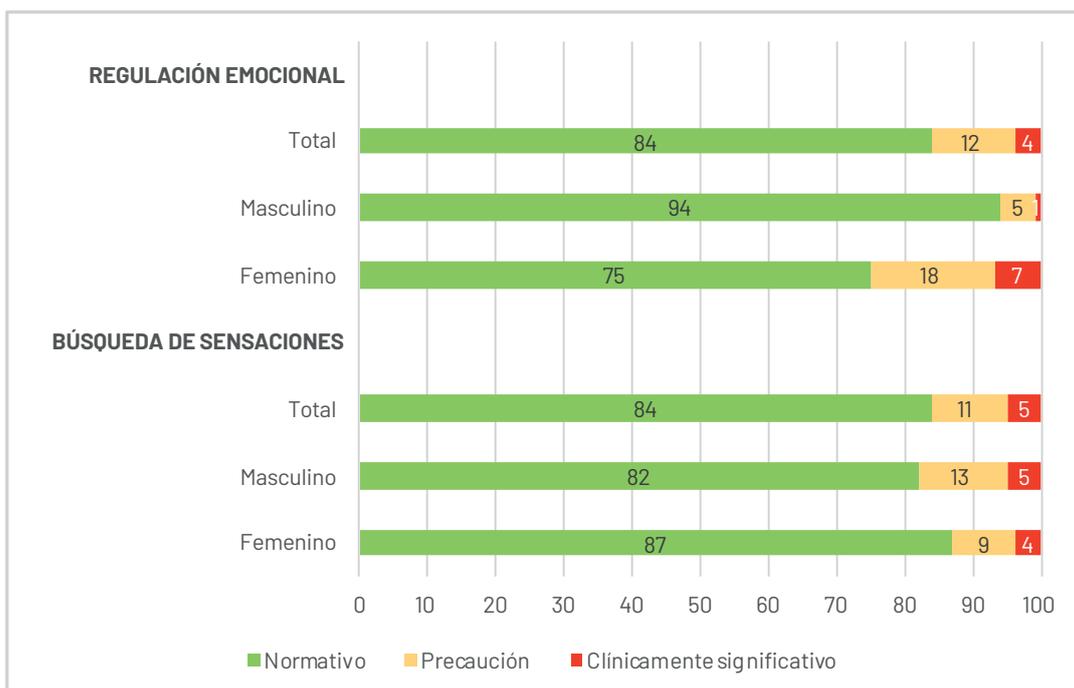
Factores de vulnerabilidad en la infancia



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 4% de la población infantil presenta problemas de regulación emocional y el 13% se encuentra en riesgo de presentarlos, con mayor prevalencia en las niñas que en los niños.

Factores de vulnerabilidad en la adolescencia



Nota: Valores expresados en porcentajes

Los problemas de regulación emocional alcanzan un porcentaje del 4% en la población adolescente, siendo más frecuentes en las chicas que en los chicos. Un 12% alcanzan puntuaciones que implican riesgo de presentarlos en el futuro. La búsqueda de sensaciones que supone riesgo en la adolescencia está presente en el 5% de la población, con una frecuencia mayor en los chicos.

