



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TESIS DOCTORAL

Título
Evaluación de la depresión y ansiedad en adolescentes en contextos educativos
Autor/es
María de los Ángeles Casares García
Director/es
Eduardo Fonseca Pedrero y Alicia Pérez de Albéniz Iturriaga
Facultad
Facultad de Letras y de la Educación
Titulación
Departamento
Ciencias de la Educación
Curso Académico
2023-2024

Tesis presentada como compendio de publicaciones. La edición en abierto de la misma NO incluye las partes afectadas por cesión de derechos



Evaluación de la depresión y ansiedad en adolescentes en contextos educativos, tesis doctoral de María de los Ángeles Casares García, dirigida por Eduardo Fonseca Pedrero y Alicia Pérez de Albéniz Iturriaga (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TESIS DOCTORAL

2024

Programa de Doctorado en Educación y Psicología

**EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN ADOLESCENTES EN CONTEXTOS
EDUCATIVOS**

María de los Ángeles Casares García

Director: Eduardo Fonseca Pedrero

Directora: Alicia Pérez de Albéniz Iturriaga

**AUTORIZACIÓN
PARA LA PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL
COMO COMPENDIO DE PUBLICACIONES**

**RESOLUCIÓN DE LA PRESIDENTA DEL
COMITÉ DE DIRECCIÓN DE DOCTORADO**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Normativa para la defensa de la tesis doctoral en la Universidad de La Rioja, aprobada por Consejo de Gobierno en sesión celebrada el 18 de marzo de 2022, la Presidenta del Comité de Dirección de Doctorado, por delegación de éste, a la vista de la documentación presentada y del informe emitido por la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Educación y Psicología, ha adoptado la siguiente resolución sobre la presentación de la tesis de Doña María de los Ángeles Casares García.

Directores de la Tesis doctoral:

Doctor Don Eduardo Fonseca Pedrero
Doctora Doña Alicia Pérez De Albéniz Iturriaga

- Aceptar la presentación de la tesis como compendio de publicaciones.
 Denegar la presentación de la tesis como compendio de publicaciones.

MOTIVOS en caso de denegar la solicitud:

Contra la presente resolución cabe interponer recurso de alzada ante el Rector de la Universidad de La Rioja en el plazo de un mes a partir del día siguiente a la recepción de la presente resolución.

Logroño, a , 18 de junio de 2024
La Presidenta del Comité de Dirección de Doctorado

PONCE DE LEON
ELIZONDO ANA
MARIA - 16514966T

Firmado digitalmente por
PONCE DE LEÓN ELIZONDO
ANA MARIA - 16514966T
Fecha: 2024.06.18 11:27:13
+0200'

Fdo.: Ana Ponce de León Elizondo

Agradecimientos y dedicatoria

Doy las gracias a quienes han hecho posible que haya llegado hasta aquí, que haya logrado terminar con éxito una tarea tan difícil, al menos para mí. Tengo la fortuna de estar rodeada de muchas y muy buenas personas. Cada una de ellas me ha apoyado, animado, inspirado y ayudado en momentos y circunstancias diferentes, pero todos y todas tienen en común que están felices porque esta tesis haya visto la luz.

Las piedras angulares de este proyecto son, sin duda alguna, Eduardo Fonseca Pedrero y Alicia Pérez de Albéniz, las personas que he tenido la inmensa fortuna de que dirijan mi tesis. Son una eminencia en su trabajo, y tengo que darles las gracias por compartir conmigo sus conocimientos y la pasión que han invertido en este proyecto. Me han dado su tiempo, un tiempo muy valioso, que, tanto en el caso de Eduardo como en el Alicia, no siempre se ajustaba al tradicional horario lectivo. Hemos trabajado muchos fines de semana y días que el calendario marcaba como festivos, y ellos, siempre que les he necesitado, han estado ahí, disponibles por todos los canales de comunicación, síncronos y asíncronos. Tengo que agradecerles su disponibilidad y su amabilidad. Ambos son un ejemplo de profesionalidad y cercanía.

A Adriana y a Beatriz tengo que darles las gracias por ser la argamasa de esta obra, su indispensable colaboración y sus consejos han hecho más sólido este trabajo.

Gracias también a mi extensa familia. Ser la menor de cinco hermanas ha sido durante mi vida la mejor motivación. ¡Gracias, hermanas! Durante la infancia y la adolescencia fuisteis, junto con nuestra madre, un ejemplo a seguir, y ahora, cuando el tiempo ha pasado para todas, seguís siendo mis referentes. Lo sois vosotras, y mi «otra» hermana, Celia.

A Alfonso, sin ti este proyecto nunca hubiera sido posible. ¡Seguimos!

Y, por último, dedico este trabajo a Leo, a Nico y a Borja, mis sobrinos. A ellos les digo que no sientan desesperanza ahora en su adolescencia, en esa difícil etapa por la que están pasando; quiero que sepan que, afortunadamente, cada vez hay más profesionales de la salud mental que estamos investigando y trabajando para lograr su bienestar.

La Tesis doctoral con título «Evaluación de la depresión y ansiedad en adolescentes en contextos educativos» se ha elaborado en forma de compendio de trabajos previamente elaborados para su publicación.

Artículo 1: Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2023.12.003>

Indicadores de calidad: Factor de impacto: 3,8, Q1 (11/74) en Psicología educacional (*Journal of Citation Reports*, 2023).

Artículo 2: Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2024). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354, 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>

Indicadores de calidad: Factor de impacto: 4,9, Q1 (38/276), en Psiquiatría (*Journal of Citation Reports*, 2023).

Artículo 3: Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2024). Assessment of depressive and anxious symptoms in Spanish adolescents: Normative data from the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Generalized-Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7). *Clínica y Salud*, 35(2), 77-83. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a13>

Indicadores de calidad:

Factor de impacto: 2,3, Q2 (70/180), en Psicología clínica (*Journal of Citation Reports*, 2023).

Índice

Resumen	1
Capítulo 1. Salud mental en contextos educativos	7
1.1. Salud mental y bienestar psicológico en la adolescencia.....	7
1.1.1. Delimitación conceptual.....	7
1.1.2. La adolescencia	10
1.2. Dotando a los jóvenes de herramientas para afrontar los avatares de la vida en contextos educativos	16
Capítulo 2. Problemas de regulación emocional	25
2.1. Dimensión internalizante: depresión y ansiedad	25
2.1.1. Conceptualización	26
2.1.2. Prevalencia en la adolescencia	27
2.1.3. Comorbilidad.....	30
2.2. Factores de riesgo y protección	32
2.3. Nuevos modelos teóricos	36
2.3.1. Modelos transdiagnósticos	37
2.3.2. Modelo Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)	43
2.3.3. Modelos de sistemas dinámicos	49
2.3.4. Modelos fenomenológicos-contextuales	51
2.3.5. Modelo dual-factorial.....	53

Capítulo 3. Evaluación de la dimensión internalizante	57
3.1. Instrumentos de medición	58
3.2. Otros métodos de evaluación	68
3.2.1. Entrevista psicológica	68
3.2.2. Evaluación ambulatoria.....	69
3.2.3. Observación sistemática	70
3.2.4. Test de asociación implícita	71
3.2.5. Evaluación neurocognitiva.....	72
3.3. Evaluación psicológica basada en la evidencia: consideraciones psicométricas.	73
Capítulo 4. Justificación	79
Capítulo 5. Objetivos.....	85
Capítulo 6. Trabajos publicados	87
6.1. Artículo 1	87
6.2. Artículo 2	96
6.3. Artículo 3	105
Capítulo 7. Discusión	113
7.1. Artículo 1	113
7.2. Artículo 2	118
7.3. Artículo 3	123
7.4. Limitaciones y perspectivas futuras.....	128
Capítulo 8. Conclusiones.....	131

Referencias	133
Anexo I	185
Anexo II.....	186
Anexo III	187

Resumen

La salud mental es un derecho fundamental que requiere atención, promoción y protección, considerando la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades y las desarrolla, es capaz de expresar sentimientos, de mantener relaciones interpersonales positivas, puede afrontar las tensiones normales del quehacer diario, trabaja de forma fructífera y es competente para hacer una contribución a su comunidad. Se trata de un proceso complejo que cada persona vive desde su propia perspectiva, con distintos grados de dificultad y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. La salud mental de las personas puede verse amenazada por adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, traumas, etc. Si la persona no logra manejarlas adecuadamente pueden acabar interfiriendo en su funcionamiento diario, y dar lugar a la aparición de dificultades en el ajuste psicológico.

Los problemas internalizantes se refieren a alteraciones emocionales ansioso-depresivas que se manifiestan a nivel cognitivo, conductual y somático. Son frecuentes durante la adolescencia y se exteriorizan mediante la aparición de una serie de síntomas propios de los trastornos afectivos. Los síntomas depresivos como la tristeza o pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas, y los síntomas de ansiedad como la preocupación excesiva y el nerviosismo son frecuentes entre los adolescentes,

Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos mentales, especialmente con los trastornos depresivos. Este solapamiento también se encuentra a nivel subclínico. Dicha comorbilidad generalmente significa síntomas más graves, mayor carga clínica, mayor dificultad de tratamiento y peor pronóstico. Las consecuencias de un mal ajuste psicológico, tanto a nivel clínico o subclínico, repercuten en otras esferas de la vida del estudiantado (p. ej., personal, familiar, escolar, académica, social, económica, sanitaria) a corto, medio y largo plazo.

La detección y prevención de estos problemas durante la adolescencia es esencial ya que si no se interviene se pueden agravar sus síntomas y extenderse a la vida adulta favoreciendo su mantenimiento o incluso la aparición de otros trastornos.

Durante la adolescencia, el escenario en el que se pueden observar con más frecuencia problemas socioemocionales es el centro escolar. Este contexto es el entorno idóneo para implementar programas para la promoción del bienestar emocional y la prevención de problemas asociados a la salud mental del alumnado ya que, fuera del ámbito familiar, es el lugar en el que más se interacciona con el alumnado, lo cual permite generar aprendizajes significativos que ayuden a adquirir habilidades socioemocionales como la regulación emocional y el autocontrol. Además de todo lo comentado anteriormente, no debe olvidarse que los problemas en el ajuste emocional y conductual comienzan en aproximadamente un 50% de los casos antes de los 15 años, periodo en que los adolescentes están escolarizados.

Dentro de este contexto, el objetivo general de esta Tesis Doctoral fue evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en contextos educativos y examinar su relación con el ajuste psico-social en una muestra de adolescentes españoles. Dicho objetivo general se concretó en los siguientes objetivos específicos: a) analizar los síntomas de ansiedad y depresión autoinformados en contextos educativos, su prevalencia y su asociación con el

ajuste socioemocional y conductual, en una muestra representativa de adolescentes españoles; b) desarrollar y validar una versión breve combinada del *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) para su utilización como sistema de cribado de la sintomatología depresiva y la ansiedad generalizada en entornos educativos; c) validar el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) en una muestra representativa de adolescentes españoles; y d) proporcionar datos normativos para el *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) en una muestra representativa de adolescentes españoles.

La Tesis Doctoral es un compendio de tres artículos científicos que tratan de dar respuesta a los diferentes objetivos planteados en el desarrollo de la investigación. Con esta meta, se utilizaron el *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) para evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, así como diferentes indicadores psicométricos para valorar el ajuste socioemocional y comportamental y la salud mental de los adolescentes. La muestra estudiada la conformaron 2235 estudiantes riojanos (52,9% mujeres, M = 14,49 años; DT = 1,76), seleccionados mediante un muestreo estratificado por conglomerados a nivel de aula.

En el primer artículo se analizaron los síntomas de ansiedad y depresión autoinformados en contextos educativos, se validó una versión breve conjunta de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, denominada PHQ-GAD8, se examinó la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad autoinformados y se estudió la relación entre la ansiedad y la depresión e indicadores psicométricos de ajuste psicológico. El modelo que presentó mejores índices de bondad de ajuste fue el ESEM con dos factores relacionados (depresión y ansiedad). A partir de este modelo, se seleccionaron los cuatro ítems de cada

factor latente con mayor carga factorial. La consistencia interna de las puntuaciones del PHQ-GAD-8 ha sido 0,89 (IC 95% 0,88-0,90); los índices de discriminación de los ítems resultaron superiores a 0,30. En lo que se refiere a la prevalencia de la sintomatología depresiva y ansiosa, el 11,94% de la muestra indicó que tenía poco interés o encontraba poco placer en hacer las cosas, el 19,61% que se había sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a o no había podido dejar de preocuparse y el 21,36% que se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas más de la mitad de los días en las últimas dos semanas. Los síntomas de ansiedad y depresión se asociaron positivamente con afecto negativo y problemas emocionales y de conducta, y negativamente con afecto positivo y calidad de vida. Adicionalmente, el modelo de ecuaciones estructurales mostró que la dimensión depresión podía ser pronosticada a partir de las puntuaciones en problemas emocionales y conductuales, afecto positivo y negativo y calidad de vida, mientras que la dimensión ansiedad se podía pronosticar desde los valores en problemas emocionales y conductuales y afecto positivo y negativo. En conclusión, el cuestionario PHQ-GAD-8, parece ser un instrumento breve, sencillo y con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de las dificultades emocionales en contextos educativos. Es necesario disponer de procedimientos estandarizados de cribado para la evaluación de problemas de regulación emocional en contextos educativos que permitan su prevención, mitigar el posible impacto a diferentes niveles, optimizar los procesos de enseñanza-aprendizaje y potenciar el bienestar y calidad de vida de los y las adolescentes.

