

Evaluación de la Aplicación Piloto de una Intervención Preventiva de Salud Mental en la Escuela: Variaciones en la Desadaptación Escolar y en la Disfunción Psicosocial Adolescente

Evaluation of a Pilot Preventive Mental Health Intervention in Schools: Changes in School Maladjustment and Psychosocial Dysfunction Among Adolescents

Iris Gallardo, Loreto Leiva y Myriam George
Universidad de Chile

El objetivo del estudio fue evaluar los logros de la aplicación piloto de un taller preventivo de salud mental en adolescentes de 8 colegios de la comuna de Lo Espejo de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, los que participaron durante el año 2011 en el programa chileno "Habilidades para la Vida II". El propósito fue explorar los alcances de la aplicación del taller preventivo, de una duración de 6 meses, sobre las variables *desadaptación escolar* (DE) y *disfunción psicosocial* (DP) de los adolescentes. Se diseñó un estudio pre-experimental sin grupo control, con mediciones pre y post. Se trabajó con una muestra intencionada intensa de 65 estudiantes de ambos sexos que cursaban 7° año básico al momento de la intervención. Se realizaron ANOVA de medidas repetidas y pruebas *t* para muestras relacionadas. Los resultados obtenidos mostraron que el taller disminuyó en los alumnos los niveles de los factores de riesgo asociados a DE; en cambio, no fue efectivo en modificar la DP de los adolescentes.

Palabras clave: adolescentes tempranos, salud mental, desadaptación escolar, disfunción psicosocial, programa preventivo

The aim of this study was to assess the effects of a pilot preventive mental health workshop on adolescents attending 8 schools in the district of Lo Espejo, located in the Metropolitan Region of Santiago, Chile, who participated in the nationwide program "Habilidades para la Vida II" during 2011. The study sought to explore the effects of the application of this 6-month preventive intervention on the adolescents' *school maladjustment* (SM) and *psychosocial dysfunction* (PD) variables. A pre-experimental study with no control group and with pre- and post-intervention measurements was designed. Purposive intensity sampling was used to select 65 adolescents of both sexes attending 7th grade at the time of the intervention. The analysis considered repeated measures ANOVA and *t*-tests for related samples. The results showed that the intervention reduced the level of the risk factors associated with SM; however, it was not effective in modifying the adolescents' PD.

Keywords: early adolescents, mental health, school maladjustment, psychosocial dysfunction, prevention program

La mayoría de los trastornos psiquiátricos comienza en la infancia o adolescencia, existiendo un alto grado de continuidad entre trastornos psiquiátricos de niños, adolescentes y adultos (de la Barra, 2009; Kessler et al., 2005; O'Connell, Boat & Warner, 2009; Wille, Bettge, Ravens-Sieberer & The BELLA Study Group, 2008). Estudios conducidos en poblaciones generales y clínicas en distintos países han mostrado la estabilidad de problemas conductuales y emocionales tempranos y su valor predictor de perturbaciones posteriores (Bennet, Lipman, Racine & Offord, 1998; de la Barra, Toledo & Rodríguez, 2002, 2003).

En los estudios realizados, la prevalencia global de los trastornos psicológicos y conductuales en la población infantil y adolescente varía entre el 10 y 20% (Chile, Ministerio de Salud, 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Específicamente en Chile, un tercio de la población infanto-juvenil presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses, siendo las prevalencias más altas en niños que en adolescentes. Los niños y adolescentes recurren más a los servicios en el contexto escolar y la mayoría de los que son diagnosticados no recibe atención. Hay una brecha asistencial de 67% para cualquier tipo

Iris Gallardo, Loreto Leiva y Myriam George, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

El artículo es parte de la tesis para optar al grado de Magíster en Psicología de la Universidad de Chile de la primera autora.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Loreto Leiva, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Avda. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile. E-mail: loretoleivab@u.uchile.cl

de trastorno, que sube al 85% cuando se considera solo el sistema sanitario formal (Vicente et al., 2012). Además, la población de bajos ingresos tiene significativamente menos probabilidad de recibir ayuda para sus problemas emocionales (Araya et al., 2011).

Lo anterior constituye la base para plantear la necesidad de contar con estrategias preventivas en salud mental, que disminuyan el riesgo de presentar en el futuro trastornos psicológicos y conductuales (Kellam, Koretz & Mościcki, 1999).

Si bien se ha demostrado la eficacia de algunas intervenciones terapéuticas disponibles para ciertos trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia, existen limitaciones de orden familiar y de capacidad de los sistemas de salud para evaluar y tratar las psicopatologías (Offord & Bennett, 2002; Vicente et al., 2012). Estas limitaciones han motivado a los investigadores y encargados del diseño de políticas públicas a desarrollar programas preventivos, especialmente si se considera que ciertos trastornos tienen antecedentes infantiles reconocibles antes de que estos aparezcan.

El conocimiento alcanzado hace posible identificar grupos de alto riesgo con fines de prevención, para así realizar modificaciones al riesgo. Este enfoque, basado en intervenciones preventivas selectivas e indicadas, permite abordar problemas de manera temprana y es potencialmente eficiente si se dirige hacia el objetivo correcto, es decir, identificar el problema y los factores de riesgo asociados a trastornos futuros de salud mental. Además, a mediano plazo permite evaluar el impacto positivo en la reducción de las brechas en la atención de salud.

Al respecto, uno de los lugares óptimos para detectar precozmente factores de riesgo, trastornos y también para realizar intervenciones protectoras, compensadoras y reparadoras es la escuela. Los profesores pueden entregar información de la conducta del niño y del adolescente en la sala de clases y de la interacción con el grupo curso, lo que ayuda a reconocer a quienes presentan factores de riesgo o problemas de salud mental. Por otra parte, los padres pueden informar acerca del desarrollo emocional, afectivo, social y psicomotor del niño o adolescente, lo que permite detectar dificultades que no se expresan necesariamente en la escuela. Además, ellos entregan información de variables asociadas a la familia, tales como ausencia del padre, psicopatología, consumo de alcohol y drogas, madre adolescente y participación en redes de apoyo, lo que permite considerar variables contextuales asociadas al riesgo en salud mental (George, Guzmán, Flotts, Scquicciarini & Guzmán, 2012).