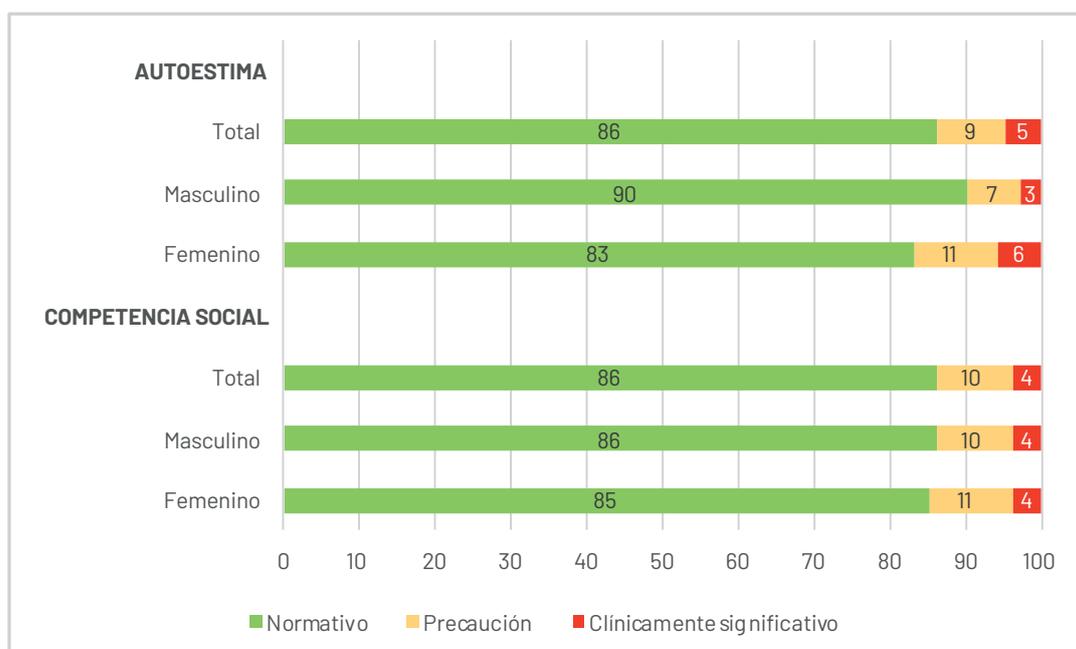
4. Recursos personales

El índice de recursos personales mide las capacidades internas del niño/a o adolescente para enfrentar y manejar las dificultades emocionales y sociales. Evalúa aspectos como la resiliencia, la autoestima y la capacidad de adaptación ante situaciones adversas. Agrupa las siguientes subescalas:

- **Autoestima:** satisfacción de la persona consigo misma y valoración positiva de sí misma.
- **Integración y competencia social:** capacidad del niño o adolescente para iniciar y mantener relaciones de amistad, para integrarse en grupos sociales y sentirse cómodo en ellos.

En estas subescalas, la interpretación de los resultados es inversa: una puntuación elevada sugiere un adecuado manejo de los recursos personales y una mejor adaptación, mientras que una puntuación baja indica dificultades en estas áreas.

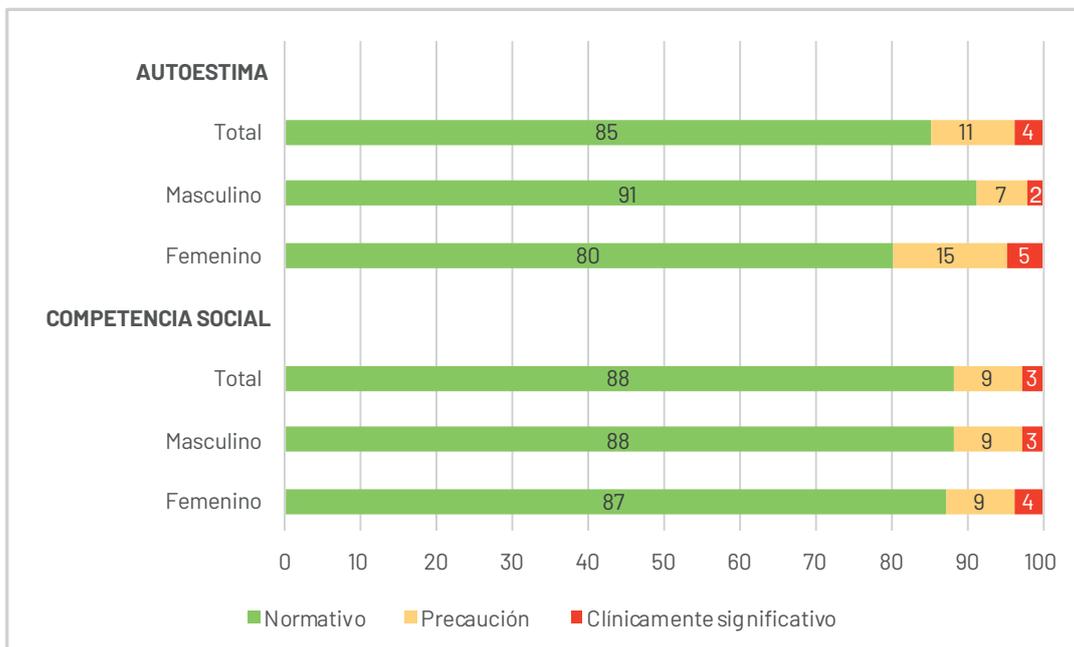
Recursos personales en la infancia



Nota: Valores expresados en porcentajes

EL 5% de la población infantil presenta problemas de autoestima clínicamente significativos, y el 9% alcanza puntuaciones que implican riesgo de manifestar problemas de autoestima, siendo más frecuentes en las niñas que en los niños. Los problemas de integración y competencia social están presentes en el 4% de los niños/as.