En la segunda investigación se analizaron las propiedades psicométricas de las puntuaciones del GAD-7 en una muestra representativa de adolescentes españoles escolarizados. El modelo factorial unidimensional presentó índices de bondad de ajuste satisfactorios. Se encontró invarianza de medición escalar en función del sexo y edad de los participantes. La consistencia interna de la puntuación total GAD-7, estimada con el

coeficiente Omega de McDonald's fue 0,90 (IC 95% 0,89-0,91) y la función de información del test proporcionó una estimación óptima sobre el rasgo de alta latencia. Los índices de discriminación de los ítems fueron superiores a 0,30. La prevalencia de sintomatología de ansiedad severa encontrada en la muestra analizada alcanzó el 11,1%, siendo superior en las chicas (17,2%) que en los chicos (4,3%) y en el grupo de más edad (12,5%) que en los más jóvenes (9,6%). Por otro lado, puntuaciones en el GAD-7 correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa con los síntomas de depresión, el afecto negativo y los problemas emocionales y conductuales, y se asociaron negativamente con el afecto positivo y la calidad de vida. En conclusión, el GAD-7, se presenta como un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la sintomatología ansiosa en contextos educativos.

En el tercer estudio se llevó a cabo la baremación de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 en una muestra representativa de adolescentes españoles en contextos educativos. En primer lugar, se comprobó, mediante análisis univariados y multivariados de la varianza la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del PHQ-9 y del GAD-7 en función del sexo y de la edad de los participantes. Los contrastes univariados indicaron que las chicas habían alcanzado puntuaciones medias más elevadas que los chicos y que los y las adolescentes de más edad (adolescencia tardía) presentaban puntuaciones medias más elevadas que los adolescentes más jóvenes (adolescencia temprana), tanto en síntomas de depresión como de ansiedad. La interacción entre el sexo y la edad de los participantes no fue estadísticamente significativa ni en el análisis de las puntuaciones del PHQ-9 ni del GAD-7. De esta forma, se calcularon los baremos de las puntuaciones en ambos instrumentos tanto para la muestra total como para los subgrupos creados según el sexo y la edad de los participantes. Estos baremos, calculados a partir de las puntuaciones halladas en una

muestra representativa de la población adolescente de España, son de gran utilidad para evaluar, diagnosticar y tratar la depresión y la ansiedad en los chicos y chicas con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, e implementar medidas para prevenir su aparición. El presente estudio completa la validación de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 en adolescentes españoles, y ofrece los datos normativos y los valores umbral para adolescentes en función del sexo y la edad, con el fin de garantizar una interpretación adecuada de las puntuaciones del cuestionario. Su reducido número de ítems y la valoración conjunta que ofrecen, tanto de la sintomatología depresiva como de la ansiosa, los convierten en pruebas de *screening* pertinentes de los problemas internalizantes en la población adolescente.

Capítulo 1. Salud mental en contextos educativos

1.1. Salud mental y bienestar psicológico en la adolescencia

1.1.1. Delimitación conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y aportar algo a su comunidad (OMS, 2022). De esta forma se entiende la salud mental como un estado positivo de bienestar que va más allá de la mera ausencia de trastornos mentales. Se trata de un proceso complejo que cada persona vive desde su propia perspectiva, con distintos grados de dificultad y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes (OMS, 2022). Otras definiciones señalan que la salud mental enlaza con la capacidad para disfrutar de la vida y afrontar los problemas (Orpana et al., 2016) y, de forma general, la mayor parte de las definiciones tienen en cuenta aspectos emocionales, cognitivos, funcionales, sociales y físicos (Barry, 2009). Así, tal como indican Fusar-Poli et al. (2020), una buena salud mental puede definirse como un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a las tensiones normales de la vida y funcionar de forma productiva.

La Comisión Lancet sobre la *Global Mental Health* (GMH) y el desarrollo sostenible enmarca el campo de la salud mental en términos de cuatro pilares fundamentales. Primero, la salud mental es un bien público mundial. Segundo, los problemas de salud mental pueden clasificarse a lo largo de un continuo. Tercero, la salud mental de una persona es el producto único de las influencias sociales y ambientales que

experimenta junto con su predisposición genética y biológica. Cuarto, la salud mental es un derecho fundamental y requiere un enfoque basado en los derechos humanos (Patel et al., 2018).

En lo que se refiere al concepto de bienestar, existen dos modelos teóricos que lo definen de distinta forma, el hedónico y el eudaimónico. La visión hedónica considera el bienestar en función del disfrute o placer que genera (Keyes et al., 2002; Sirgy, 2021). Por su parte, la perspectiva eudaimónica entiende el bienestar como un constructo que se relaciona con la resiliencia y la resistencia ante situaciones estresantes; hace referencia, por tanto, a un funcionamiento psicológico óptimo que incluye las sensaciones de felicidad, disfrute, placer, la presencia de emociones positivas, así como funciones de más alto nivel como sentirse realizado, la resiliencia, la regulación emocional y la resolución de problemas (Ryff, 1989, 2018). Estas dos acepciones responden, respectivamente, a los constructos teóricos de bienestar subjetivo y bienestar psicológico (Keyes et al., 2002).

Según el modelo eudaimónico de Ryff (2023), el bienestar psicológico se compone de seis dimensiones: la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, las relaciones positivas con los demás, el propósito en la vida, y la autoaceptación. Este modelo surgió de la clínica, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo existenciales y humanistas que enfatizaban las fortalezas psicológicas y capacidades, en contraste con el enfoque centrado en la discapacidad y la disfunción de la psicología clínica. Pero también, considerando circunstancias del mundo actual y los determinantes sociales (p.ej., desigualdad social) (Kirkbride et al., 2024), que socavan las oportunidades de las personas para aprovechar al máximo sus talentos y capacidades. Por su parte, alcanzar un estado de eudaimonía o felicidad está relacionado con aspectos como las artes, la naturaleza o la creatividad. El concepto de salud mental está entrelazado con

valores sociales y familiares, culturales, expectativas sociales y capacidades de desarrollo.

El bienestar psicológico y, por lo tanto, la salud mental de las personas puede verse amenazado por los denominados «problemas de la vida», es decir, adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, traumas, etc. (Pérez-Álvarez, 2020). Los problemas de la vida, hay que resituarlos en relación con las circunstancias de la vida, como reacciones humanas a las adversidades o a las situaciones vitales (Pérez-Álvarez, 2023). No obstante, lejos de ser entendidas como respuestas más o menos adaptativas a las vicisitudes de la vida, los malestares y problemas son etiquetados erróneamente como trastornos de ansiedad o depresión, siendo así que muchas circunstancias que no son «patológicas» acaben diagnosticadas y tratadas con psicofármacos (Frances, 2014; Pérez-Álvarez, 2023). Las intervenciones que se llevan a cabo durante la adolescencia en la comunidad y en entornos escolares mejoran las habilidades socioemocionales y personales, y contribuyen al aumento del bienestar psicológico juvenil, pero también en la edad adulta y para las generaciones posteriores (Cipriano et al., 2023; Durlak et al., 2022; Moitra et al., 2023).

Actualmente se aboga por un nuevo paradigma del concepto de la salud mental en la adolescencia que no se base únicamente en la aparición de problemas mentales, sino que considere también las fortalezas y capacidades de los y las adolescentes (Fonseca-Pedrero et al., 2024). Así, Oliva et al. (2010, 2015) defienden un modelo positivo de los adolescentes que habla de recursos más que de problemas, y de potencialidades en lugar de carencias. De acuerdo con este enfoque, denominado Desarrollo Positivo de la Juventud (o adolescente) (*Positive Youth Development*, PYD), prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el

consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, y precisan de la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos (Oliva et al., 2010).

El programa Desarrollo Positivo de la Juventud (o adolescentes) (Lerner et al., 2021) se centra en los factores protectores o activos de los jóvenes y adolescentes que impulsan las conductas adaptativas frente a las de riesgo (Newman et al., 2024). Esto supone un alejamiento de los modelos de déficit que tenían como objetivo la eliminación de conductas negativas como el consumo de drogas, el ausentismo escolar o la delincuencia. Derivado en parte de los modelos socio-ecológicos propone el desarrollo positivo de los jóvenes a lo largo del tiempo y en diferentes contextos como la familia, la escuela, y la comunidad o en áreas como la justicia social (Lerner et al., 2021; Taylor et al., 2017).

Por tanto, aunque no existe una única definición de salud mental, los más recientes modelos teóricos coinciden en dejar de entenderla como la mera falta de enfermedad para considerar aspectos más concretos, positivos y evaluables, sobre todo si el periodo en el que se estudia es la adolescencia. La salud mental es un componente esencial en la salud de las personas y, por lo tanto, del presente y futuro de la sociedad. Lo queramos o no el «capital mental» de nuestros jóvenes es un ingrediente fundamental asociado a la prosperidad de las sociedades.

1.1.2. La adolescencia

La adolescencia es la etapa del ciclo vital entre la infancia y la juventud que transcurre entre los 10 y los 19 años. Normalmente se divide en dos fases: adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (OMS, 2021a). Según otros autores comienza entre los 10 y los 13 años coincidiendo con la aparición de la pubertad, y finaliza entre los 18 y los 25 años en función de las características culturales

y sociales del entorno en el que se desarrolla la persona (Moshman, 2005; Steinberg, 2016). En la actualidad, el final de la etapa adolescente se solapa con el comienzo de la juventud. En términos generales, se contempla que una persona concluye su etapa adolescente a los 18 años, momento en el que en la mayor parte de los países se adquiere la mayoría de edad, aunque esto es función del lugar de residencia y legislación (Cohen et al., 2016).

Durante la adolescencia, los jóvenes consolidan su identidad y orientación sexual, crean su autoconcepto y se identifican con una determinada ideología y/o religión, estilo de vida o nivel moral (Palacios, 2019), concediendo una mayor importancia a las relaciones con los iguales y con el grupo de pertenencia (Albert et al., 2013; Brown y Larson, 2009). También hay que considerar que las expectativas que la sociedad tenga sobre la conducta a desarrollar durante la adolescencia serán diferentes dependiendo del contexto en el que se evalúen (Steinberg et al., 2018). Por otro lado, a pesar de que este periodo presenta unas características identificables a nivel general, puede desarrollarse de forma propia en cada persona (Aritio-Solana et al., 2022).

Delval (1994) señala la importancia de distinguir entre los términos adolescencia y pubertad, porque mientras que el significado de pubertad es semejante en todas las culturas, el concepto de adolescencia presenta variaciones en las distintas sociedades. Es decir, la adolescencia es un fenómeno psicológico y social que se ve determinado por la pubertad, pero que no se reduce a esta. La pubertad implica una modificación biológica del cuerpo asociada a la maduración sexual; los cambios hormonales que suelen tener lugar entre los 9 y los 17 años se acompañan de efectos psicológicos que influyen en la estabilidad emocional de los y las adolescentes.

A nivel biológico, durante la adolescencia se produce la maduración de los órganos sexuales que posibilitan la capacidad reproductora. Además, tiene lugar un

importante desarrollo de la corteza prefrontal, lo cual conlleva implicaciones importantes en la capacidad cognitiva y el comportamiento ya que regula distintas funciones ejecutivas, incluidos los sentimientos y la racionalización de los pensamientos (Begdache et al., 2020). Por otro lado, durante el periodo comprendido entre los 10 y los 15-16 años, tiene lugar una «reorganización cerebral» fruto de la poda sináptica, aspecto fundamental para el establecimiento de redes de neuronas entre distintas regiones (especialización sináptica) (Cornell et al., 2022).

A nivel psicológico, los pensamientos se vuelven egocéntricos debido a que la maduración que se produce en el cerebro de los y las adolescentes intensifica la conciencia de uno mismo (Sebastian et al., 2008). Ese egocentrismo genera la denominada «audiencia imaginaria», es decir, la creencia de que todas las personas les están observando y juzgando o la «fábula personal», que se refiere a pensar que sus expectativas y sensaciones son únicas y que nadie las ha experimentado anteriormente (Elkind, 1978). Por otro lado, también es característica de este periodo la sensación de invencibilidad que les puede conducir a asumir riesgos como mantener relaciones sexuales sin protección o el consumo de drogas (Mariscal et al., 2009). Asimismo, el distinto ritmo de maduración del sistema socioemocional y el sistema de control cognitivo provoca un periodo de vulnerabilidad incrementada, durante el cual los y las adolescentes pueden presentar problemas para coordinar la relación entre emociones y racionalidad en la toma de decisiones (Steinberg, 2008).