Dada la significativa brecha asistencial entre niños y adolescentes que requieren de servicios especializados y no los buscan ni los reciben (Vicente et al., 2012; Weist & Murray, 2008), existe consenso en que la escuela es el lugar ideal para realizar intervención preventiva en salud mental. Considerando la gran cantidad de tiempo que permanecen en ella, las escuelas son el lugar más probable donde niños y adolescentes pueden recibir estos servicios, sumado a la importante influencia socializadora de la institución y la asociación existente entre el aprendizaje y los trastornos mentales (Domitrovich et al., 2010; Macklem, 2014; Petras et al., 2008). De hecho, la OMS (2004) recomienda los programas escolares como una estrategia efectiva para la promoción y prevención en salud mental, especialmente los programas integrales que abordan la ecología escolar y el desarrollo de destrezas individuales de estudiantes, profesores y padres. Se menciona que realizar prevención en las escuelas se traduce en una oportunidad para la intervención temprana, así como una mayor posibilidad de influir en el desarrollo social y cognitivo de los niños y adolescentes, especialmente para aquellos que se encuentran en condiciones más desfavorables (Weare & Nind, 2011).

Varios países han reconocido esta relevancia y han dado prioridad en su agenda a la promoción y prevención de salud en la escuela, a través de iniciativas financiadas gubernamentalmente (Weist & Murray, 2008), las que han demostrado efectividad en cuanto al aumento de habilidades sociales y emocionales, disminución de comportamiento disruptivo y mejora en el rendimiento académico de los estudiantes (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Hoagwood et al., 2007; Suldo, Gormley, DuPaul & Anderson-Butcher, 2014). En efecto, revisiones sistemáticas de intervenciones preventivas llevadas a cabo en el contexto escolar presentan resultados favorables no solo a nivel individual, tales como la disminución de problemas internalizantes y externalizantes o una mejora del rendimiento, sino que también dan cuenta de efectos favorables a nivel de la familia y de la comunidad escolar. Además, son especialmente útiles cuando se dirigen a poblaciones con mayores riesgos (Durlak & Wells, 1997; Weare & Nind, 2011).

Intervenir preventivamente en las escuelas permitiría enseñar habilidades sociales y emocionales en un contexto real y natural de desarrollo, donde se podrían fomentar relaciones de respeto y de apoyo entre los estudiantes, el personal de la escuela y los padres. Igualmente, se podría reforzar una conducta académica

y social positiva a través de sistemas integrales y programas multi-componentes, combinando esfuerzos del aula, la escuela y de toda la comunidad (Gottfredson, Gerstenblith, Soulé, Womer & Lu, 2004; Greenberg et al., 2003; Ronés & Hoagwood, 2000).

Además, las escuelas ofrecen un medio ideal para realizar tamizajes a gran escala, al proporcionar estándares de lo que se espera para la edad, otorgando una visión longitudinal del funcionamiento de los niños y adolescentes (Gall, Pagano, Desmond, Perrin & Murphy, 2000).

Salud Mental en la Escuela: El Programa Habilidades Para la Vida

En Chile, desde 1998 el Departamento de Salud de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) implementa a nivel nacional el Programa de Habilidades para la Vida (HpV) en escuelas vulnerables. Este es un programa de salud mental que sigue el modelo de tres fases (promoción, prevención focalizada e intervención) recomendado por la OMS. El HpV es un programa que responde a las necesidades y características de la realidad chilena, contemplando en su ejecución elementos identificados como sensibles en las intervenciones preventivas. Además de valorar la realidad local en las actividades implementadas, considera temáticas pertinentes al ciclo de desarrollo de los participantes (Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva, 2006).

Actualmente el HpV se implementa desde el nivel parvulario hasta el segundo ciclo básico. Escolares entre cuatro y ocho años participan en el programa HpV I y escolares entre 10 y 15 años, en el programa HpV II. El propósito del programa a corto plazo es aumentar el éxito en el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje y disminuir la repetición y el abandono. En el mediano y largo plazo busca disminuir daños en salud (depresión, suicidio, consumo abusivo de alcohol y drogas), prevenir conductas violentas y elevar el bienestar, las competencias personales y la esperanza de vida.

El HpV realiza actividades de promoción de salud mental para todos los actores de la comunidad educativa: directores, profesores y padres de las escuelas participantes y actividades de prevención, dirigidas a aquellos escolares identificados en riesgo.

Específicamente en su estrategia preventiva, el HpV considera una fase de detección y otra de intervención. En la primera de ellas se detecta a aquellos niños/as y adolescentes en riesgo para, posteriormente en una segunda fase, invitarles a participar en un taller preventivo. Esta pesquisa, realizada con los instrumentos Teacher Observation of Classroom Adaptation Revised (TOCA-RR; Werthamer-Larsson, Kellam & Wheeler, 1991) y Pediatric Symptom Checklist (PSC; Jellinek & Murphy, 1988), posibilita identificar conductas de riesgo evaluadas como predictoras de trastornos mentales futuros (Guzmán et al., 2011). Al identificar estos grupos de riesgo, es posible establecer estrategias de prevención específicas a través de intervenciones, con el fin de modificar las trayectorias de los riesgos detectados, los que podrían implicar trastornos mentales futuros y repercutir en la salud mental de los individuos.

Guzmán et al. (2011) realizaron un estudio al interior de este programa para evaluar si los problemas de salud mental identificados a través de la pesquisa realizada en 1º básico se relacionaban con bajos logros académicos medidos en 4º básico. Los resultados mostraron que los estudiantes calificados en riesgo psicosocial pesquisados con el instrumento TOCA-RR obtuvieron 28 puntos menos en el SIMCE (prueba nacional que mide rendimiento escolar) que aquellos que no estaban en riesgo. Aquellos calificados en riesgo según el PSC, obtuvieron 22 puntos menos en el SIMCE, comparado con quienes no estaban en riesgo. En cambio, los escolares evaluados con problemas de salud mental en ambos instrumentos en el primer ciclo básico obtuvieron un resultado SIMCE promedio de 40 puntos menos que los que no fueron calificados en riesgo en ninguna de las evaluaciones. Estos autores concluyen que los/as niños/as con riesgo en salud mental basados en pesquisas de banda ancha, es decir, que miden el funcionamiento psicosocial general o de salud mental, tienen bajos resultados en pruebas académicas estandarizadas, cuando son comparados con niños/as que no tienen riesgo en salud mental. En este contexto, la salud mental es un predictor de éxito académico y puede ser abordada con intervención preventiva.

Por otra parte, estudios realizados en el proceso de validación del taller preventivo en escolares de primer ciclo mostraron que los niños que asistieron a los talleres presentaron una disminución significativa en los factores de riesgo psicosocial, en comparación con niños que no lo hicieron. Los resultados se refieren a la modificación de las conductas relacionadas con agresividad, hiperactividad, problemas de concentración y atención, inhibición social y timidez (George, Guzmán, Hartley & Squicciarini, 2005, Noviembre; Guzmán et al., 2011).