Recursos personales en la adolescencia



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 4% de la población adolescente tiene problemas de autoestima clínicamente significativos, siendo más frecuentes en chicas que en chicos. Los problemas de integración y competencia social alcanzan un porcentaje del 3%, con mayor frecuencia en las chicas. El 11% y el 9% de los/as adolescentes están en riesgo de presentar problemas de autoestima y problemas de competencia social, respectivamente.

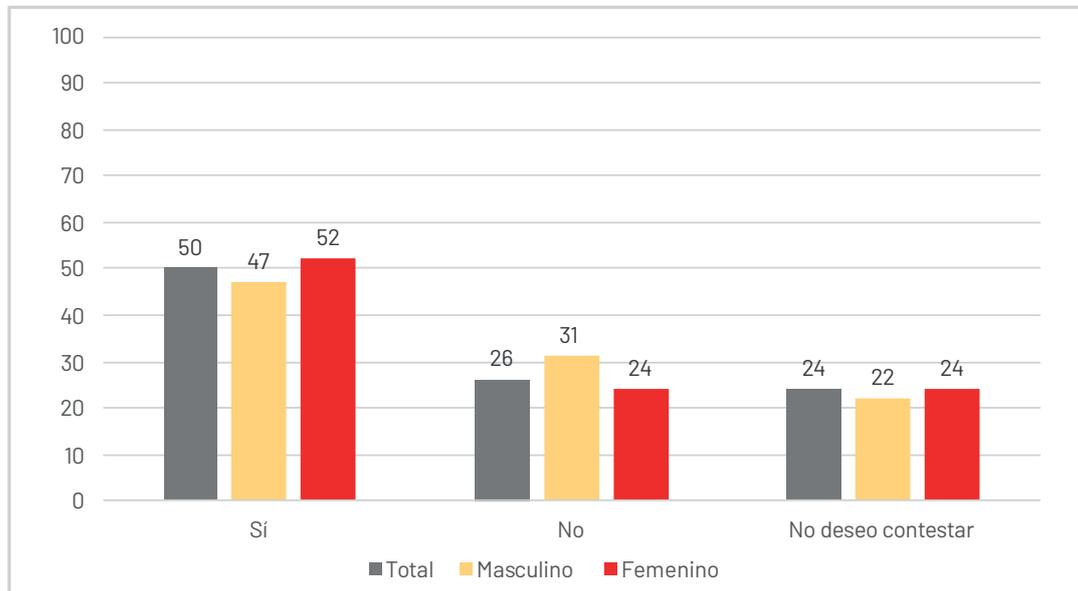
Conductas autolesivas suicidas y no suicidas

En este apartado se recogen las respuestas de la submuestra formada por adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 18 años (n = 3.309) a las cinco preguntas que forman la Escala *Paykel* de Suicidio, junto con otros ítems ad hoc que indagan sobre comportamientos autolesivos no suicidas.



Ideación suicida

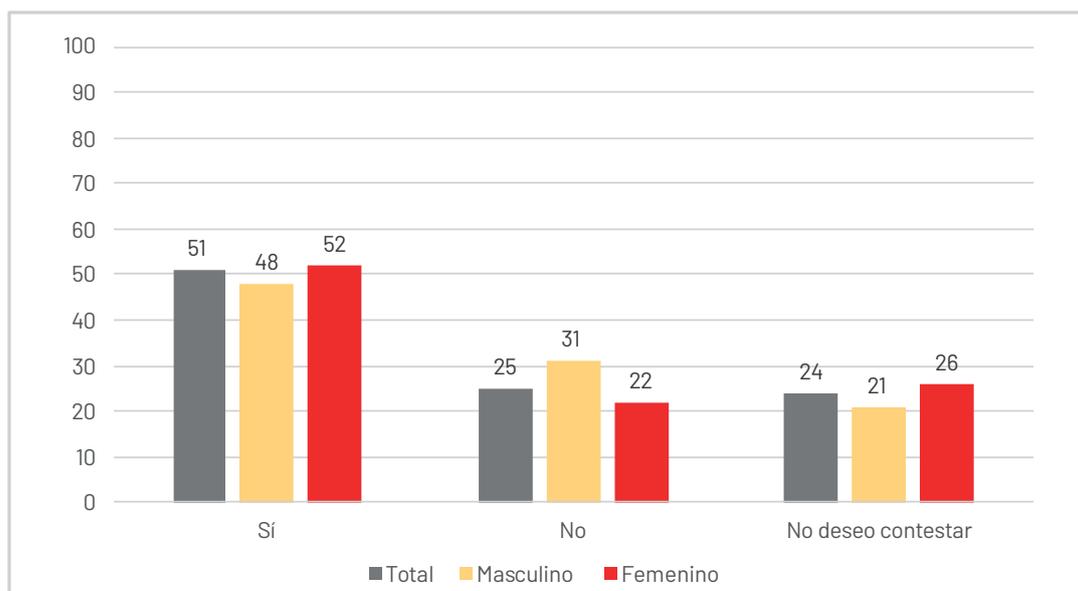
¿Has sentido que la vida no merece la pena?