A nivel social, comienza el proceso de la búsqueda de identidad, religiosa, política, vocacional y sexual. La influencia de los adultos se sustituye por la del grupo de iguales, que es sin duda el grupo de referencia y comparación del individuo en esta etapa (Berger, 2017). Por otro lado, aparece una necesidad de privacidad que en ocasiones puede generar conflictos con sus progenitores. Las nuevas situaciones y emociones a las

que deben dar respuesta suelen estar relacionadas con sus primeras experiencias sentimentales (Ortega-Ruiz et al., 2019), cuestión clave en la vida de los adolescentes, y que prefieren compartir con los iguales a los que se sienten más próximos y de los que reciben apoyo emocional.

Además, los cambios a nivel biológico, cognitivo, y social, que tienen lugar durante la adolescencia, pueden generar dificultades de ajuste psicológico si no se acompañan de un adecuado desarrollo de competencias a diferentes niveles. En primer lugar, durante la adolescencia se experimenta una amplia gama de emociones; es fundamental, por tanto, que los adolescentes aprendan a reconocer, expresar y gestionar sus emociones de manera saludable. En segundo lugar, en el ámbito de las relaciones interpersonales, es necesario desarrollar habilidades sociales y aprender a resolver los conflictos habituales e inevitables que suelen aparecer durante este periodo. Por otro lado, la presión del grupo de iguales y el deseo de encajar en este puede exponerles también a conductas de riesgo como el consumo de drogas o alcohol, la autolesión o prácticas sexuales no seguras. En tercer lugar, los y las adolescentes se encuentran en un momento de búsqueda de su identidad; el desarrollo de una autoimagen positiva y una autoestima saludable contribuirá a su bienestar psicológico. En cuarto lugar, las demandas académicas pueden llegar a generar estrés significativo. Es esencial que los adolescentes desarrollen habilidades de afrontamiento y gestión del tiempo para lidiar con las responsabilidades escolares. Por último, el uso excesivo o inadecuado de la tecnología y las redes sociales puede influir en su salud mental (Werling y Grünblatt, 2022).

Durante la adolescencia, el escenario en el que se pueden observar con más frecuencia problemas socioemocionales es el centro escolar (Garaigordobil, 2023). En España, la mayor parte de los adolescentes se forman en los centros escolares hasta los 16 años. Este contexto es el entorno idóneo para implementar programas para la

promoción del bienestar emocional y la prevención de problemas asociados a la salud mental del alumnado ya que, fuera del ámbito familiar, es el lugar en el que más se interacciona con el alumnado, lo cual permite generar aprendizajes significativos que ayuden a adquirir habilidades socioemocionales como la regulación emocional y el autocontrol (Fonseca-Pedrero et al., 2023a; Robson et al., 2020). Como consecuencia, los centros educativos no deben limitarse únicamente a la transmisión de conceptos («saber conocer») o habilidades («saber hacer»), sino que deben ir más allá, fomentando la adquisición de competencias referidas al «saber ser» (con uno mismo) y al «saber convivir» (con los demás) (Delors, 1996). Si bien estas competencias ya se recogen en los currículos oficiales de las distintas etapas educativas y en la legislación (p. ej., en la LOMLOE, 2020), todavía no es una práctica generalizada en los centros educativos españoles. Las nuevas propuestas de la UNESCO (2021) para renovar la educación inciden en la necesidad de que los centros educativos sean lugares educativos protegidos ya que, en ellos, el alumnado aprende y pone en práctica comportamientos inclusivos y de igualdad y bienestar individual y colectivo.

Además de todo lo comentado anteriormente, no debe olvidarse que los problemas en el ajuste emocional y conductual comienzan en aproximadamente un 50% de los casos antes de los 15 años (Fusar-Poli, 2019), periodo en que los adolescentes están escolarizados. El metaanálisis elaborado por Solmi et al. (2022) muestra como los primeros síntomas de trastornos del estado de ánimo se comienzan a observar en adolescentes antes de los 14 años de edad en el 2,5% de los casos y los de trastornos relacionados con ansiedad o miedo en el 38,1%. De esta forma, los problemas emocionales pueden producir efectos negativos, entre otros, en el rendimiento académico, en el autoconcepto y autoestima, en la formación de la identidad y en los procesos de aprendizaje (Turecki et al., 2019). En este sentido, teniendo en cuenta la importancia de

los entornos naturales de cara a la prevención e intervención de la salud mental durante la infancia y adolescencia, los centros educativos son uno de los contextos más relevantes para la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas (Fonseca-Pedrero et al., 2023b).

La idea de los centros educativos como promotores de la salud fue expresada por primera vez por la OMS, la UNESCO y el UNICEF en 1995. No obstante, no son muchos los países que la han implementado y muchos menos los que la han integrado en su sistema educativo. Las principales dificultades encontradas para llevar a cabo el cambio tienen que ver con la falta de apoyo sistemático, el carácter limitado de los recursos y la ausencia de una visión y un enfoque comunes. Pero ningún sistema educativo puede considerarse totalmente eficaz si no promueve la salud y el bienestar de su alumnado, del personal y de la comunidad (OMS, 2021a; UNESCO, 2021).

Como se ha podido observar, se hace totalmente necesario actuar para promocionar el bienestar psicológico y prevenir los problemas de salud mental y, con este fin, uno de los entornos más propicios para implementar programas de intervención preventiva es el centro escolar, escenario en el que tienen lugar la mayor parte de las situaciones que generan estos problemas.

1.2. Dotando a los jóvenes de herramientas para afrontar los avatares de la vida en contextos educativos

La educación en el siglo XXI ha de perseguir objetivos más allá del rendimiento académico del alumnado y llevar a cabo actuaciones que contribuyan activamente a su salud y bienestar. La Comunicación de la Comisión Europea sobre la consecución del Espacio Europeo de Educación en 2025 ha puesto en marcha un proceso para determinar cómo las escuelas pueden abordar las necesidades de aprendizaje y socioemocionales del alumnado, en particular, de aquellos niños y niñas que se enfrentan a dificultades, y cómo pueden proporcionar a los estudiantes una experiencia equilibrada y de alta calidad, una educación que los encamine hacia una vida activa, productiva y saludable (Comisión Europea, 2020). Este informe aborda la necesidad de que los centros escolares de los países europeos promuevan la salud mental y el bienestar de los escolares desde un enfoque sistémico e integral (*whole-school approach*) en contextos seguros e inclusivos desde una perspectiva sistémica que abarque toda la escuela.

Las distintas revisiones y metaanálisis de estudios realizados por la Unión Europea (EU) señalan que las intervenciones para promover la salud mental y el bienestar del alumnado en el contexto educativo tienen más probabilidad de ser efectivas si se organizan como parte de un enfoque sistémico que incluya a toda la escuela. Una perspectiva integral moviliza todos los recursos de la comunidad escolar: estudiantado, personal de los diferentes servicios del centro, familias y profesorado en un esfuerzo de colaboración para promover la salud mental y el bienestar de todos sus miembros.

Sus beneficios incluyen el incremento de la alfabetización en salud mental, las competencias sociales y emocionales, la salud mental positiva y el bienestar, y el comportamiento prosocial y el decremento de los síntomas y problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias, el comportamiento antisocial,

la violencia y el acoso escolar. Por otro lado, presentan un impacto positivo en el alumnado con riesgo de ver afectada su salud mental, lo que sirve para promover su resiliencia. Adicionalmente, estas intervenciones previenen el abandono escolar y mejoran el rendimiento académico (European Commission et al., 2021).

Todo ello se apoya en un marco de actuación integral que conlleva el desarrollo de un currículo universal de salud mental y la formación de los docentes en este aspecto dentro de un enfoque participativo y flexible con el apoyo de las instituciones. Dicho currículo debe incluir cuestiones como la educación social y emocional, desarrollo de la resiliencia y la alfabetización en materia de salud mental (incluida la lucha contra el estigma y los prejuicios), y debe estar adaptado al contexto y necesidades de la escuela y de los alumnos que presenten necesidades especiales. La formación adecuada de los docentes en materia de promoción de la salud mental, tanto en los niveles iniciales como en los de desarrollo profesional continuo, es crucial para el éxito de la promoción de la salud mental en las escuelas.

Más allá de estas actuaciones sería conveniente incluir la salud mental y el bienestar de los estudiantes como un indicador de la eficacia y el éxito del proceso educativo. Pero esta evaluación debe ser formativa, inclusiva y sistémica, evitándose el etiquetado, la clasificación y las comparaciones (European Commission et al., 2021).

Este enfoque integral de la salud mental y el bienestar está en consonancia con el modelo de respuesta a la intervención en contextos educativos (*Response to Intervention*, RTI) (Jimerson et al., 2016). Los componentes esenciales del modelo son un sistema multinivel de apoyo, el proceso de cribado, el control del progreso y la toma de decisiones basada en los datos obtenidos. Su objetivo es prevenir la aparición de dificultades llevando a cabo una identificación temprana y una evaluación progresiva de la respuesta del alumnado (Jiménez, 2019).

Por otro lado, el conocimiento y buen uso de las competencias socioemocionales son herramientas fundamentales para conseguir el bienestar emocional de las personas. Uno de los modelos de intervención que tiene en cuenta estos aspectos es el denominado «Colaboración para el Aprendizaje Académico, Social y Emocional» (*Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning*, CASEL) y tiene como objetivo promover que el programa de Aprendizaje Social y Emocional (*Social and Emotional Learning*, SEL) sea un marco de referencia en el mayor número de centros escolares, desde preescolar hasta secundaria.

Un correcto conocimiento y aplicación de los programas SEL conlleva poseer y aplicar las actitudes, conocimientos y habilidades que lleven a las personas a comprender y manejar de forma positiva las emociones, plantearse metas factibles, desarrollar la empatía, establecer y mantener relaciones positivas, y tomar decisiones responsables (Cipriano et al., 2023; Durlak et al., 2011, 2022). De esta forma, estos programas también pueden servir como factor de protección contra el desarrollo de problemas posteriores (p.ej. malestar emocional, consumo de sustancias) ya que mejoran significativamente las habilidades socioemocionales, las actitudes positivas, el comportamiento prosocial, el clima escolar, las relaciones entre iguales y el rendimiento académico, y reducen los comportamientos disruptivos (Cipriano et al., 2023; Taylor et al., 2017). Dichas mejoras son estables en el tiempo (hasta 18 años después de la intervención) y se extienden a áreas importantes favoreciendo las relaciones sociales futuras, el aumento de las tasas de graduación en la escuela secundaria y de asistencia a la universidad, y la reducción de detenciones o de trastornos clínicos (Taylor et al., 2017). Los programas SEL potencian una trayectoria de desarrollo positiva en todos los jóvenes, independientemente de posibles variables demográficas, de modo que los menores estén preparados para desarrollar plenamente su potencial y sean resistentes a los retos a los que puedan

enfrentarse. Todo ello se puede alcanzar mediante intervenciones factibles y rentables desde un punto de vista económico.

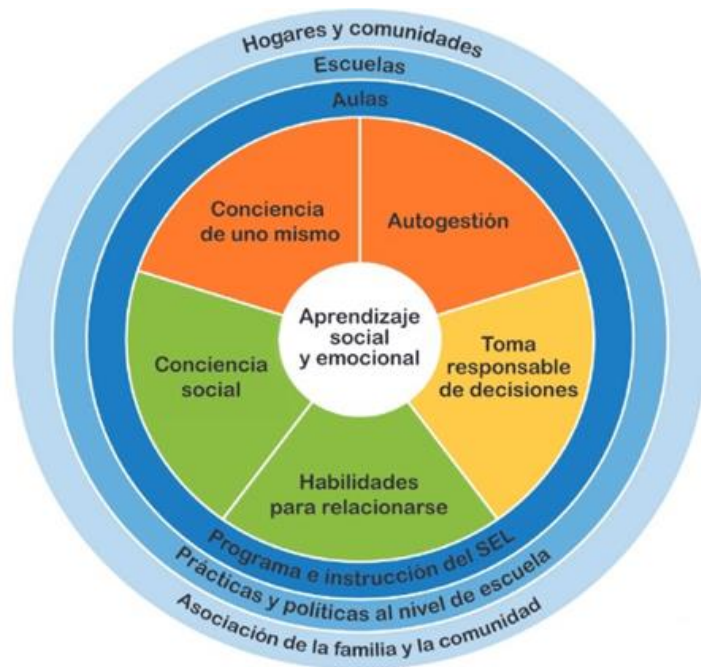
Los cinco grupos de competencias básicas de los programas SEL son (CASEL, 2013) (véase Figura 1):

1. La autoconciencia, que se concibe como la capacidad de reconocer con precisión las propias emociones y pensamientos y su influencia en el comportamiento. Esto incluye evaluar con precisión las propias fortalezas y limitaciones y poseer un sentido bien fundamentado de confianza y optimismo.
2. La autogestión, como la capacidad de regular las emociones, los pensamientos y los comportamientos de manera efectiva en diferentes situaciones. Esto incluye el manejo del estrés, el control de los impulsos, la motivación y el establecimiento y el trabajo para lograr metas personales y académicas.
3. La conciencia social, que es la capacidad de adoptar la perspectiva y empatizar con otras personas de diversos orígenes y culturas, de comprender las normas sociales y éticas de comportamiento y de reconocer los recursos y apoyos familiares, escolares y comunitarios.
4. Poseer habilidades para relacionarse es la capacidad de establecer y mantener relaciones sanas y gratificantes con diversos individuos y grupos. Esto incluye comunicarse con claridad, escuchar activamente, cooperar, resistir la presión social inapropiada, negociar conflictos de manera constructiva y buscar y ofrecer ayuda cuando sea necesario.
5. La toma de decisiones responsable, para fomentar la capacidad de decidir de forma constructiva y respetuosa sobre el comportamiento personal y las interacciones sociales teniendo en cuenta las normas éticas, las preocupaciones de

seguridad, las normas sociales, la evaluación realista de las consecuencias de diversas acciones y el bienestar de uno mismo y de los demás.