Delgado, Zúñiga y Jadue (2006) compararon el rendimiento promedio SIMCE de estudiantes de 4° año básico de escuelas municipalizadas que recibieron el programa HpV I en 2002 y 2004, cuando cursaban 1° y 3° básico, respectivamente, y un grupo control equivalente que no recibió intervención. En los resultados de la prueba SIMCE 2005 se observó una diferencia de ocho puntos a favor de los niños que participaron del programa.

A partir de estas experiencias exitosas, en el año 2010 se amplía este programa para adolescentes en el segundo ciclo básico de enseñanza (HpV II). La detección del riesgo se realiza universalmente en el 6° año básico, utilizando los mismos instrumentos, pero adaptados a la población adolescente (TOCA-RR y PSC-Y), identificando a aquellos adolescentes en riesgo de salud mental. A nivel individual se combinan los resultados obtenidos en ambos instrumentos, lo que permite distinguir aquellos estudiantes que están en riesgo en ambos cuestionarios de aquellos que están en riesgo solo en uno o en ninguno. Estas distinciones permiten identificar: (a) adolescentes que no requieren de intervención preventiva, ya que no presentan riesgo en ningún cuestionario; (b) adolescentes que presentan riesgo en ambos cuestionarios, lo que se traduce en elevado riesgo en salud mental y que debieran ser derivados a los servicios de salud mental y (c) adolescentes que son invitados a participar en los talleres preventivos, ya que presentan desadaptación escolar.

La Estrategia Preventiva del HpV

La intervención preventiva efectuada por el programa HpV II en el 2° ciclo consiste en un taller de 10 sesiones regulares de dos horas con los adolescentes, tres sesiones con los padres y dos sesiones con los profesores. El taller preventivo tiene una duración de aproximadamente seis meses y es implementado en las mismas escuelas por los equipos psicosociales del programa.

Esta intervención preventiva prioriza el fortalecimiento de competencias interpersonales, sociales, cognitivas y afectivas, para lograr una convivencia escolar positiva y el bienestar psicosocial. Tiene como objetivos reducir el impacto negativo de la baja autonomía, las respuestas agresivas, las malas relaciones con pares y el pobre desempeño escolar. Otros objetivos son potenciar factores protectores, como la competencia social y la resolución de conflictos, y estimular el desarrollo de habilidades personales y colectivas de manera integrada.

El taller es grupal, cerrado y mixto (ambos sexos) y se realiza en la escuela; está a cargo principalmente de psicólogos del programa. Considera cuatro fases: (a) integración grupal, (b) desarrollo de competencias sociales, (c) resolución de conflictos y (d) fase de cierre. Para realizar estos talleres existe una normativa técnica y para su programación se cuenta con información que se recoge en el proceso de detección y que se encuentra informatizada. Se efectúan registros de asistencia y se registra el cumplimiento de objetivos por sesión. El taller garantiza compromiso y confidencialidad y respeta el consentimiento de los padres y el asentimiento de los escolares participantes.

El presente estudio corresponde a la evaluación de la aplicación piloto de la estrategia preventiva del programa que comenzó a implementarse en el 2° ciclo básico en el año 2011 a nivel nacional y del cual no se tienen estudios previos respecto de sus logros. El programa HpV solo cuenta con evidencia respecto de la efectividad de las acciones preventivas en la disminución del riesgo en salud mental en el primer ciclo (Delgado et al., 2006).

Los objetivos del estudio fueron evaluar los logros del HpV II respecto de la desadaptación escolar (DE) y disfunción psicosocial (DP) de los adolescentes. Esta evaluación permitirá entregar elementos para profundizar en dicha estrategia y en su capacidad de revertir las condiciones de riesgo en que se encuentran los adolescentes asistentes al taller.

La interrogante que guio el estudio fue: Si se diseña y aplica un taller preventivo destinado a modificar la DE, ¿tiene esta la capacidad de modificar la DP de los adolescentes escolarizados en sectores vulnerables? Se hipotetizó que los adolescentes escolares que asisten regularmente al taller preventivo presentan cambios favorables en ambas dimensiones de la salud mental: DE y DP.

Método

Diseño

Se realizó un diseño pre-experimental con mediciones antes y después en un solo grupo (Campbell & Stanley, 1966). El grupo en estudio asistió al taller preventivo descrito y participó, además, de actividades promocionales que se aplican a toda la población.

Muestra

Se evaluó a una población de 457 escolares pertenecientes a ocho colegios de la comuna de Lo Espejo de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Todos los establecimientos presentaban similares índices de vulnerabilidad (Cornejo et al., 2005), dadas las características del programa y sus criterios de implementación.

Al inicio del estudio todos los adolescentes cursaban 6° año básico. Cada uno de ellos fue evaluado en las dimensiones DE y DP. Del total de escolares evaluados, 110 cumplieron con el criterio de inclusión, es decir, fueron identificados con DE. Todos ellos deberían haber asistido a los talleres preventivos. No obstante, solo el 59% ($N = 65$) asistió de manera regular (a lo menos a seis sesiones), siendo incluidos en el estudio. Por lo tanto, se trabajó con una muestra intencionada intensa. El resto de los adolescentes se cambió de comuna, decidió no participar, dejó de asistir al colegio por expulsión o por decisión propia o no cumplió con la exigencia mínima de asistencia al taller.

Considerando el sexo, la muestra quedó compuesta por 34 mujeres (52%) y 31 hombres. La edad promedio del grupo al inicio del estudio fue de 12 años y 5 meses ($DS = 11$ meses), sin diferencias de edad según sexo, $t(63) = -0,12, p = 0,906$.

Instrumentos

Fueron utilizados dos instrumentos:

Teacher Observation of Classroom Adaptation Revised (TOCA-RR). Informa acerca de la conducta del niño o adolescente en la sala de clases. Operacionalmente, en este estudio permite, además, evaluar el nivel de DE. Se encuentra validado en lo predictivo y en su capacidad para describir de manera confiable la conducta de los niños. Es respondido por el profesor en el contexto de una entrevista realizada por entrevistadores capacitados. Permite identificar factores de riesgo y conductas desadaptativas asociadas con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en la adolescencia (Kellam et al., 2008, 2011; Kellam, Mayer, Rebok & Hawkins, 1998).