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 50% de adolescentes han sentido que la vida no merece la pena. Las chicas superan ligeramente (52%) a los chicos (47%).

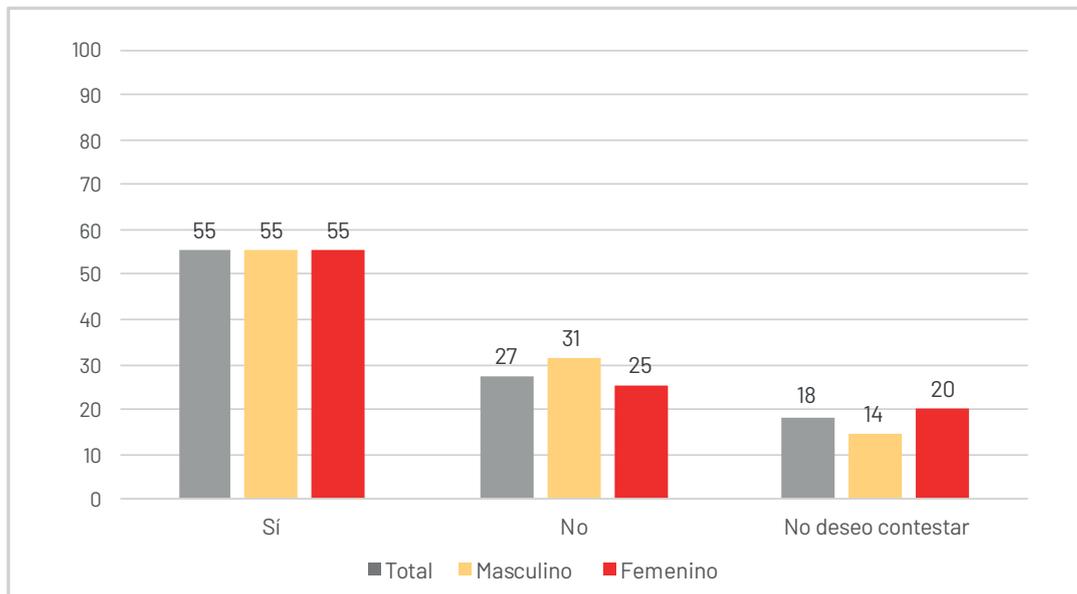
¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 51% de los participantes contestan afirmativamente a la pregunta sobre si han deseado alguna vez estar muertos, con tasa ligeramente mayor en las chicas (52%) que en los chicos (48%), junto a una mayor tendencia en las chicas a no contestar a la pregunta (26%) respecto a los chicos (21%)

¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?