Figura 1

Competencias del Aprendizaje Social y Emocional



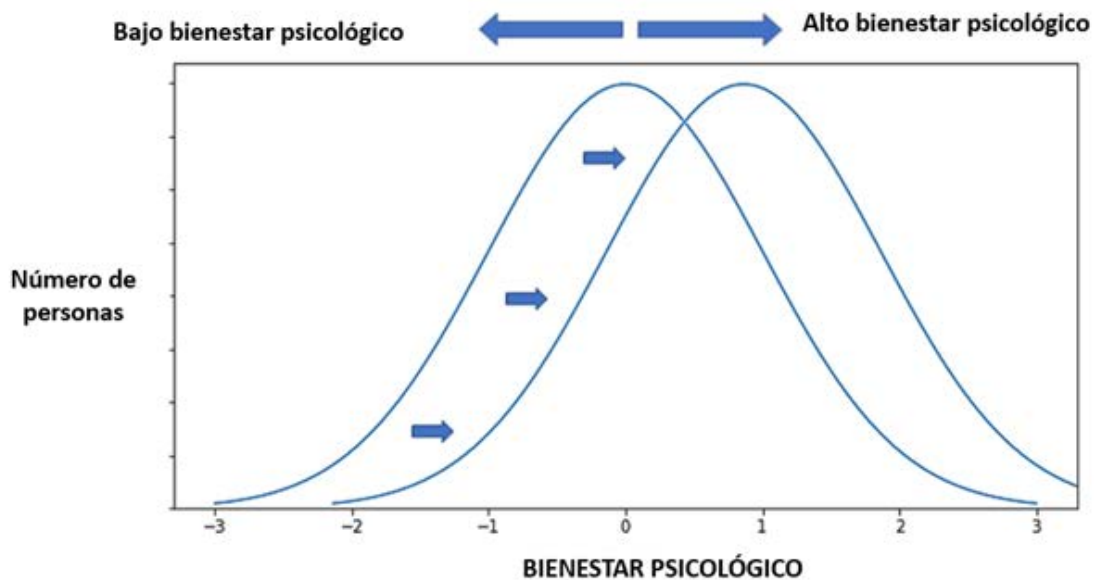
Nota. Tomado de <https://casel.org>.

Las habilidades del programa SEL se trabajan en tres ámbitos: aplicar el currículo-instrucción en las aulas, fomentar la implantación del SEL como políticas activas en las rutinas de las escuelas y llegar al conjunto de la sociedad, incluidas las familias y los agentes comunitarios activos (Greenberg et al., 2003). Estas intervenciones tienen efectos sanitarios, sociales y económicos beneficiosos. El fracaso en la implementación de las intervenciones para la promoción de la salud mental representa una vulneración del derecho a la salud y produce sufrimiento en la población con una variedad de impactos y costes económicos asociados (Campion, 2022). Existen intervenciones de salud mental pública rentables y basadas en evidencias para prevenir que surjan trastornos mentales y promover el bienestar mental.

Se pone así de manifiesto la necesidad de un enfoque que permita el «desplazamiento de la curva» de la salud mental de la población (véase la Figura 2), esto es, deslizar las distribuciones de toda la población hacia niveles más altos de bienestar mental. Ello se puede lograr por múltiples caminos, siendo una vía regia, el desarrollo y potenciación de competencias socioemocionales de la población, en particular, de nuestros hijos e hijas.

Figura 2

Enfoque de «Desplazamiento de la Curva» de la Salud Mental de la Población



Nota. Tomado de Santini et al. (2021).

Además de los programas de desarrollo de competencias socioemocionales, se han comenzado a incorporar nuevos procedimientos de intervención preventiva en los entornos educativos como los protocolos transdiagnósticos.

El enfoque transdiagnóstico es una forma de entender las dificultades y problemas de salud mental que trasciende los límites del diagnóstico tradicional basado en taxonomías cerradas, y que proporciona nuevas formas de entender el inicio, el

mantenimiento y el tratamiento clínico y la recuperación de sintomatología depresiva o ansiosa incapacitante (Dalglish et al., 2020).

Desde esta perspectiva se han elaborado procedimientos diagnósticos como el «Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en la Adolescencia» (UP-A) (Ehrenreich-May et al., 2018) o programas como el proyecto PSICE (Psicología basada en la evidencia en contextos educativos) (Fonseca-Pedrero, 2023c), cuyo objetivo es examinar la eficacia del UP-A en contextos educativos.

La perspectiva transdiagnóstica, explora variables que pueden explicar la aparición, progresión y mantenimiento de diferentes trastornos emocionales y otras condiciones concurrentes (Fonseca-Pedrero et al., 2023a), entendiendo estos como una dimensión continua en lugar de categorías exhaustivas y excluyentes. Esta forma de enfocar el diagnóstico solventa problemas como la comorbilidad de los síntomas que, como se revela en la literatura, es más la regla que la excepción (Kessler et al., 2005).

Estudios como los de García-Escalera et al. (2019, 2020) han evidenciado la eficacia del UP-A en la disminución de los síntomas de depresión en adolescentes con edades entre los 12 y los 17 años y como programa universal de prevención de la ansiedad y la depresión para ser implementado en centros escolares.

La intervención para la promoción del bienestar psicológico y prevención de los problemas de salud mental en los centros educativos requiere de profesionales convenientemente formados en esta materia. Para ello se podría crear la especialidad de psicología educativa con el objetivo de que los centros escolares dispusieran de la figura de un especialista capacitado para desarrollar las tareas previamente mencionadas (Fonseca-Pedrero, 2023c). Los psicólogos educativos podrían ayudar al alumnado no sólo

a alcanzar el éxito académico, sino también a mejorar su salud mental y su bienestar social y emocional. Pero además serían útiles para proporcionar información y formación psicoeducativa a toda la comunidad escolar y a las familias de los estudiantes (Thielking y Terjesen, 2017). Su principal función sería atender y promover el desarrollo psicológico, el bienestar psicológico y emocional, y la salud mental en todos los agentes del sistema educativo: estudiantes, docentes y familias (Garaigordobil, 2009). El trabajo del psicólogo educacional involucraría dos grandes objetivos: (1) evaluar y diagnosticar para proporcionar un análisis de las diferentes situaciones y problemáticas; y (2) intervenir, proponer y desarrollar planes de acción, tanto para prevenir como para optimizar el desarrollo de las capacidades de las personas y responder a los problemas identificados (Garaigordobil, 2023).

La promoción del bienestar psicológico de las personas jóvenes es un compromiso ineludible para la sociedad ya que sin salud mental no hay salud.

Capítulo 2. Problemas de regulación emocional

2.1. Dimensión internalizante: depresión y ansiedad

Los problemas internalizantes conforman una dimensión de la salud mental y se refieren a alteraciones emocionales que se manifiestan a nivel cognitivo, conductual y somático. Como se ha mostrado en el capítulo anterior, son frecuentes durante la adolescencia y se exteriorizan mediante la aparición de una serie de síntomas propios de los trastornos afectivos y de ansiedad. Se experimentan a nivel interno y suelen pasar inadvertidos para las personas que están en contacto con el o la adolescente que los padece. Según Merrell (2007), los trastornos internalizantes se pueden agrupar en cuatro tipos: depresión, ansiedad, retraimiento social y somatización, siendo los dos primeros el eje básico.

Los trastornos depresivos son problemas de salud mental que implican tristeza o pérdida de placer o interés por cualquier actividad durante largos periodos de tiempo (OMS, 2023a). El trastorno de depresión mayor según del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) puede incluir además una pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnía, agitación o enlentecimiento motor, fatiga, sentimiento de inutilidad, dificultad para concentrarse o pensamientos recurrentes de muerte. Por su parte, la distimia o trastorno depresivo persistente presenta una sintomatología similar, pero con menor gravedad, aunque mayor persistencia en el tiempo (*American Psychiatric Association* [APA], 2022).

Por su parte, la ansiedad se define como una reacción emocional provocada por la anticipación de una amenaza real o imaginaria y está orientada hacia el futuro (Barlow,

2002). La OMS (2023b) señala que los síntomas de ansiedad suelen aparecer durante la infancia o la adolescencia e incluyen miedo o preocupación intensa y excesiva ante actividades o eventos cotidianos, sobre todo en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (Belloch et al., 2020; Penninx et al., 2021).

Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos mentales, especialmente la depresión. Dicha comorbilidad generalmente significa síntomas más graves, mayor carga clínica y mayor dificultad de tratamiento. Su detección y prevención durante la adolescencia es esencial ya que si no se interviene se pueden agravar sus síntomas y extenderse a la vida adulta favoreciendo su mantenimiento o incluso la aparición de otros trastornos. Además, acostumbran a estar asociados a dificultades de socialización, disminución del rendimiento académico, baja autoestima e ideación suicida (Mullen, 2018).

2.1.1. Conceptualización

Los problemas depresivos y de ansiedad generalizada pueden definirse como dimensiones transdiagnósticas ordenadas en función de la gravedad y la frecuencia de aparición de los síntomas que los caracterizan (Fonseca-Pedrero et al., 2023c; Marcus et al., 2014).

La sintomatología asociada a los problemas depresivos incluye: a) tristeza; b) pérdida de interés y placer; c) alteraciones del sueño y del apetito; d) insomnio o hipersomnia; e) agitación o enlentecimiento psicomotor; f) fatiga y pérdida de energía; g) sentimiento de inutilidad; h) disminución de la capacidad para pensar y concentrarse; i) pensamientos de muerte y suicidio (OMS, 2018). Durante la adolescencia, la aparición de estos síntomas puede aumentar, entre otros, el riesgo de absentismo y abandono escolar, consumo de drogas o ideación suicida (Beck et al., 2021).

Por otra parte, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por un patrón de preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos, con frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas, y la escuela o el trabajo, y que incluye síntomas como: a) experiencia subjetiva de nerviosismo; b) dificultad para concentrarse; c) irritabilidad; d) tensión muscular o inquietud motora; y e) alteraciones del sueño. Estos síntomas causan una angustia o un deterioro significativos en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, y no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (OMS, 2018). Los adolescentes que experimentan estos síntomas buscan constantemente validación externa por parte de terceros, aunque, si la consiguen, su ansiedad únicamente se reduce temporalmente. El estado de ansiedad se acompaña comúnmente de manifestaciones somáticas, como dolores de cabeza, problemas digestivos, dolores musculares y alteraciones del sueño. Debido a estos problemas físicos, cuando un adolescente sufre ansiedad, sus familiares suelen acudir al pediatra y no a un especialista en salud mental (Baltasar Tello, 2021). Algunos estudios concluyen que cuando el trastorno de ansiedad generalizada aparece en la infancia puede evolucionar hacia un trastorno de ansiedad social, y si se da durante la adolescencia puede ser un precursor de un trastorno depresivo (Kessler et al., 2009; Rapee et al., 2023).

Tal como se verá en el siguiente apartado, la sintomatología depresiva y ansiosa es un fenómeno predominante en los contextos educativos (Canals-Sans et al., 2019; Shorey et al., 2022).

2.1.2. Prevalencia en la adolescencia

A nivel mundial, en 2019, 293 millones de 2516 millones de personas de 5 a 24 años, tenían al menos un trastorno mental. En términos generales, se considera que la

prevalencia vital de padecer problemas psicológicos se sitúa en el 13,96% para el rango de 10 a 14 años y en el 13,63% para el grupo de 15 a 19 años (Kieling et al., 2024). El 50% de los trastornos mentales tienen su origen antes de los 14 años (Polanczyk et al., 2015). En cuanto a los trastornos internalizantes, la investigación desarrollada por Solmi et al. (2022), con una muestra de 708561 personas distribuidas en 192 estudios, señala que el 38,1% de los síntomas de ansiedad y miedo, y el 2,5% de los trastornos del estado de ánimo, aparecieron antes de los 14 años. En la revisión del equipo de Polanczyk la prevalencia global de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes fue del 6,5% (IC 95% 4,7-9,1) para cualquier trastorno de ansiedad y del 2,6% (IC 95% 1,7-3,9) para cualquier trastorno depresivo.