En el año 2009 se realizó una adaptación y posterior validación psicométrica en adolescentes de 6° año básico (JUNAEB, 2011), identificándose cuatro constructos o condiciones de riesgo: (a) malas relaciones con los pares (MRP), que da cuenta de una baja integración e interacción con pares y participación en actividades; (b) baja autonomía (BA), entendida como dependencia del profesor para actividades escolares y dependencia de compañeros para integrarse; (c) pobre desempeño escolar (PDE), que se traduce en baja motivación para el trabajo escolar y en la persistencia de la tarea y alto grado de distractibilidad y (d) respuestas agresivas (RA): el adolescente es evaluado como desobediente, con baja tolerancia a la frustración y con reacciones agresivas físicas y verbales. Cada uno de estos factores informa acerca de la conducta en la sala de clases, utilizando una escala Likert de 6 puntos desde 1 (*Muy de acuerdo*) hasta 6 (*Muy en desacuerdo*). Ejemplos de preguntas son: “daña o hiere a otros físicamente”, “presta atención” o “tiene muchos amigos”. La consistencia interna de cada subescala, evaluada con alfa de Cronbach, fluctuó entre 0,81 y 0,95 (JUNAEB, 2011).

A través de la administración de este instrumento se obtiene un puntaje, el cual es comparado con un puntaje de corte diferenciado según sexo y que permite identificar si el sujeto está o no en riesgo en esa condición. Los adolescentes con riesgo en tres o cuatro constructos son derivados a taller preventivo.

Pediatric Symptom Checklist-Youth Report (PSC-Y). Es la versión para adolescentes del PSC (Jellinek & Murphy, 1988; Jellinek, Murphy & Burns, 1986; Murphy & Jellinek, 1988; Murphy, Jellinek & Milinsky, 1989). Es una versión de autorreporte que se adaptó y evaluó por sus autores en Estados Unidos en el año 2000, logrando con esta versión un poder predictivo mayor que la versión original aplicada a los padres (Pagano, Cassidy, Little, Murphy & Jellinek, 2000).

Es un instrumento que mide la DP como riesgo de presentar problemas de salud mental. En el caso de los adolescentes, la DP se evalúa por medio de la autopercepción. Esto se basa en investigaciones que muestran que en esta etapa del desarrollo ellos son capaces de conceptualizar e informar mejor y de manera más confiable que sus padres acerca de sus propios sentimientos (Pagano et al., 2000).

El instrumento contiene 33 preguntas acerca de conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes en los jóvenes, identificando a aquellos adolescentes en riesgo o no riesgo, según un puntaje de corte. Se utiliza una escala ordinal de 3 puntos, desde 1 (*nunca*) hasta 3 (*seguido*). Ejemplo de estas preguntas son “te quejas de malestares y dolores”, “tienes poca energía/te cansas fácilmente” y “eres irritable y enojón”.

Alfa de Cronbach es de 0,877, lo cual indica una buena consistencia interna (Gallardo, 2012). Cabe mencionar que en el estudio de Gallardo (2012) se realizaron análisis factoriales exploratorios, a fin de identificar una posible estructura factorial del instrumento. No obstante, los resultados obtenidos no permitieron validar dicha hipótesis.

Específicamente en el programa, los adolescentes que son identificados en riesgo a través del PSC-Y pueden o no estar participando de la actividad preventiva, ya que esta no es una variable de inclusión en el taller preventivo.

Procedimiento

El HpV es parte del programa de Salud del Estudiante y es uno de los tres grandes programas públicos operados por la JUNAEB. En el HpV interviene toda la comunidad escolar, es decir, directores, profesores, escolares y sus padres y/o apoderados. Los criterios y metodologías de acción son informados y presentados a los diferentes participantes de manera detallada en cada ejecución anual del programa. En todo el período de implementación del programa los padres son informados acerca de la aplicación de los cuestionarios y de la actividad preventiva que de ella resulta. Aquellos adolescentes que son pesquisados en riesgo son invitados a participar de los talleres preventivos y participan solo aquellos que dan su consentimiento.

En el caso específico de este estudio, se contó además con la autorización de la Dirección Nacional del Programa de Salud del estudiante de la JUNAEB, para el uso de datos, asegurando la confidencialidad de estos, y con la autorización de los directores de los colegios participantes.

Ambos instrumentos fueron administrados pre y post taller preventivo. La evaluación pre taller se realizó a todos los estudiantes de 6° básico, en cambio, la evaluación post taller fue efectuada solo a los participantes del taller que asistieron el día de la evaluación (73 casos). El tiempo transcurrido entre las evaluaciones fue de 15 meses y fueron realizadas por el equipo del Programa de Habilidades para la Vida y estuvieron a cargo de la Coordinadora Comunal del mismo.

Análisis de Datos

Los datos fueron analizados usando estadística descriptiva e inferencial. Para visualizar los cambios en DE y DP en el grupo total y desagregados por grupo, se calcularon los promedios y desviaciones estándar para cada factor de DE y para la dimensión DP pre y post taller.

Todos los adolescentes incluidos en este estudio presentaban DE y participaron en el taller preventivo. De estos, 47 presentaron solo riesgo en DE, mientras que 18 presentaron riesgo en DE y DP. Se conformó, así, un grupo con solo un riesgo (DE), compuesto por 25 mujeres y 22 hombres, y un grupo con dos riesgos (DE y DP), formado por 9 mujeres y 9 hombres.

Para evaluar la efectividad del taller preventivo se compararon pre-post intervención los datos obtenidos en la medición de las dimensiones DE y DP, realizándose análisis de varianza (ANOVA) de dos factores, con medidas repetidas en un factor. Adicionalmente, se analizó si existían diferencias entre las evaluaciones realizadas antes y después de la aplicación del taller según el sexo de los adolescentes, mediante *t* de Student para muestras relacionadas. Se calculó, además, el tamaño del efecto. Para el ANOVA se calculó η^2 que, al multiplicarlo por cien, da cuenta del porcentaje de varianza explicado de la variable dependiente, a partir de la variable independiente (Thompson, 2002). Para *t* de Student se aplicó *d* de Cohen que indica la diferencia de medias tipificadas (Morales, 2012).

Los análisis fueron realizados considerando los puntajes brutos arrojados por los instrumentos y las categorías asociadas al nivel de riesgo pesquisado.