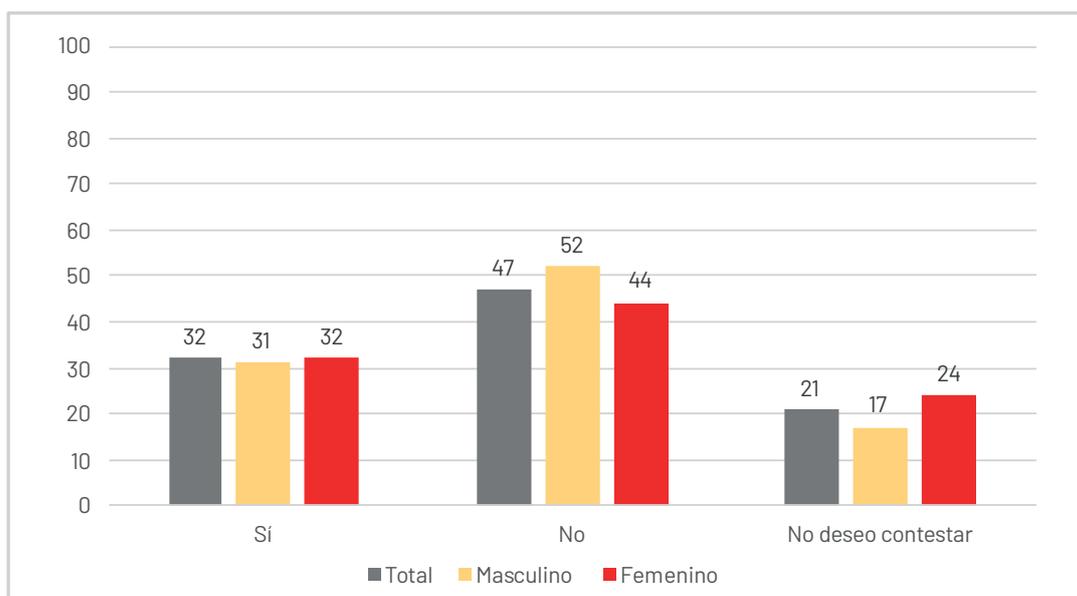


Nota: Valores expresados en porcentajes

En conjunto, un 55% de niños/as y adolescentes han pensado en alguna ocasión en quitarse la vida. La respuesta es idéntica en chicos y en chicas.

Intentos de suicidio

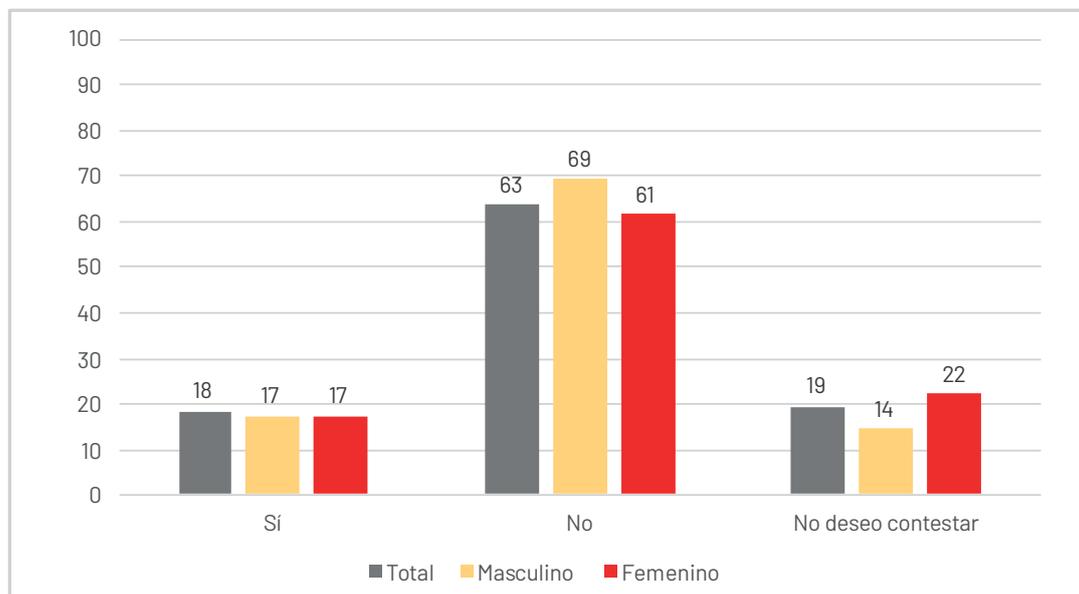
¿Has llegado al punto de considerar realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre como lo harías?



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 32% de los participantes manifiesta haber considerado realmente quitarse la vida o haber hecho planes al respecto, sin que se den diferencias de género en esta respuesta. Un mayor porcentaje de chicas (24%) prefiere no contestar, respecto a los chicos (17%).

¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

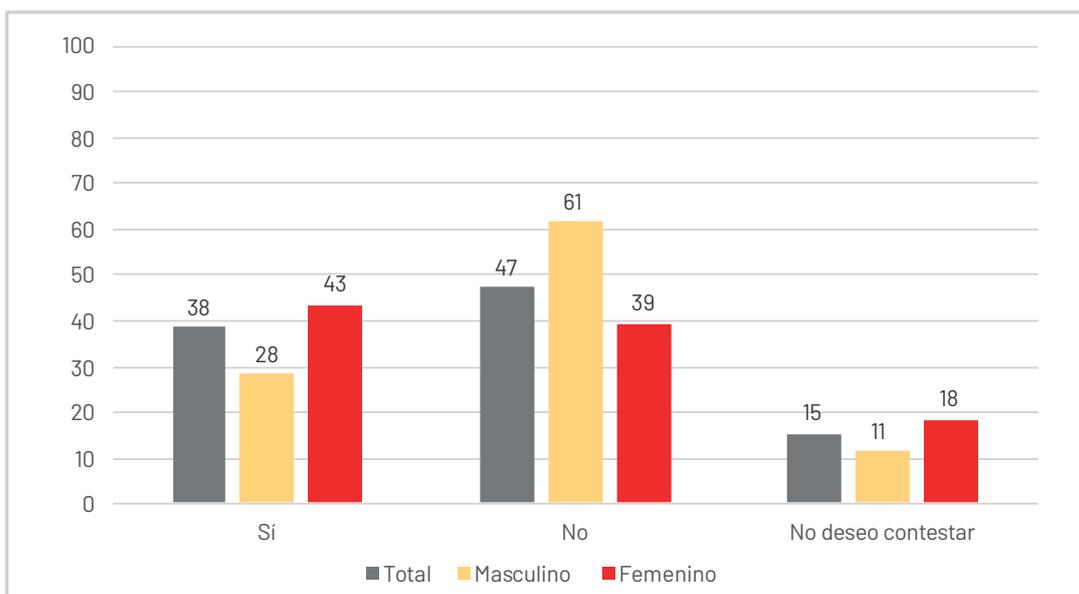


Nota: Valores expresados en porcentajes

El 18% de adolescentes reconoce haber realizado algún intento por quitarse la vida, con igualdad en la tasa de chicos y chicas. Un mayor número de chicas (22%) opta por no contestar a la pregunta respecto a los chicos (14%)

Conductas autolesivas

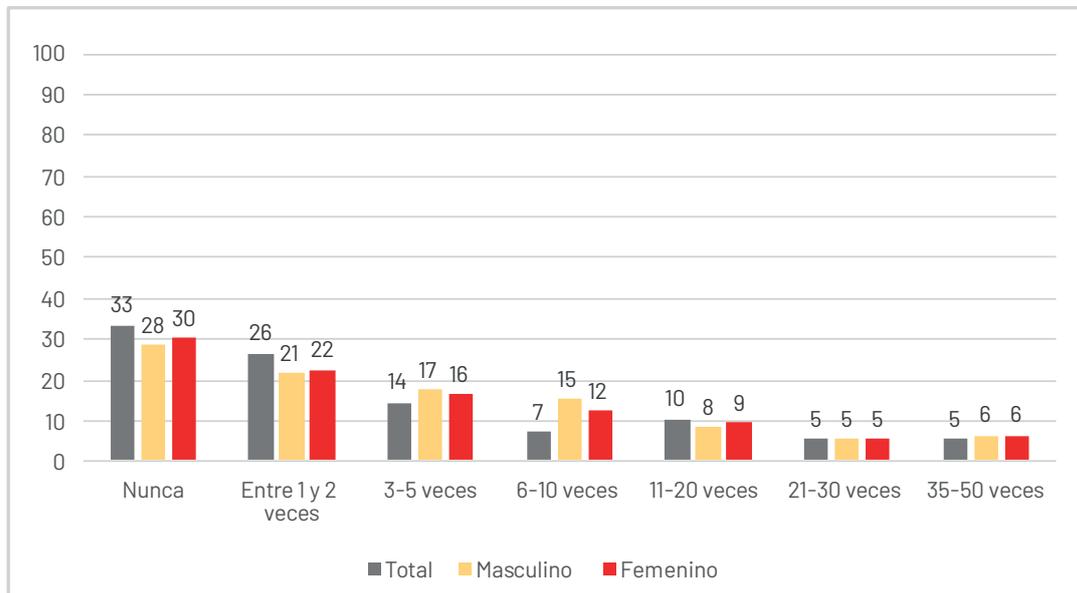
¿Alguna vez has pensado en hacerte daño sin tener intención de morir/quitarte la vida? (por ejemplo, cortarte o hacerte quemaduras)



Nota: Valores expresados en porcentajes

El 38% de los y las adolescentes han pensado en producirse daño cortándose o haciéndose quemaduras (un 43% en el caso de las chicas y un 28% los chicos).