En lo que se refiere a la sintomatología depresiva grave, estudios previos han encontrado que la tasa de prevalencia puntual global es del 34% (Shorey et al., 2022). Estos resultados son congruentes con trabajos previos (p. ej., Canals-Sans et al., 2019; Merikangas et al., 2010; Shorey et al., 2022). La OMS (2021a) informa que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años han sufrido depresión. La frecuencia de aparición de la sintomatología depresiva se incrementa desde la infancia a la adolescencia y desde esta a la edad adulta (Clayborne, 2019). La prevalencia entre los adolescentes propuesta por la investigación epidemiológica del desarrollo para el trastorno depresivo mayor y la distimia se sitúa en torno al 8 % (IC 95 %: 0,02-0,13) y el 4 % (IC 95 %: 0,01-0,07) respectivamente.

Por su parte, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los subtipos más comunes de trastornos de ansiedad. Según Canals-Sans et al. (2019), la prevalencia de TAG en adolescentes es cercana al 7%. Otros estudios realizados con adolescentes descubrieron que la tasa de prevalencia de sintomatología ansiosa oscilaba entre el 10% y el 29,9% (Garcia et al., 2021; Kasturi et al., 2023). Por ejemplo, Biswas et al. (2020),

utilizando una muestra de 275.057 adolescentes de 12 a 17 años, encontraron que la prevalencia de ansiedad generalizada era del 9,0%.

La prevalencia de los trastornos internalizantes es mayor en mujeres que en varones adolescentes (Caputi y Bosacki, 2023; Daeem et al., 2019; McLaughlin y King, 2015; Ohannessian et al., 2017; Thompson et al., 2021). En el estudio de Shorey et al. (2022), se observó una sintomatología depresiva y ansiosa de moderada a grave en el 14% de los niños y el 38% de las niñas, y en el 15% de los niños y el 41% de las niñas, respectivamente. Con respecto a la edad, estudios previos con muestras de adolescentes (Dooley et al., 2023; Plenty et al., 2021; Thompson et al., 2021) han demostrado que los adolescentes mayores exhiben niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa que los más jóvenes.

En España, las cifras de depresión alcanzan el 1% en chicos y el 1,2% en chicas entre 10 y 14 años y el 4% en chicos y el 6,8% en chicas entre los 15 y los 19 años. Por su parte, los trastornos de ansiedad son los registrados más frecuentemente con cifras que alcanzan el 8,7% en chicos y el 11,11% en chicas entre 10 y 14 años, y el 17,8% en chicos y el 36% en chicas entre los 15 y los 19 años (Sistema Nacional de Salud, 2020). En las investigaciones realizadas con adolescentes por Canals-Sans et al. (2018) y Canals-Sans et al. (2019) se observó que el 11,8% informó de problemas de ansiedad y el 11,6% de depresión. En el estudio de Piqueras et al. (2021), las niñas también obtuvieron puntuaciones más altas en el TAG que los niños, y los adolescentes alcanzaron puntuaciones más altas que los niños, aunque los tamaños del efecto fueron de pequeño a mediano en todas las comparaciones. Investigaciones más recientes (Fonseca-Pedrero et al., 2023d) muestran que el 6% de los adolescentes informan de síntomas graves de depresión y el 26% de depresión moderada, y el 15% de síntomas de ansiedad graves y

el 20% de ansiedad moderada. Tanto en el caso de la sintomatología depresiva como ansiosa, los niveles de riesgo eran superiores en las mujeres que en los hombres.

Estas variaciones en la expresión fenotípica de los síntomas de trastornos internalizantes pueden estar relacionadas con un período de desarrollo que implica cambios físicos, psicológicos y sociales típicos, que pueden aumentar la sensibilidad y la reactividad de una persona a la exposición al estrés.

En conclusión, los problemas de salud mental merecen especial atención en términos de prevención e intervención en las primeras décadas de la vida ya que, a nivel mundial, según los datos obtenidos a partir del último *Global Burden of Disease Study*, una quinta parte de las enfermedades no mortales en este rango de edad es atribuible a dificultades relacionadas con la salud mental (Kieling et al., 2024).

2.1.3. Comorbilidad

La clasificación y la comprensión de los mecanismos etiológicos que subyacen a la psicopatología internalizante no está exenta de dificultades, que se ponen de manifiesto al intentar llevar a cabo diagnósticos basados en las clasificaciones psiquiátricas actuales (por ejemplo, la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) o el DSM-5). Una de las causas de estas dificultades es la abundante coexistencia de síntomas o trastornos, más allá del azar y con prevalencias mayores a las esperadas en la población general (Hankin et al., 2016).

En una revisión meta-analítica clásica, Angold et al. (1999) mostraron una coexistencia sustancial y significativa entre trastornos de depresión y ansiedad (*odds ratio* mediana = 8,2). Esta y otras revisiones (por ejemplo, Avenevoli et al., 2001; Garber y Weersing, 2010; Yorbik et al., 2004) estimaban que entre el 15% y el 75% de los jóvenes con depresión padecían un diagnóstico de ansiedad comórbido, mientras que alrededor

del 10% al 15% de los jóvenes diagnosticados con un trastorno de ansiedad recibían un diagnóstico de trastorno depresivo comórbido a lo largo de su vida. Otros estudios epidemiológicos poblacionales han documentado de manera similar una comorbilidad concurrente entre trastornos internalizantes (Hankin et al., 2016; Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2010).

En la misma línea, la investigación de McLaughlin y King (2015) mostró que los niveles iniciales de síntomas depresivos predecían el aumento de los síntomas de ansiedad social a lo largo del tiempo, pero el nivel inicial de ansiedad no fue asociado con cambios en los síntomas depresivos. Por otro lado, experimentar síntomas depresivos detenía la disminución los de síntomas de ansiedad a lo largo del tiempo.

Diferentes estudios encontraron similitudes fenotípicas entre los trastornos depresivos, de ansiedad y alimentarios (p. ej., aumento de emocionalidad y sensibilidad social), y sugirieron que estos trastornos podían compartir causas etiológicas y factores de mantenimiento (Rapee et al., 2019). Por su parte, los resultados del estudio llevado a cabo por Tao et al. (2024) en una muestra de 20.544 adolescentes de China con edades comprendidas entre los 14 y los 24 años, empleando el análisis de redes, muestran como la irritabilidad puede tender un puente entre la ansiedad y la depresión en las etapas tempranas y medias de la adolescencia, mientras que el suicidio lo hace en las etapas tempranas y tardías. Además, la inquietud y la culpa pueden vincular la ansiedad y la depresión en los adolescentes de etapa media y tardía, y el estado de ánimo deprimido puede desencadenar la ansiedad y la depresión de los adolescentes medios.

En España, la comorbilidad alcanza aproximadamente el 8% (Cano-Vindel et al., 2022). Los y las adolescentes con problemas de ansiedad tienen un mayor riesgo de tener otros problemas del estado de ánimo (Canals-Sans et al., 2019) y viceversa (Canals-Sans et al., 2018); la investigación de estos autores señaló que entre el 71,9 y el 80% de los

chicos y chicas con trastornos de tipo depresivo también presentaban un trastorno de ansiedad (Canals-Sans et al., 2018).

2.2. Factores de riesgo y protección

La adolescencia es un periodo sensible para la aparición de dificultades en el ajuste psicológico o problemas de salud mental debido a los cambios biopsicosociales que acontecen, por ejemplo, a nivel de funciones cognitivas los circuitos neuronales subyacentes (Uhlhaas et al., 2023), así como al impacto de los determinantes sociales y aspectos culturales (Kirkbride et al., 2024). El concepto de «desarrollo en cascada» hace referencia a las consecuencias acumulativas de las numerosas interacciones y transacciones que ocurren durante el desarrollo de las personas y que conducen a la propagación de efectos secundarios entre niveles, entre dominios del mismo nivel y entre diferentes sistemas. La evidencia reciente sugiere que una edad más temprana de inicio de los problemas de salud mental es un predictor de una duración más larga de los síntomas, de comorbilidad y de peores resultados de los tratamientos (Caspi et al., 2020).

La implementación de medidas preventivas y de programas de intervención capaces de actuar contra los problemas de salud mental en la adolescencia, requiere identificar los factores de riesgo y de protección que aumentan o disminuyen respectivamente su probabilidad de aparición. Desafortunadamente, no se pueden obviar las diferencias que aparecen en la interpretación de estos factores a nivel mundial y local ya que no se dispone de información estandarizada en diferentes contextos. Para llenar este vacío en la investigación, un equipo de expertos examinó datos estandarizados extraídos de la aplicación de los cuestionarios *Demographic and health surveys* (DHS), *Multiple Indicator Group Surveys* (MICS) y *Global Student Health at School Survey* (GSHS) en grupos de adolescentes de diferentes países (Buchweitz et al., 2022). De los indicadores aplicados en las tres encuestas, los investigadores enumeraron 23 factores de

riesgo correspondientes a distintas etapas de los primeros 20 años de vida. De estos, 14 eran propios de la etapa adolescente (UNICEF, 2021):

- Falta de buenos amigos
- Acoso escolar
- Falta de actividad física
- Conducta sedentaria
- Sobrepeso
- Bajo peso
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de marihuana
- Falta de asistencia a la escuela secundaria
- Sin empleo y sin matricular en ningún tipo de educación o formación
- Matrimonio infantil
- Violencia sexual dentro de la pareja
- Violencia física dentro de la pareja
- Violencia psicológica dentro de la pareja

La investigación llevada a cabo por Lynch et al. (2021) analizando 41 estudios en los que participaron adolescentes y jóvenes con edades entre los 10 y los 24 años, reveló distintos factores de riesgo transdiagnósticos que elevaban la probabilidad de experimentar problemas psicopatológicos, tanto internalizantes como externalizantes, relacionados con aspectos biológicos (déficits en el funcionamiento ejecutivo, inicio de la pubertad, riesgo genético de TDAH y esquizofrenia, reducción del volumen de materia gris), socioambientales (eventos estresantes de la vida, depresión materna) y psicológicos (bajo esfuerzo de control, alto neuroticismo, afectividad negativa).

En lo que se refiere a la sintomatología internalizante, son dos los principales factores que van a influir en la probabilidad de que se desarrolle: las características del entorno de aprendizaje y el tipo de relación que establezcan con sus iguales.

La revisión realizada por Arrondo et al. (2022) muestra la relación existente entre trastornos físicos y mentales durante la adolescencia a partir de un análisis transdiagnóstico. En algunos casos, determinados grupos de síntomas propios de la depresión y la ansiedad se asociaban, por ejemplo, con obesidad, mientras que, en otros, un problema de salud mental concreto se podía relacionar con problemas cutáneos. Por otro lado, también encontraron asociación entre asma y ansiedad, y cáncer, obesidad y rinitis con depresión. Las causas de estas asociaciones pueden ser genéticas y epigenéticas (Liu et al., 2020), pero también pueden deberse a la aparición de estrés crónico (Ohno, 2017) o a tratamientos farmacológicos (Firth et al., 2019).

Los estresores que activan el TAG son una compleja combinación de factores sanitarios, económicos y sociales (Brooks et al., 2020). Algunas de las causas que pueden dar origen y que mantienen el TAG son la experimentación de acontecimientos estresantes, el estilo educativo de los padres, la personalidad y la vulnerabilidad del adolescente (Clayborne et al., 2021; Songco et al., 2020).

De esta forma, los factores de riesgo en el trastorno de ansiedad generalizada abarcan el género, la edad, la historia familiar, las condiciones socioeconómicas, físicas y mentales y el abuso de sustancias (Bourion-Bédès et al., 2015; Thompson et al., 2021). Durante la adolescencia se incluyen otros factores relacionados con el contexto escolar. En el estudio realizado por Canals-Sans et al. (2018) con datos recogidos de adolescentes españoles, se observó cómo las chicas mostraron tasas más altas de ansiedad social que los chicos. Otro de los factores de riesgo a la hora de padecer problemas de ansiedad fue pertenecer a una familia con un bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, ningún otro

factor sociodemográfico, como el lugar de nacimiento o el tipo de familia, se relacionó con una mayor probabilidad de experimentar ansiedad social. Thompson et al. (2021) han señalado cómo la sintomatología ansiosa se manifiesta de diferente forma en función de la edad y del género. Estudios previos han puesto poco énfasis en los factores familiares generales, con la única excepción de una extensa literatura sobre el papel de la crianza de los hijos en el desarrollo de la ansiedad (Rapee, 2012). Por otro lado, problemas de salud mental como la depresión, el trastorno bipolar o la psicosis y dificultades en la salud física como la epilepsia, el asma, la dermatitis atópica, la obesidad, la diabetes o el cáncer, pueden incrementar la posibilidad de aparición de sintomatología ansiosa en la adolescencia (Arrondo et al., 2022; Rønstad et al., 2018; Wang et al., 2019). Otras investigaciones muestran como incluso una dieta alimenticia deficiente puede aumentar el riesgo de padecer sintomatología ansiosa (Firth et al., 2019).