Resultados

Respecto de la DE, en la evaluación pre intervención no se encontraron diferencias en los promedios de los factores evaluados entre el grupo que presentaba solo DE respecto del grupo que presentaba DE y DP: MRP: $t(63) = -0,94, p = 0,353$; BA: $t(63) = -0,29, p = 0,774$; RA: $t(63) = 1,97, p = 0,054$; PDE: $t(63) = -1,27, p = 0,210$. Cabe señalar que el factor RA estuvo al borde de la significación, presentando un promedio más alto en el grupo de dos riesgos.

En relación a la DP, el grupo con dos riesgos presentó en la pre evaluación un promedio mayor que el grupo con un solo riesgo, $t(63) = -4,20, p < 0,001$.

Los promedios de los factores de DE y de la dimensión DP en el grupo total y en cada grupo (un factor de riesgo y dos factores de riesgo) se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Promedios y Desviaciones Estándar de los Factores de DE y DP Pre-Post Taller, Según Grupo

Dimensión	Factor	Pre intervención preventiva						Post intervención preventiva					
		Solo riesgo TOCA-RR (n = 47)		Riesgos TOCA-RR y PSC-Y (n = 18)		Total (n = 65)		Solo riesgo TOCA-RR (n = 47)		Riesgos TOCA-RR y PSC-Y (n = 18)		Total (n = 65)	
		M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
DE	MRP	16,2	4,7	17,5	6,3	16,5	5,1	14,9	5,3	15,8	4,5	15,1	5,1
	BA	20,2	4,3	20,6	4,8	20,4	4,4	16,7	4,5	15,6	3,7	16,4	4,3
	RA	19,6	6,5	23,2	7,0	20,6	6,8	16,5	5,4	15,7	4,9	16,3	5,2
	PDE	21,4	4,2	22,8	3,7	21,8	4,1	18,2	4,5	18,3	3,3	18,2	4,2
DP		54,4	12,7	67,2	2,0	57,9	12,3	59,9	7,2	66,3	8,4	61,6	8,0

El ANOVA de dos factores mostró que en el grupo total hubo cambios pre-post taller preventivo en todos los factores de DE. Se observó que los adolescentes evaluados exhibieron cambios favorables en sus relaciones interpersonales, control de respuestas agresivas, niveles de autonomía y desempeño escolar, siendo menos relevante el tamaño del efecto en relaciones interpersonales (ver Tabla 2). En cambio, en la dimensión DP no se observaron diferencias pre-post taller para el grupo total.

En la comparación entre grupos, no se observaron diferencias en los cuatro factores de DE. Diferente es el caso de la dimensión DP, en que el grupo de dos riesgos presentó puntajes más altos que el grupo de un riesgo, con un tamaño del efecto de moderado a bajo.

Respecto de la interacción tiempo y grupo, solo el factor RA de DE mostró diferencias. Específicamente, los resultados mostraron un cambio en el grupo de dos riesgos, en relación con el grupo de un riesgo, es decir, el grupo que exhibía riesgo en DE y DP disminuyó su nivel de RA en mayor medida que el grupo que presentaba solo riesgo en DE, aunque el tamaño del efecto fue bajo.

Al comparar los cambios según el sexo de los estudiantes, se encontró cambio en los factores BA, RA y PDE en mujeres y hombres. Sin embargo, a pesar de que a nivel del grupo total hubo una pequeña mejoría en el factor MRP, al desagregar por sexo las diferencias no alcanzaron a ser significativas ni en las mujeres ni en los hombres (ver Tabla 3).

Respecto de la DP, las mujeres evidenciaron cambio en sentido inverso (mayor DP post taller), mientras los hombres no manifestaron cambios (ver Tabla 3).

Como fue señalado anteriormente, antes de la intervención no existían casos sin riesgo en ambas dimensiones. En la Tabla 4 es posible observar que luego de la intervención hubo 30 casos (46,2%) que cumplían esta condición, es decir, se encontraban sin riesgo en ambas dimensiones, lo que puede traducirse como un efecto favorable producido por la asistencia al taller.

Tabla 2
ANOVA de Dos Factores en la Comparación de Grupos en DE y DP Pre-Post Taller Preventivo

	Dimensión	Factor	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>n</i> ²	95% IC ^a
Tiempo	DE	MRP	4,35	0,041	0,065	[0,1, 3,0]
		BA	27,89	< 0,001	0,307	[2,6, 5,9]
		RA	32,53	< 0,001	0,340	[3,4, 7,1]
		PDE	25,56	< 0,001	0,289	[2,3, 5,4]
Grupo	DP		1,68	0,199		
		MRP	0,86	0,358		
	DE	BA	0,18	0,669		
		RA	1,05	0,310		
		PDE	0,86	0,356		
	DP		24,56	< 0,001	0,280	[5,7, 13,4]
Tiempo * Grupo	DE	MRP	0,08	0,783		
		BA	0,85	0,359		
		RA	5,74	0,020	0,083	[17,7, 21,5], [15,0, 18,1], [20,1, 26,4], [13,3, 18,2]
	DP	PDE	0,69	0,411		
			3,26	0,076		

^a Para Tiempo y Grupo se presentan los IC de la diferencia de medias; para Tiempo x Grupo se presenta el IC de las medias para el grupo con un solo riesgo pre y post intervención y para el grupo con dos riesgos pre y post intervención, respectivamente.

Tabla 3
Diferencia de Promedios de Cada Factor de DE y DP Pre-Post Taller, Según Sexo

Dimensión	Factor	Mujer (<i>n</i> = 34)					Hombre (<i>n</i> = 31)						
		Media		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	95% IC	Media		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	95% IC
		pre	post					pre	post				
DE	MRP	17,74	16,06	1,85	0,074			15,23	14,06	1,24	0,225		
	BA	19,65	15,03	4,42	< 0,001	1,08	[2,5, 6,7]	21,13	17,97	3,22	0,003	0,82	[1,2, 5,2]
	RA	17,47	14,82	2,39	0,023	0,48	[0,4, 4,9]	24,03	17,94	4,80	< 0,001	1,39	[3,5, 8,7]
	PDE	20,26	17,56	2,96	0,006	0,66	[0,9, 4,6]	23,48	18,94	4,51	< 0,001	1,08	[2,5, 6,6]
DP		56,65	62,21	-2,63	0,013	0,66	[-9,9, -1,3]	59,42	61,03	-0,68	0,504		

d = *d* de Cohen. IC para diferencia de medias.

Por otra parte, con riesgo en ambas variables (DE y DP) se presentaban 18 casos (27,7%) antes del taller. Posterior a la intervención 12 casos (18,5%) presentaron dicha condición, existiendo una disminución de casos post intervención.