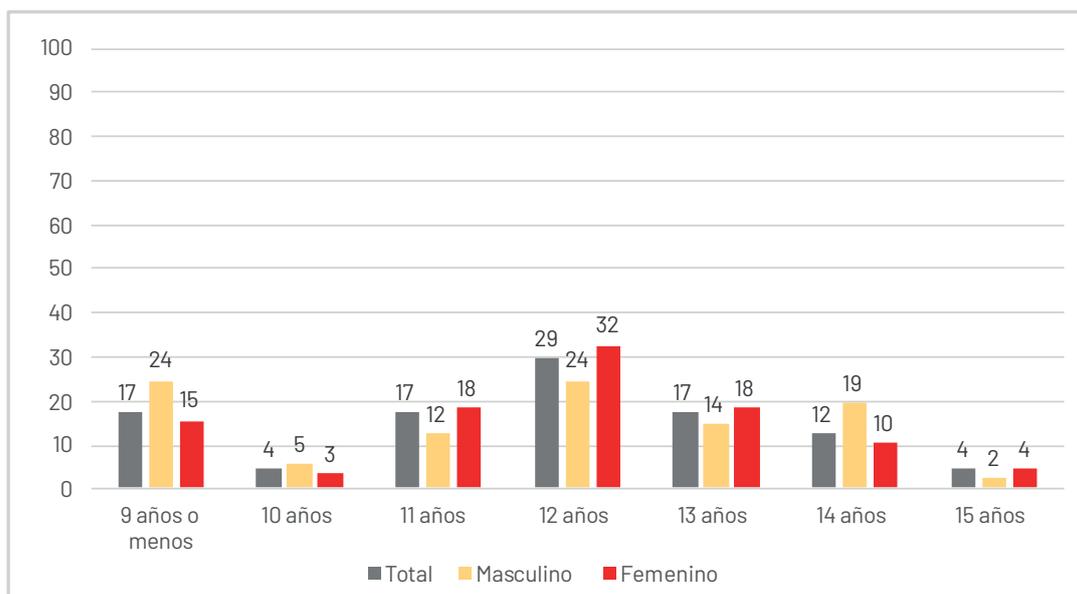
Si es así, durante los últimos 12 meses ¿Cuántas veces te has dañado sin tener intención de morir/quitarte la vida?



Nota: Datos expresados en porcentajes. Los datos recogen las respuestas de los adolescentes que en alguna ocasión se han autolesionado (n=251; equivalente al 38% del total de la muestra adolescente).

Entre los chicos/as que se autolesionan, el 67% lo ha hecho durante el último año. La mayoría ha probado a hacerlo 1 ó 2 veces (26%), en menor medida (14%) de 3 a 5 veces, y el resto con una frecuencia mayor. Un 10% de adolescente se autolesionó más de 20 veces durante el último año.

¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo para lesionarte intencionadamente, sin tener intención de morir o quitarte la vida?



Nota: Valores expresados en porcentajes

La edad en que se producen por primera vez las conductas autolíticas no suicidas son los 12 años, edad a la que se infringen autolesiones el 29% de quienes lo hacen.

REFERENCIAS

Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosí, S. y Arijá, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143.

Encuesta Nacional de Salud de España (2017). Gobierno de España. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., y Carrasco, M. Á. (2015). Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA). TEA Ediciones.

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H. y Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, 206, 256-267.

Libro Blanco de Depresión y Suicidio (2020). Recuperado de: <https://sepb.es/webnew/wpcontent/uploads/2021/09/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>

Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R. y McClintock, S. M. (2016). Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 84-98.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCSA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>

World Health Organization. (2021). Adolescent mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 124(0), 460-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56: 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Richmond-Rakerd, L. S., D'Souza, S., Milne, B. J., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2021). Longitudinal associations of mental disorders with physical diseases and mortality among 2.3 million New Zealand citizens. *JAMA network open*, 4(1), e2033448-e2033448.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., ... Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: largescale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 1-15.

DIEZ PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

- 1. Fomentar el bienestar emocional en todos los contextos.** Los datos presentados son preocupantes. Para mejorar el bienestar emocional en la población infantil y adolescente es esencial su promoción en el entorno familiar, en la comunidad y en la escuela. Las actividades que ayuden a niños/as y adolescentes a identificar y expresar sus emociones de manera saludable deben ser parte fundamental de este proceso.
- 2. Observación del comportamiento en diversos contextos.** Es importante estar atentos a señales de alerta como aislamiento, cambios en el estado de ánimo, dificultades para concentrarse o alteraciones en el sueño y apetito. Estas manifestaciones pueden observarse tanto en el hogar, en la escuela, como en actividades extracurriculares.
- 3. Fortalecimiento de la colaboración entre familia y escuela.** Se recomienda potenciar los sistemas de comunicación regular entre padres y docentes para compartir información sobre cualquier cambio en el comportamiento del niño/a o adolescente. Esta colaboración permitirá identificar posibles trastornos psicológicos de manera temprana.
- 4. Implementación de programas de educación emocional y de prevención del suicidio en las escuelas.** Desde edades tempranas, las instituciones educativas deben incorporar programas de educación emocional que enseñen habilidades para la gestión de emociones, resolución de conflictos y manejo del estrés. Estos programas fortalecen el bienestar emocional y la resiliencia de los estudiantes.
- 5. Apoyo durante las transiciones vitales.** Proveer orientación y apoyo en momentos de transición, como el inicio de la escolarización, el paso a educación secundaria, los cambios familiares o importantes etapas del desarrollo, es fundamental para que los menores enfrenten estos retos de manera positiva y con los recursos emocionales adecuados.
- 6. Desarrollo de habilidades para la vida.** Se debe enseñar a los niños y adolescentes estrategias de manejo del estrés y la ansiedad, como técnicas de relajación, resolución de problemas y habilidades sociales. Esto puede realizarse mediante programas comunitarios o actividades extracurriculares que promuevan el bienestar emocional.
- 7. Identificación y reducción de factores de riesgo.** La prevención de factores que generen malestar emocional, como el acoso escolar y el ciberacoso, problemas familiares o la exposición a situaciones traumáticas, es clave. Crear redes de apoyo integradas por el entorno familiar, escolar y comunitario puede ser decisivo en la detección temprana.