En el contexto escolar, el acoso y el ciberacoso escolar se relacionan con la aparición de síntomas de ansiedad (Arrondo et al., 2022; Chu et al., 2018; Dumas y Midgett, 2021). Entre los factores de protección dentro del contexto escolar se encuentran el sentido de pertenencia al grupo, un adecuado clima escolar o el apoyo por parte de los docentes y del resto de los compañeros (Fonseca-Pedrero et al., 2023d).

Por último, el uso de internet puede ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo de síntomas de ansiedad en adolescentes. La investigación llevada a cabo por Tiraboschi et al. (2023) muestra como las niñas pueden ser más vulnerables a los efectos negativos del uso de Internet debido a una mayor sensibilidad a las comparaciones sociales. Por lo tanto, ayudar a las niñas a desarrollar hábitos de uso de Internet más saludables podría actuar como factor de protección a la hora de implementar programas preventivos en los centros escolares.

Por su parte, el apego seguro (Groh et al., 2017), las buenas relaciones interpersonales (Thapar et al., 2012) y la calidad de vida percibida, una autoestima ajustada y relaciones satisfactorias con la familia y con los iguales (Raknes et al., 2017), pueden considerarse factores de protección ante los diferentes tipos de sintomatología internalizante.

La identificación de estos factores, tanto de riesgo como de protección, permitirá elaborar e implementar programas preventivos y de intervención apoyados en nuevos modelos teóricos que los avalen.

2.3. Nuevos modelos teóricos

La pluralidad de enfoques teóricos en el área de la Psicología es algo inherente a esta disciplina y se encuentra en continua evolución (Pérez-Álvarez, 2014). Es fundamental que la ciencia que se encarga del estudio de la persona y del comportamiento se cimiente en aquellas técnicas y procedimientos psicoterapéuticos que presentan evidencias empíricas (Fonseca-Pedrero et al., 2021b) con el objeto de poder tomar decisiones ajustadas a la realidad (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Ya sea en el ámbito educativo, social, etc., las intervenciones psicológicas tienen que mostrar su eficacia y utilidad para justificar su aplicación en la práctica clínica (Fonseca-Pedrero, 2020). En este sentido, la utilización de Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados (TPEA) aumenta la calidad de la atención psicológica ofrecida a la sociedad y mejora el desarrollo de la Psicología como ciencia y profesión (Fonseca-Pedrero et al., 2021b).

A continuación, se describen los principales modelos teóricos que explican el funcionamiento de los trastornos mentales desde el enfoque transdiagnóstico.

2.3.1. Modelos transdiagnósticos

El enfoque transdiagnóstico supone una innovación en la evaluación y en la intervención en el campo de la salud mental. La eclosión de estos modelos surge al evidenciar en la práctica clínica cómo se producen resultados eficaces tras la utilización de estándares de eficacia en procesos comunes en diferentes trastornos (González et al., 2018). Los planteamientos transdiagnósticos pretenden abordar los problemas de salud mental a partir de los factores subyacentes a diversos trastornos. Estos modelos utilizan programas basados en la evidencia, enfocados para tratar aquellos trastornos que comparten características comunes y responden a los mismos procedimientos terapéuticos (García-Escalera et al., 2019).

Un proceso es transdiagnóstico cuando se produce una relación etiológica con un conjunto de trastornos, existiendo comorbilidad entre ellos, identificándose los procesos psicológicos comunes (transdiagnósticos) de las distintas entidades clínicas (Fairburn et al., 2003).

Tradicionalmente se han explicado los trastornos mentales como entidades nosológicas independientes ya que las investigaciones buscaban encontrar modelos explicativos de los diferentes trastornos de forma diferenciada. En cambio, el transdiagnóstico supone una búsqueda de la etiología, el desarrollo y el mantenimiento hacia aquello que tienen en común los diferentes trastornos (Cordero-Andrés et al., 2017).

Los enfoques transdiagnósticos son reacciones a la ciencia «normativa» que tiene su semilla en los inicios del siglo XX, primero con los estudios de Watson y Rayner (movimiento conductista) y esta iniciativa fue exitosa ya que la inoperancia de los diagnósticos psiquiátricos fue uno de los detonantes de los movimientos antipsiquiátricos de los años 70 y 80 del siglo XX. Las investigaciones de esa época seguían buscando un enfoque que supusiera una clasificación categórica de las enfermedades mentales y que

permitiera identificar de forma independiente cuáles eran los síntomas singulares de cada una de ellas, estableciendo esas categorías a través del consenso de expertos y según la tradición. En la actualidad esta visión categorial excluyente está agotando sus posibilidades porque los síntomas patognomónicos aparecen con mucha más frecuencia de la que cabría esperar en otros trastornos en principio distintos y, por otro lado, síntomas que aparentemente son exclusivos de las personas con trastornos mentales, pueden ser también experimentados por personas sin psicopatología alguna.

El enfoque transdiagnóstico de la psicopatología surge de la consideración dimensional de los trastornos (Ehrenreich-May y Chu, 2014). La perspectiva transdiagnóstica permite explicar la elevada comorbilidad que se da en muchos trastornos mentales, determinando y diferenciando entre los factores o procesos psicológicos comunes (transdiagnósticos) de las distintas entidades clínicas. El transdiagnóstico pone el énfasis en los aspectos comunes que caracterizan a los grupos de trastornos mentales, buscando los aspectos que comparten todos los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión (Moriani y Martínez, 2011). Para el modelo transdiagnóstico, los trastornos mentales son función de los procesos cognitivos y conductuales comunes; no consiste en el descubrimiento de nuevos procesos de la conducta anormal, sino que se trata de un nuevo enfoque en función de los procesos relacionales entre ellos y sus manifestaciones psicopatológicas (van Os y Reininghaus, 2016). El acento se coloca en las intervenciones universales sobre los mecanismos subyacentes a diferentes problemas psicológicos, garantizando su aplicabilidad a numerosos diagnósticos (Ehrenreich-May y Chu, 2014).

En los últimos años, se ha desarrollado un número creciente de protocolos de tratamiento transdiagnóstico para el abordaje de los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y depresivos) en población infanto-juvenil (Fonseca-Pedrero, 2021b) con

distintos niveles de evidencia y recomendación de aplicación (Priede et al., 2021). A continuación, en la Tabla 1, se presentan algunos de los modelos de tratamientos transdiagnósticos en función de esta gradación (niveles de evidencia y recomendación de aplicación).

Tabla 1

Modelos de Tratamientos Transdiagnósticos (Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación)

Modelos	Niveles de evidencia y grado de recomendación
<p>Primer Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p><i>Programa EMOCIÓN</i></p> <p>Cómo afrontar la ansiedad y la depresión en los niños y niñas.</p> <p><i>EMOTION, Coping kids-managing anxiety and depression</i> (Kendall et al., 2013)</p>	<p>Se trata de una intervención que se realiza en grupos de niños y niñas que presentan problemas de ansiedad o depresión.</p> <p>Tiene un enfoque experiencial y utiliza técnicas basadas en el juego, de aplicación en contextos escolares complementándose con sesiones para los padres/madres.</p> <p>Presenta un nivel de evidencia¹ 1++ y un grado de recomendación² A.</p> <p>De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación han sido realizados por Loevaas et al. (2020) y Martinsen et al. (2019).</p>
<p>Segundo Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p><i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i></p> <p><i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT) (Wilson y Luciano, 2007).</p>	<p>Se enmarca en el contextualismo funcional, que valora las conductas no en sí mismas, sino dentro del contexto en el que se producen.</p> <p>Su aplicación está enfocada a adolescentes con edades entre 15 y 17 años que presentan problemas de conducta impulsiva (Gómez et al., 2014).</p> <p>Su nivel de evidencia es 1++ y su grado de recomendación A.</p>

¹ Nota. Un nivel de evidencia 1++ indica alta calidad y poco riesgo de sesgo. Un nivel 1+ se aplica a estudios correctamente realizados con poco riesgo de sesgo. Un nivel 1- señala un alto riesgo de sesgo. Un nivel 2++ se aplica a revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes.

² Nota. Un grado de recomendación A indica que al menos uno de los estudios tiene un nivel de evidencia 1++ o que gran parte de ellos están clasificados como 1+. Un grado de recomendación B señala un elevado volumen de evidencia compuesta por estudios 2++.

Modelos	Niveles de evidencia y grado de recomendación
	De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación han sido elaborados por Byrne et al. (2021) y Fang y Ding (2020).
<p>Tercer Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p>Enfoque modular de terapia para niños y niñas con ansiedad, depresión, trauma o problemas de conducta</p> <p><i>Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH-ADCTC) (Chorpita y Weisz, 2009)</i></p>	<p>Es un programa dirigido a jóvenes de entre 6 y 15 años, en formato individual.</p> <p>Consiste en incluir técnicas utilizadas en las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el campo de la ansiedad, la depresión, el trauma y el entrenamiento conductual.</p> <p>Además del formato individual con la población infanto-juvenil, también se incluyen sesiones con los padres/madres.</p> <p>Su nivel de evidencia es 1++ y el grado de recomendación A.</p> <p>De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación corresponden a Chorpita et al. (2013 y 2017), Hagen et al. (2019) y Weisz et al. (2012).</p>
<p>Cuarto Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p>Terapia de activación conductual en grupo</p> <p><i>Group Behavioral Activation Therapy (GBAT) (Chu, Colognori, Weissman y Bannon, 2009)</i></p>	<p>Es un modelo de terapia conductual en el que se han implementado tareas de exposición supervisadas por un terapeuta en las sesiones de terapia de los modelos de Activación Conductual (AC).</p> <p>Este tipo de intervenciones permite evaluar los desencadenantes de los problemas y los déficits en las habilidades de afrontamiento de los y las participantes.</p> <p>Su nivel de evidencia es 1+ y el grado de recomendación B.</p> <p>De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación se han llevado a cabo por Chu et al. (2009 y 2018).</p>
<p>Quinto Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p>Súper Habilidades para la Vida</p>	<p>Consiste en una intervención cognitivo-conductual dirigida a niños, niñas y jóvenes de entre 6 y 18 años y aplicable en el contexto escolar.</p>

Modelos	Niveles de evidencia y grado de recomendación
<p><i>Super Skills for Life</i> (SSL) (Essau y Ollendick, 2013)</p>	<p>La intervención tiene la finalidad de promover habilidades que originen autoconfianza, resiliencia, competencia social, así como el afrontamiento de situaciones estresantes.</p> <p>Su adaptación en España se debe a Orgilés et al. (2019).</p> <p>Su nivel de evidencia es 1+ y su grado de recomendación B.</p> <p>De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación han sido realizados por de la Torre-Luque et al. (2020), Essau et al. (2014) y Orgilés et al. (2019).</p>
<p>Sexto Modelo de tratamiento transdiagnóstico:</p> <p><i>Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales</i></p> <p><i>Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders</i> (UP) (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2017; Ehrenreich-May et al., 2018)</p>	<p>El Protocolo Unificado (PU) está basado en los principios cognitivos-conductuales tradicionales, pero su originalidad radica en poner el foco de atención en los procesos emocionales y su objetivo es ayudar a pacientes a que aprendan cómo afrontar emociones desagradables y cómo responder a estas de una forma adaptativa. No persigue eliminar las emociones desagradables, sino que la clave está en regular las emociones en un nivel funcional para que incluso las emociones desagradables puedan apreciarse como útiles y adaptativas (Barlow et al., 2017).</p> <p>Su nivel de evidencia es 1- y su grado de recomendación B.</p> <p>De acuerdo con Priede et al. (2021), los estudios que avalan estos indicadores de evidencia y grado de recomendación se han elaborado por García-Escalera et al. (2020) y Queen et al. (2014).</p>

Por último, cabe mencionar que el grupo de David H. Barlow elaboró también un Protocolo Unificado para adolescentes de 13 a 17 años (UP-A) y otro para niños y niñas de 7 a 12 años (UP-C) (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2017; Ehrenreich-May et al., 2018). Se trata de protocolos manualizados. La UP-A es una terapia cognitivo-conductual (TCC) transdiagnóstica dirigida al estudio de las emociones en adolescentes que presenten cualquier diagnóstico principal de ansiedad, de depresión o una combinación de ambos (Ehrenreich-May et al., 2018). Ha sido adaptada al idioma español como un Programa Escolar de Prevención de la Ansiedad y la Depresión impartido en un entorno escolar (García-Escalera et al., 2019 y 2020).