Antes del taller 47 casos (72,3%) fueron identificados con DE, pero sin riesgo en DP. Posterior al taller hubo 10 casos (15,3%), lo que podría deberse al efecto positivo del taller preventivo. Sin embargo, esto no es posible afirmarlo con certeza, dado el diseño del estudio.

Tabla 4
Distribución de la Muestra Según DE y DP Pre y Post Taller Preventivo

		Evaluación pre taller preventivo			Evaluación post taller preventivo		
		Disfunción psicosocial					
		Sin riesgo	Riesgo (DP)	Total	Sin riesgo	Riesgo (DP)	Total
Desadaptación escolar	Sin riesgo	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)	30 (46,2%)	13 (20,0%)	43 (66,2%)
	Riesgo (DE)	47 (72,3%)	18 (27,7%)	65 (100%)	10 (15,3%)	12 (18,5%)	22 (33,8%)
	Total	47 (72,3%)	18 (27,7%)	65 (100%)	40 (61,5%)	25 (38,5%)	65 (100%)

Posterior al taller se identificaron 13 casos (20%) sin DE pero con DP. Dado que al inicio no habían estudiantes en esta última condición, esta situación indica que hubo un grupo que, habiendo mejorado su DE, empeoró respecto de su DP. Esta situación se confirma al analizar el total de casos con DP. En efecto, antes del taller solo el 27,7% ($n = 18$) de los casos presentaba DP, de los cuales nueve eran mujeres y nueve eran hombres. Posterior al taller este porcentaje aumenta, identificándose un 38,5% ($n = 25$) en dicha condición, 16 mujeres y 9 hombres. Esto se evidenció en el análisis de diferencia de promedios, mostrando las mujeres un mayor nivel post intervención. No obstante, a pesar del aumento en el número de casos, al comparar el puntaje promedio pre y post intervención en el grupo total, no se observaron diferencias.

En resumen, al analizar el total de los sujetos con DE antes del taller (100%), este desciende a 33,8% post taller, es decir, un 66,2% de los casos sale del riesgo en dicha variable. Esto indica que, a pesar de existir un aumento en el número de mujeres con DP pre-post taller, de manera global hay una disminución de adolescentes que se encuentran en riesgo en ambas variables (de un 27,7% pre taller, bajó a 18,5% post taller).

Discusión

El HpV II inicia en el 2010 la implementación de sus estrategias de promoción y prevención para adolescentes, momento propicio para efectuar en este grupo etario la evaluación piloto de la prevención de la disfunción escolar, dadas las particularidades de la prevención en esta etapa y las características diferenciales respecto del taller implementado en el primer ciclo. Lo anterior se tradujo en un aporte no solo al conocimiento de los distintos factores de riesgo intervenidos, sino también permitió valorar el impacto en la disfunción psicosocial, que hasta ahora no había sido estudiada en adolescentes en Chile.

Los resultados solo pueden apoyar parcialmente la hipótesis inicial de este estudio. Al considerar la totalidad de casos y sin distinguir entre los grupos con uno o dos riesgos, el taller preventivo logra modificar favorablemente todos los factores de la dimensión DE, aunque los tamaños de los efectos resultaron bajos o moderados. Pre-post intervención preventiva se observa que el taller fue beneficioso no solo para aquellos adolescentes que se encontraban en riesgo en la dimensión DE, sino también para aquellos que estaban en una condición más compleja, al presentar riesgo en las dos dimensiones evaluadas.

En la dimensión DP no ocurrió lo mismo, ya que en los hombres no se encontraron diferencias pre-post intervención y en las mujeres hubo un empeoramiento post intervención. Esto podría explicarse porque la autopercepción emocional y afectiva es un tema poco presente o bien porque podrían no ser trabajados adecuadamente en el taller.

Cabe señalar que la intervención preventiva consiste en un conjunto de acciones que disminuyen los efectos de uno o más factores causales, haciendo que ocurra un resultado proximal. En este trabajo, la disminución en el tiempo de los factores BA, RA, PDE y MRP han producido un mejoramiento en la DE, que es el resultado proximal. No obstante, dadas las características del programa HpV II, no fue posible contar con más mediciones post intervención, lo cual hubiese permitido observar si la tendencia favorable se mantenía en el tiempo.

Cabe preguntarse cuál o cuáles podrían ser los resultados distales de esta intervención. Si se hicieran estudios de seguimiento y tomando como base el conocimiento aportado por investigaciones anteriores, se podría anticipar que si se mejora el pobre desempeño escolar, se evitaría la presencia de síntomas depresivos

en mujeres y menos respuesta agresiva en varones. Si se reduce la conducta agresiva y perturbadora, se espera a largo plazo que los jóvenes no presenten abuso de drogas, alcohol y tabaco ni conductas antisociales (Kellam et al., 1998).

Al considerar la interacción entre tiempo y grupo, solo el factor RA mostró diferencias, aun cuando el tamaño de su efecto resultó bajo. Específicamente, el grupo que presentaba dos riesgos disminuyó su nivel de RA, al compararlo con el grupo que presentaba solo una dimensión en riesgo. Este resultado induce a pensar que el grupo con peor condición de salud mental resultó más beneficiado con la aplicación del programa en relación al control de la agresividad.

En relación a la dimensión DP, al comparar el grupo con riesgo en DE con aquel en riesgo en DP y DE, una vez aplicada la intervención preventiva se observaron diferencias significativas entre ellos, con un tamaño del efecto moderado a bajo, estimándose que se mantuvieron las diferencias presentadas en esta dimensión al inicio del taller, lo que confirma que el taller no modificó esta dimensión. Sin embargo, al realizar un análisis pre-post intervención preventiva según el sexo de los adolescentes, los resultados evidencian un empeoramiento en las mujeres. Este resultado tendría coherencia con estudios nacionales en calidad de vida que demuestran que las mujeres adolescentes presentan peores resultados que sus pares hombres en las dimensiones bienestar subjetivo y emociones (Molina et al., 2014). No obstante, queda la interrogante sobre la causa de este peor desempeño post intervención.

En síntesis, el taller preventivo tuvo un efecto favorable en los cuatro factores de la dimensión DE, pero no modificó o empeoró (en las mujeres) la dimensión DP. Al respecto, queda la inquietud acerca de la pertinencia de incorporar acciones al taller preventivo para modificar esta dimensión o, bien, implementar herramientas de detección específicas para derivar a los servicios de salud.