8. Promoción de hábitos de vida saludables. La actividad física, una alimentación equilibrada y un descanso adecuado impactan directamente en la salud mental de niños/as y adolescentes. Promover estos hábitos como parte de su rutina diaria contribuirá significativamente a su bienestar emocional.

9. Reducción del estigma asociado a la salud mental. Es preciso impulsar campañas de concienciación para combatir el estigma asociado a los problemas de salud mental. Fomentar una actitud abierta hacia la búsqueda de ayuda profesional puede facilitar que los menores reciban el apoyo necesario en el momento adecuado.

10. Capacitación de educadores y personal escolar. Capacitar a los maestros y orientadores para que puedan detectar signos de ansiedad, depresión y riesgo de suicidio es esencial para una intervención temprana y efectiva.



DOCE CONCLUSIONES

- 1.** Los resultados informan de la presencia de problemas emocionales, siendo la depresión el problema de mayor relevancia en la infancia y la adolescencia, con un 5% de casos de carácter potencialmente clínico.
- 2.** Los problemas exteriorizados más frecuentes en población infantil son los relacionados con el control de la ira, la agresividad y la conducta desafiante (5%), mientras que en adolescentes los más frecuentes son los problemas de la conducta desafiante (5%).
- 3.** El 8% de chicas adolescentes presentan problemas de conducta alimentaria de carácter clínico, en mayor medida que los chicos de la misma franja de edad (1%).
- 4.** Se observa además una tasa elevada de casos de riesgo alto, calificados como casos preocupantes, que requieren de prevención indicada. Destacando el 9% depresión, 13% problemas de la conducta alimentaria, entre otros.
- 5.** El 50% de adolescentes han sentido que la vida no merece la pena. Las chicas superan ligeramente (52%) a los chicos (47%).
- 6.** El 51% de los participantes afirman haber deseado alguna vez estar muertos, con una tasa ligeramente mayor en las chicas (52%) que en los chicos (48%), junto a una mayor tendencia en las chicas a no contestar a la pregunta (26%) respecto a los chicos (21%).
- 7.** Un 55% de niños/as y adolescentes han pensado en alguna ocasión en quitarse la vida. La respuesta es idéntica en chicos y en chicas.
- 8.** El 32% de los participantes manifiesta haber considerado realmente quitarse la vida o haber hecho planes al respecto, sin que se den diferencias de género en esta respuesta. Un mayor porcentaje de chicas (24%) prefiere no contestar, respecto a los chicos (17%).
- 9.** El 18% de adolescentes reconoce haber realizado algún intento por quitarse la vida, con igualdad en la tasa de chicos y chicas. Un mayor número de chicas (22%) opta por no contestar a la pregunta respecto a los chicos (14%).
- 10.** El 38% de los y las adolescentes han pensado en autolesionarse cortándose o haciéndose quemaduras (un 43% en el caso de las chicas y un 28% los chicos).
- 11.** La edad en que se producen por primera vez las conductas autolíticas no suicidas son los 12 años, edad a la que se infringe autolesiones el 29% de quienes lo hacen.
- 12.** Entre los chicos/as que se autolesionan, el 67% lo ha hecho durante el último año. La mayoría ha probado a hacerlo 1 ó 2 veces (26%), en menor medida (14%) de 3 a 5 veces, y el resto con una frecuencia mayor. Un 10% de adolescentes se autolesionaron más de 20 veces durante el último año.

EMO Child



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Educació,
Universitats y Empleo

CIPROM/2021/031

aitana

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



UNIVERSITAT
Miguel Hernández