2.3.2. Modelo Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)

Las clasificaciones de los trastornos mentales obedecen al esfuerzo de clínicos e investigadores por comprender, evaluar y prevenir a los mismos. HiTOP son las siglas correspondientes al consorcio de Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología: *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*. El HiTOP se formó para articular una clasificación totalmente empírica de la psicopatología. Esta clasificación dimensional de la psicopatología fue desarrollada por un grupo de investigadores formado por Roman Kotov, Robert F. Krueger, David Watson y sus colaboradores, más de 40, en 2015 (Eaton et al., 2023). El HiTOP es una nosología que busca mejorar los sistemas tradicionales de diagnóstico psiquiátrico (Kotov et al., 2017).

El HiTOP propone un modelo taxonómico de psicopatología basado en la evidencia a partir de la reorganización de síntomas (Kotov et al., 2021). Esta clasificación apareció como alternativa a las nosologías categóricas tradicionales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I, APA 1952, DSM II, APA 1968, DSM III, APA 1980, DSM-III-R, APA 1987, DSM-IV, APA 1994, DSM-IV-TR, APA 2000, DSM-5, APA 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-

11, OMS 2019-2022). Este modelo surgió como reacción a las limitaciones detectadas en los sistemas de clasificación clásicos: a) asunciones no respaldadas por datos empíricos (Krueger et al., 2018); b) diagnósticos categóricos que presentan baja estabilidad en el tiempo (Bromet et al., 2011) y que incluyen síntomas que tienen poco en común (Hasler et al., 2004); c) tratamiento de los trastornos como condiciones independientes a pesar de la comorbilidad que se evidencia en la práctica clínica (Caspi et al., 2020); y d) presencia de pacientes que no cumplen los criterios para ser clasificados en alguno de los diagnósticos tradicionales (Kotov et al., 2021). A todos estos inconvenientes se unen los hechos de que las taxonomías categóricas delimitan arbitrariamente la frontera entre la psicopatología y la normalidad, de que existe evidente heterogeneidad sintomatológica dentro de los trastornos, y de la incapacidad que presentan para conceptualizar casos subclínicos (Kotov et al., 2017; Krueger et al., 2018).

Las dimensiones transdiagnósticas superan muchos de los problemas de las nosologías oficiales. En concreto, el enfoque HiTOP: a) define la psicopatología en términos de continuo que van desde la normativa a la desadaptativa; b) delinea la continuidad basada en la covariación observada entre signos, síntomas y síndromes; y c) organiza la continuidad en una jerarquía, que va desde la más reducida y específica (por ejemplo, grupos de síntomas) hasta la más amplia y general (por ejemplo, espectros de fenómenos diagnósticos interrelacionados) (Krueger et al., 2021). Al estar basado en un continuo dimensional de las diferencias individuales soluciona el problema de los umbrales arbitrarios y la inestabilidad diagnóstica. Además, con esta nueva clasificación, ningún paciente queda excluido del sistema, el enfoque dimensional incluye a las personas con síntomas subclínicos o atípicos (Krueger et al., 2021). Otros argumentos que se pueden presentar a favor de la nosología transdiagnóstica, son, según Eaton et al. (2023): a) la dimensionalidad (frente a una dicotomía presente/ausente) capta la estructura

de los datos del mundo real, en los que las muestras de individuos informan de niveles de psicopatología que generalmente varían ampliamente, por encima y por debajo de los umbrales diagnósticos tradicionales; b) los modelos transdiagnósticos adoptan explícitamente la comorbilidad mediante la modelización de estas relaciones entre las variables de salud mental; y c) la dimensionalidad supera la necesidad de umbrales de criterios diagnósticos, en gran medida arbitrarios.

Los síndromes incluidos en la taxonomía HiTOP son dimensionales y no se corresponden necesariamente con los trastornos tradicionales, pero, aunque los diagnósticos del DSM no forman parte del HiTOP, los síntomas que los constituyen sí están incluidos en el HiTOP (Balling et al., 2023; Kotov et al., 2017). El método que emplea para la clasificación se basa en estudios cuantitativos factoriales que agrupan variables (síntomas y/o síndromes) en factores y subfactores en función del patrón de sus interrelaciones. Los factores y subfactores HiTOP están sujetos a revisión en función de que se vaya disponiendo de nuevos datos empíricos. Dentro del Consorcio hay un Grupo de Trabajo de Revisiones encargado de garantizar su actualización, porque el HiTOP pretende ser un modelo vivo, en revisión continua (Kotov et al., 2017).

El modelo HiTOP organiza la psicopatología en una estructura jerárquica multinivel. Tal como se muestra en la Figura 3, en los niveles inferiores de esta jerarquía se estructuran los signos, componentes de los síntomas y rasgos desadaptativos, y estos elementos comunes se combinan en síndromes dimensionales, que a su vez se organizan en subfactores; los cúmulos más grandes forman los espectros, que a su vez se pueden combinar en superespectros (Eaton et al., 2023, Kotov et al., 2017, Watson et al., 2022). Los desarrolladores de esta taxonomía (Kotov et al., 2017) consideran las dimensiones de síntomas como continuos psicopatológicos que reflejan distintos grados de características desadaptativas que aparecen en la población. Los síntomas son considerados como

manifestaciones que se encuentran relacionadas, entendiendo los síndromes no como una categoría sino como una dimensión, mientras que los subfactores son grupos de síndromes estrechamente relacionados, y los espectros constelaciones más amplias, y los superespectros son dimensiones extremadamente más amplias compuestas por múltiples espectros, llegando a considerar un superespectro a un factor general de psicopatología que representaría el riesgo compartido por todos los trastornos mentales (DeYoung, 2023; Eaton et al., 2023; Kotov et al., 2017; Watson et al., 2022).

Las investigaciones (Kotov et al., 2017) revelaron consistentemente seis dimensiones/espectros principales: internalización, desapego, trastorno del pensamiento, externalización antagónica, externalización desinhibida y somatomorfe. Estas dimensiones se han observado a lo largo de cientos de estudios fenotípicos y proporcionan un marco útil para investigar los factores de riesgo, los biomarcadores, el pronóstico y los patrones de respuesta al tratamiento comunes entre las características psicopatológicas dentro de un espectro (Eaton et al., 2023).

El Trastorno Depresivo y el Trastorno Ansiedad del DSM-5 y la CIE-11, se ubicarían en el Espectro HiTOP internalizante, con una evidencia estructural y una validación fuerte (Krueger et al., 2018; Kotov et al., 2021). Dentro del espectro internalizante, el subfactor distress (angustia/malestar) incluye el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), la Distimia, el TAG, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno Límite de la Personalidad (Watson et al., 2022). Así, una única dimensión transdiagnóstica, como es la «internalización», puede incluir características de diferentes diagnósticos del mismo tipo, así como de diferentes grupos de trastornos (Eaton et al., 2023). La dimensión internalizante es la que explicaría la comorbilidad entre los trastornos depresivos, ansiosos (Eaton et al., 2023; Kotov, 2017). En el nivel más general,

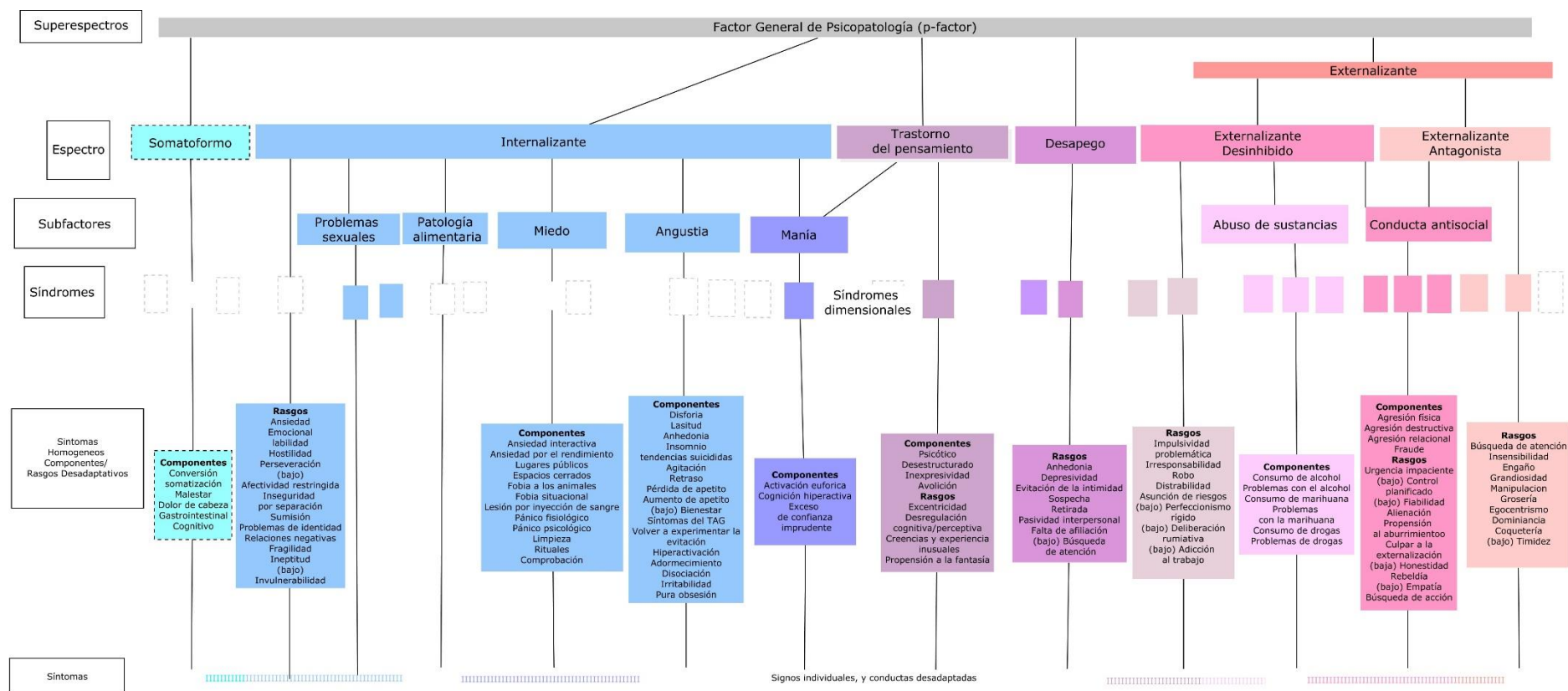
diversos fenómenos ansiosos y depresivos se entienden como aspectos de un dominio general de la psicopatología internalizante (Krueger et al., 2018).

Los abordajes dimensionales transdiagnósticos proponen renunciar a los diagnósticos categóricos y, en su lugar, delinear dimensionalmente los problemas de los pacientes con diferentes niveles de especificidad, desde las propensiones generales hasta las manifestaciones sintomáticas individuales (Eaton et al., 2023; Krueger et al., 2018; Watson et al., 2022).

Tal como indican Kotov et al. (2017), «A medida que avance la investigación, aprenderemos el valor de HiTOP no solo como nosología sino también como herramienta de investigación» (p. 103).

Figura 3

Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP. Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)



Nota. Elaboración propia. Basado en Conway et al. (2019), DeYoung et al. (2023) y Kotov et al. (2017). TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada.

2.3.3. Modelos de sistemas dinámicos

El enfoque actual para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos está siendo cuestionado por varias razones. Entre otras, la sintomatología que presentan las personas con problemas emocionales no suele encajar en un único grupo diagnóstico. Adicionalmente, los síntomas suelen modificarse a lo largo del periodo en el que se manifiestan estos problemas. De esta forma, existe un grupo de pacientes que nunca alcanzan la recuperación completa mientras que otros recobran su salud mental de forma espontánea (Healy, 2013; McGorry, 2013; Nelson et al., 2017; Scheffer et al., 2024). El modelo de sistemas dinámicos intenta superar este problema a partir de la idea de que los trastornos psicológicos son sistemas dinámicos complejos. La novedad de este nuevo paradigma, basado en la teoría de sistemas, radica en considerar que existen dos tipos de resiliencia: la del estado saludable y la del trastorno, separadas por una «zona inestable de incertidumbre». Así, los estados sanos y los trastornos funcionan como dos polos alternativos; la atracción hacia uno u otro es función de las retroalimentaciones propias de la persona que se refuerzan a sí mismas y que son la causa de que un determinado estado, sano o disfuncional, se mantenga más o menos en el tiempo.

Para, reducir la resiliencia de los estados propios de los trastornos se puede actuar sobre los dos tipos de fuerzas que menciona la teoría de sistemas. En primer lugar, están las condiciones externas que los provocan y en segundo lugar las retroalimentaciones que se refuerzan a sí mismas. Si estas últimas son débiles, el estado de salud puede variar levemente en función de las condiciones ambientales, pero si son fuertes los estados de salud y no salud, pueden convertirse en estados alternativos dependiendo de las condiciones externas que experimenta la persona. Esto enlaza con la importancia de la identificación temprana del riesgo de sufrir problemas emocionales y de los síntomas

subclínicos para la prevención de los trastornos y de sus posibles recurrencias (Nelson et al., 2017).