Una de las limitaciones de este estudio es la imposibilidad de descartar ciertos sesgos que pudieron influir en los resultados, como la deseabilidad social, producto del autorreporte, o informes complacientes por parte de los profesores. Por otra parte, el no contar con un grupo control no permite aseverar la efectividad de la intervención. Al respecto, es preciso señalar que en el contexto real del programa HpV II este taller responde a las particularidades de un trabajo preventivo efectuado a nivel nacional y con tiempos acotados y precisos para la evaluación e intervención. Por ello, no fue posible contar con grupos diferidos de intervención ni tampoco con grupos control aleatorizados. El haber establecido un grupo control aleatorio con adolescentes identificados previamente en situación de riesgo habría sido éticamente complejo al interior del programa.

La posibilidad de haber formado un grupo control con aquellos adolescentes que no asistieron al taller, habiendo sido identificados en riesgo en DE, no se pudo realizar, dada la imposibilidad de ubicarlos y, por ende, evaluarlos. Sin embargo, se pudo conformar un grupo de ocho adolescentes que tuvieron la evaluación post taller, no habiendo cumplido con la exigencia de asistencia. Asumiendo que este grupo no cumplía con las condiciones de aleatoriedad ni de tamaño muestral suficiente para considerarlo un grupo control, aun así se realizó un análisis secundario de los factores de DE y de la dimensión DP en una comparación pre-post taller, a través del test no paramétrico de Wilcoxon. Los resultados indicaron que no hubo cambios en los factores MRP, RA y PDE. Tampoco hubo cambios en DP. Solo se encontraron cambios favorables en el factor BA, condición que resulta explicable por razones del desarrollo. Resulta esperable que los adolescentes evolucionen hacia niveles de mayor autonomía al momento de iniciar su adolescencia, especialmente si se considera que había mediado un período mayor a 12 meses entre una evaluación y la otra. A pesar de que este análisis no supera la limitación planteada, constituye un resultado interesante de considerar, ya que apoya indirecta y parcialmente la efectividad del programa aplicado.

Si bien no se pudo contar con un grupo control que cumpliera con las exigencias correspondientes a un diseño experimental, estudios previos con muestras control aportan información valiosa que contribuye a confiar en los resultados obtenidos. Revisiones sistemáticas de estudios referidos a la salud mental escolar que consideraron ensayos controlados reportan resultados similares a los encontrados en este estudio. Durlak y Wells (1997), en un meta-análisis que consideró 177 programas preventivos, señalan que las intervenciones enfocadas a la salud mental de niños/as y adolescentes reportan una disminución de los problemas internalizantes y externalizantes y mejoran el rendimiento escolar de quienes participan de las intervenciones, mencionando que quienes participan en estos programas superan en desempeño en un 59-82% a aquellos del grupo control.

En un reciente meta-análisis de intervenciones universales en la escuela destinadas a fomentar el aprendizaje emocional y social, Durlak et al. (2011) reportan ganancias en los participantes en habilidades sociales y emocionales, así como mejores resultados en los test estandarizados, al ser comparados con los grupos control. Mencionan que los participantes de estas intervenciones presentan un aumento del 11% en el rendimiento en las pruebas estandarizadas, una mejora del 25% en aspectos de la vida social y en habilidades emocionales y una disminución del 10% de malas conductas en el aula y de síntomas depresivos y ansiosos. Estos efectos, según los autores, perduraron al menos seis meses una vez finalizada la intervención.

Weare y Nind (2011), en un estudio que consideró 52 revisiones sistemáticas efectuadas entre los años 1997 y 2011, referidas a la evidencia de las intervenciones preventivas y promocionales de salud mental en la escuela, mencionan que la mayoría de los estudios reporta un efecto positivo al comparar el grupo experimental con el control. Si bien los efectos positivos eran de pequeños a moderados, al menos eran efectivos, representando efectos que en el mundo real son importantes. Además, mencionan que las intervenciones incluidas tenían no solo un efecto positivo en la salud mental de niños/as y adolescentes, sino también efectos positivos en la sala de clases, en las familias y en la comunidad. Específicamente, los resultados favorables apuntan a una serie de elementos relacionados con la salud mental, tales como disminución de los problemas internalizantes y externalizantes de salud mental, un mayor bienestar social y una actitud favorable hacia la escuela, lo que se traduciría en mayor compromiso y mejor rendimiento.

Lo anterior permite señalar que trabajar la salud mental en las escuelas tendría un efecto positivo. En términos específicos, habría un pequeño a moderado efecto de las intervenciones universales en salud mental en lo que respecta a desordenes y problemas de salud mental, violencia, acoso escolar y comportamiento pro-social. Este efecto se vería aumentado cuando la intervención está dirigida a niños/as y adolescentes con mayores riesgos —como es el caso de este estudio—, siendo los efectos de las intervenciones altos (Weare & Nind, 2011).

Aunque la mayoría de las revisiones mencionadas considera programas o intervenciones que se han llevado a cabo en países de mayor ingreso que Chile, Shucksmith, Summerbell, Jones y Whittaker (2007) mencionan que el efecto puede ser transferible a otras realidades. En efecto, la revisión efectuada por estos autores da cuenta de que las intervenciones en salud mental destinadas a reducir los desórdenes de ansiedad podrían ser aplicadas con éxito en otros países.

En vista de lo anterior, este estudio se constituye en un aporte preliminar a la evaluación de un programa de salud mental en la escuela. Específicamente, permitió conocer los logros de una intervención preventiva piloto en salud mental dirigida a adolescentes tempranos escolarizados y realizada en el contexto del programa nacional Habilidades para la Vida, el cual opera a gran escala y requiere, para seguir avanzando, contar con estudios que identifiquen sus logros y limitaciones y orienten nuevas investigaciones.

Referencias

- Araya, R., Montgomery, A. A., Fritsch, R., Gunnell, D., Stallard, P., Noble, S. ... Rojas, G. (2011). School-based intervention to improve the mental health of low-income, secondary school students in Santiago, Chile (YPSA): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(February), 1-8. doi:10.1186/1745-6215-12-49
- Bennett, K. J., Lipman, E. L., Racine, Y. & Offord, D. R. (1998). Annotation: Do measures of externalising behaviour in normal populations predict later outcome? Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1059-1070. doi:10.1111/1469-7610.00411
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Chile, Ministerio de Salud (2009). *Atención de adolescentes con problemas de salud mental: orientaciones técnicas*. Santiago, Chile: Autor, Protege, Red de Protección Social.
- Cornejo, A., Céspedes, P., Escobar, D., Núñez, R., Reyes, G. & Rojas, K. (2005). *SINAE. Sistema Nacional de Asignación con Equidad Para Becas JUNAEB: una nueva visión en la construcción de igualdad de oportunidades en la infancia*. Santiago, Chile: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Dirección Nacional.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M. J. & Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psyche*, 15(1), 57-65. doi:10.4067/S0718-22282006000100005
- de la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47, 303-314. doi:10.4067/S0717-92272009000400007
- de la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. II: factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 347-360. doi:10.4067/S0717-92272002000400007
- de la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2003). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41, 65-76. doi:10.4067/S0717-92272003000100008
- Delgado, I., Zúñiga, V. & Jadue, L. (2006). *Estudio comparativo de escolares que participaron del Programa Habilidades Para la Vida y SIMCE cuarto básico 2005: resumen ejecutivo*. Santiago, Chile: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M. & Jalongo, N. S. (2010). Integrated models of school-based prevention: Logic and theory. *Psychology in the Schools*, 47, 71-88. doi:10.1002/pits.20452

- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development, 82*, 405-432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*, 115-152. doi:10.1023/A:1024654026646
- Gall, G., Pagano, M. E., Desmond, M. S., Perrin, J. M. & Murphy, J. M. (2000). Utility of psychosocial screening at a school-based health center. *Journal of School Health, 70*, 292-298. doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254.x
- Gallardo, I. (2012). *Alcances en la efectividad de la aplicación de un taller preventivo de la salud mental escolar en adolescentes vulnerables de la Región Metropolitana* (Tesis de Magister no publicada), Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Scquicciarini, A. M. & Guzmán, M. P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología Universidad de Chile, 21(2)*, 55-81. doi:10.5354/0719-0581.2012.25837
- George, M., Guzmán, M. P., Hartley, M. & Squicciarini, A. (2005, Noviembre). Prevención efectiva de conductas de riesgo en escolares. Ponencia presentada en el XXIII Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Valdivia, Chile.
- Gottfredson, D. C., Gerstenblith, S. A., Soulé, D. A., Womer, S. C. & Lu, S. (2004). Do after school programs reduce delinquency? *Prevention Science, 5*, 253-266. doi:10.1023/B:PREV.0000045359.41696.02
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist, 58*, 466-474. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Guzmán, M. P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A. M., Canenguez, K. M. ... Murphy, J. M. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*, 401-411. doi:10.1007/s00787-011-0191-3
- Hoagwood, K. E., Olin, S. S., Kerker, B. D., Kratochwill, T. R., Crowe, M. & Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 66-92. doi:10.1177/10634266070150020301
- Jellinek, M. S. & Murphy, J. M. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. *American Journal of Diseases of Children, 142*, 1153-1157. doi:10.1001/archpedi.1988.02150110031013
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M. & Burns, B. J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics, 109*, 371-378. doi:10.1016/S0022-3476(86)80408-5
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. & Fenton, T. (1988). Pediatric symptom checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics, 112*, 201-209. doi:10.1016/S0022-3476(88)80056-8
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (2011). *Programa Habilidades Para la Vida II: unidad de detección*. Santiago, Chile: Autor.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P. ... Wilcox H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 95*(Supplement 1), S5-S28. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004
- Kellam, S. G., Koretz, D. & Mościcki, E. K. (1999). Core elements of developmental epidemiologically based prevention research. *American Journal of Community Psychology, 27*, 463-482. doi:10.1023/A:1022129127298
- Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H. & Wilcox, H. C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*, 73-84.
- Kellam, S. G., Mayer, L. S., Rebok, G. W. & Hawkins, W. E. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two preventive interventions: An investigation of causal paths. En B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 486-505). New York, NY: Oxford University Press.
- 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 Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Macklem, G. L. (2014). *Preventive mental health at school: Evidence-based services for students*. New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-8609-1
- Molina, R., Sepúlveda, R., Molina, T., Martínez, V., González, E., Leal, I. ... Hidalgo, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública, 18*, 149-160. doi:10.5354/0719-5281.2014.31976
- Morales, P. (2012). El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias. En P. Morales, *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Extraído de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>
- Murphy, J. M. & Jellinek, M. (1988). Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: Further validation of the Pediatric Symptom Checklist. *American Journal of Orthopsychiatry, 58*, 450-456. doi:10.1111/j.1939-0025.1988.tb01605.x
- Murphy, J. M., Jellinek, M. & Milinsky, S. (1989). The Pediatric Symptom Checklist: Validation in the real world of medium school. *Journal of Pediatric Psychology, 14*, 629-639. doi:10.1093/jpepsy/14.4.629
- O'Connell, M. E., Boat, T. & Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Offord, D. R. & Bennett, K. J. (2002). Prevention. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4^a ed., pp. 881-899). Oxford, Reino Unido: Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas*. Genève, Suiza: Autor, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias/Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
- Pagano, M. E., Cassidy L. J., Little, M., Murphy, J. M. & Jellinek, M. S. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The Pediatric Symptom Checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools, 37*, 91-106. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2%3C91::AID-PITS1%3E3.0.CO;2-3
- Petras, H., Kellam, S. G., Brown, C. H., Muthén, B. O., Ialongo, N. S. & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: Effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence, 95*(Supplement 1), S45-S59. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.10.015
- Rones, M. & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*, 223-241. doi:10.1023/A:1026425104386

- Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S. & Whittaker, V. (2007). *Mental wellbeing of children in primary education (targeted/indicated activities)*. London, Reino Unido: National Institute of Clinical Excellence.
- Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J. & Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health, 6*, 84-98. doi:10.1007/s12310-013-9116-2
- Thompson, B. (2002). "Statistical", "practical", and "clinical": How many kinds of significance do counselors need to consider? *Journal of Counseling & Development, 80*, 64-71. doi:10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile, 140*, 447-457. doi:10.4067/S0034-98872012000400005
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International, 26*(Suppl. 1), i29-i69. doi:10.1093/heapro/dar075
- Weist, M. D. & Murray, M. (2008). Advancing school mental health promotion globally. *Advances in School Mental Health Promotion, 1*(Supplement 1), 2-12. doi:10.1080/1754730X.2008.9715740
- Werthamer-Larsson, L., Kellam, S. & Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *American Journal of Community Psychology, 19*, 585-602. doi:10.1007/BF00937993
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & The BELLA Study Group (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(1 Supplement), 133-147. doi:10.1007/s00787-008-1015-y

Fecha de recepción: Julio de 2013.

Fecha de aceptación: Enero de 2015.