La salud mental se entiende, según este modelo, como un sistema dinámico complejo determinado por las retroalimentaciones entre el estado de ánimo y la conducta, y entre las creencias y las evidencias que las avalan o las contradicen. Las retroalimentaciones forman parte de redes de factores interrelacionados cuyo valor puede modificarse en el tiempo. Algunas de las relaciones causales que dan forma a la red son casi universales mientras que otras dependerán de las diferencias individuales en la fuerza de la resiliencia de las retroalimentaciones; esto hará que varíe el tipo de estado de salud mental al que el sistema se vea atraído. El objetivo es incrementar la fragilidad del estado de desorden emocional para que aumente la probabilidad de éxito de la intervención que se implemente (Scheffer et al., 2024).

El estudio de los problemas psicológicos como sistemas dinámicos se recoge en la denominada Teoría de Redes aplicada a la psicopatología, desarrollada por Borsboom (2008). Este autor sostiene que los trastornos mentales pueden verse como sistemas complejos, en los que determinados elementos o atributos (síntomas) interaccionan entre sí, posiblemente retroalimentándose los unos a los otros. El enfoque de redes considera que todo sistema complejo tiene unos elementos básicos (síntomas centrales) que, de alguna forma, mantienen relación entre sí y pueden afectar al desarrollo del resto de los síntomas. En el caso de los trastornos internalizantes, investigaciones recientes (Jurado-González et al., 2024; Malgaroli et al., 2021) muestran como síntomas propios de los trastornos de ansiedad y depresión como preocupación excesiva y estado de ánimo deprimido o la fatiga se han identificado como síntomas centrales sobre los que poder actuar con el fin de que el resto de los síntomas de estos trastornos disminuyan en cascada (Fried et al., 2017).

Estos resultados apoyan los beneficios del análisis de redes para sondear la heterogeneidad existente entre la relevancia de cada uno de los síntomas asociados a los trastornos internalizantes y para revelar los fundamentos etiológicos de estos.

2.3.4. Modelos fenomenológicos-contextuales

El modelo de terapias contextuales, llamadas en un primer momento «de tercera generación», incluye un conjunto de terapias psicológicas que aparecen en torno al año 1990 para solventar algunas de las limitaciones que presentaba la terapia cognitivo-conductual (TCC) como la asunción del modelo biomédico. Sus principios teóricos se asientan en el análisis funcional y en el modelo conductual, otorgando especial importancia a la conducta verbal; tienen en cuenta el proceso más que el contenido, dan mayor énfasis al entorno que a las cogniciones, y consideran determinantes las experiencias vividas en detrimento de la indagación de un futuro sin síntomas (Pérez-Álvarez, 2014). Son consideradas terapias transdiagnósticas (González-Menéndez, 2021).

Se trata de un enfoque Holístico-Contextual en el dilema Formismo-Mecanicismo (ciencia natural; positivismo) versus Organicismo-Contextualismo (ciencia humana; holista-contextual). La perspectiva científico natural positivista de los trastornos concibe estos como «averías» debidas a un mal funcionamiento mental, y de este modo la psicoterapia se entiende como una técnica de «reparación» de esos mecanismos disfuncionales; en cambio, el Modelo Contextual de la psicoterapia (Pérez-Álvarez, 2020) se centra: 1) en las relaciones; 2) en la práctica basada en las relaciones; 3) en el método abductivo e inductivo y cualitativo, 4) en la Teoría de la verdad como coherencia y relevancia práctica; y 5) en la descripción, explicación e identificación de fenómenos, lo que, desde esta perspectiva, lleva a considerar los trastornos como problemas de la vida que se ha vuelto del revés (traumas personales, adversidades, percepción de agobio,

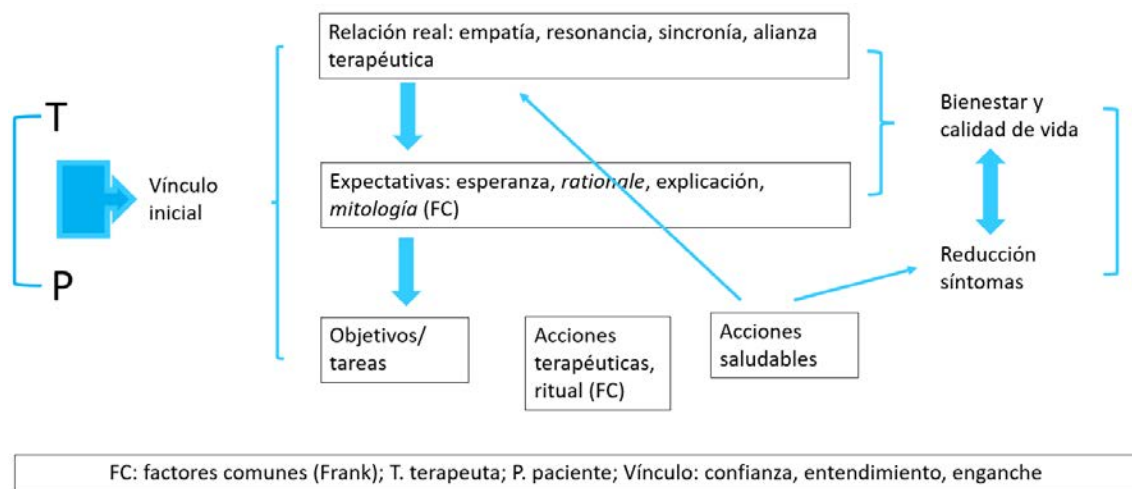
amenazas, conflictos familiares o laborales, crisis existenciales, decepciones en el transcurso de la vida, frustraciones, incertidumbres, pérdidas, sentido de la vida, soledad no deseada) y dan lugar a situaciones vitales dificultosas, un trastorno, en este contexto, es una situación vital que se ha enredado (Pérez-Álvarez, 2020). Partiendo de esta idea, el concepto de situación es una alternativa al de «avería» y enfermedad, y el tratamiento se entiende como «modo de trabajar ciertas materias para su transformación». Se debe hablar de la situación para comprender su esencia y buscar formas de encontrar soluciones. Así, los fenómenos psicológicos se interpretan como entidades interactivas o tipos prácticos que son influenciados por las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que tengan las personas, diferente de las entidades naturales de la medicina, fijas e inamovibles, indiferentes a las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tengan de ellas (Pérez-Álvarez, 2019).

El modelo contextual es un modelo meta-teórico que ofrece una alternativa al modelo médico tecnológico. Se basa en la relación y factores comunes que explican el funcionamiento de la psicoterapia en base a tres elementos imbricados en el vínculo inicial de confianza con el terapeuta: relación real, expectativas y acciones terapéuticas. La relación real incluye la alianza de trabajo consistente en el acuerdo sobre los objetivos, las tareas y la propia relación; se preconiza que la relación influye sobre todo en el bienestar general y de ahí en el alivio de los síntomas, por lo que esta debe ser abierta y honesta. Con las expectativas se hace referencia a la «*rationale*» o explicación de cómo la terapia entiende el problema y va a proceder basándose en la su credibilidad, verosimilitud y aceptación. Las acciones terapéuticas en el modelo contextual no suponen un déficit a remediar, sino que se va a hacer algo que puede ser saludable; la idea es que estas acciones pueden contribuir de una u otra manera al desenredamiento y salida de la situación que propician los trastornos (Pérez-Álvarez, 2020).

La Figura 4, tomada con pequeñas variaciones de Wampold e Imel (2015, p. 54), resume el modelo contextual (Pérez-Álvarez, 2019).

Figura 4

Modelo Contextual del Funcionamiento de la Psicoterapia



Nota. Extraída de Pérez-Álvarez (2019).

Para finalizar, cabe indicar que este modelo requiere aún de una visión conjunta fenomenológica, existencial y contextual de la psicopatología y la psicoterapia. En cuanto a la psicopatología, un modelo de raíz contextual prepondera el significado individual del sufrimiento y evita la confusión entre niveles de explicación neurológicos por encima de los psicológicos y, respecto de la psicoterapia, un modelo contextual defiende que la persona que sufre ha de ser primero comprendida y validada antes de ser ayudada. La psicoterapia debe ser un sistema interactivo y relacional que emplea la validación, la empatía, el juego y el lenguaje para reconstruir en las personas un nuevo sentido de lo que es posible en sus vidas (González-Menéndez, 2021).

2.3.5. Modelo dual-factorial

El modelo dual-factorial de salud mental surge como una alternativa al modelo bipolar que afirmaba que la salud y la enfermedad mental reflejaban extremos opuestos

del mismo continuo en el que cada persona se podía situar acercándose más o menos a cada uno de los polos (Suldo y Shaffer, 2008). Así, en el modelo dual-factorial la enfermedad y la salud mental positiva reflejan distintos continuos y se consideran constructos relacionados pero diferentes según los que las personas pueden experimentar altos niveles de salud mental positiva incluso con el diagnóstico de una enfermedad mental (Keyes, 2005).

Herron y Trent (2000) concluyeron que este modelo tenía las siguientes implicaciones fundamentales:

- Permitía describir un concepto (salud o trastorno mentales) que es independiente de otros conceptos, y por lo tanto puede ser probado y medido de forma independiente.
- Consideraba que una persona podía estar mentalmente sano y enfermo al mismo tiempo, y por lo tanto facilitaba la creación de perfiles que eran imposibles bajo los modelos bipolares.
- Proporcionaba nuevas vías para el diseño de sistemas proactivos en lugar de reactivos en la promoción de la salud mental.

A pesar de estas implicaciones aparentemente significativas para el sistema de salud mental, la validez del modelo dual-continuo ha sido cuestionada en distintos estudios. Por ejemplo, Huppert (2014) argumentó que, si bien era posible experimentar periódicamente la aparición de algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia o el trastorno de la personalidad, es difícil imaginar que un individuo con depresión o ansiedad severa sea capaz de llevar una vida en óptimas condiciones.

Sin embargo, la revisión de 83 estudios elaborada por Iasiello et al. (2020) apoyó la existencia del modelo dual-factorial. Los análisis factoriales confirmatorios empleados

encontraron de forma consistente que los datos que analizaban se ajustaban mejor al modelo de «dos factores oblicuos», lo que indicaba que la enfermedad y la salud mental positiva eran dos dimensiones diferentes pero relacionadas.

El modelo dual-factorial posibilita la evaluación de la salud mental positiva, la prevención de problemas psicológicos y la aplicación de intervenciones para mejorar la salud mental positiva de las personas (Iasiello et al., 2020).

En suma, los problemas de regulación emocional como la depresión y la ansiedad presentan una elevada prevalencia en la etapa adolescente y sus consecuencias se perciben a nivel personal, familiar, escolar y social. A menudo coexisten por lo que se hace necesario recurrir a nuevos modelos teóricos que tengan en cuenta esta circunstancia y que permitan diseñar intervenciones que atiendan tanto al número de síntomas que experimentan los y las adolescentes como a su intensidad. La identificación de estos síntomas se deberá llevar a cabo mediante instrumentos de evaluación que ofrezcan puntuaciones precisas y que presenten evidencias de validez

Capítulo 3. Evaluación de la dimensión internalizante

La evaluación fiable y válida de los síntomas de la depresión y la ansiedad ha sido una de las preocupaciones en la que se ha centrado la psicología, con especial atención en el diagnóstico de estos problemas durante la infancia y la adolescencia. A pesar de que se han desarrollado y validado numerosos instrumentos diagnósticos, principalmente para edad adulta, aun es difícil encontrar herramientas que permitan el cribado en la etapa adolescente (Bernaras et al., 2019; Piqueras et al., 2021). Nótese, que sin una evaluación apropiada no sería posible realizar un diagnóstico preciso ni podría llevarse a cabo una intervención o evaluar su eficacia, efectividad y eficiencia. Si el proceso de evaluación se realiza de forma deficiente, es posible que tanto el diagnóstico como la intervención sean también erróneos (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Para la evaluación de los problemas internalizantes, como la ansiedad y la depresión, se pueden emplear distintos instrumentos de medida basados en la técnica de la observación, las entrevistas, o los test psicométricos de lápiz y papel (p. ej., escalas, cuestionarios). La revisión de la literatura efectuada postula a las escalas tipo test, utilizadas en su formato de autoinforme, como el instrumento más eficaz ya que permiten recabar información en muestras amplias en periodos breves sobre la frecuencia de las conductas analizadas, medir dimensiones difícilmente observables mediante otras técnicas y analizar cuantitativamente los datos obtenidos. Los autoinformes, presentan la ventaja de que son técnicas de fácil administración, interpretación y pueden repetirse en múltiples ocasiones para observar cómo evoluciona el fenómeno estudiado (DeVellis, 2016; Lemos-Giráldez, 2016; Muñiz, 2010; Nunnally y Berstein, 1994).

El éxito de los programas de intervención o de prevención de los problemas internalizantes requiere desarrollar y validar instrumentos de cribado efectivos que consideren el contexto en el que se produce, que abarquen todas las dimensiones del fenómeno medido, que evalúen la frecuencia/intensidad de ocurrencia de la sintomatología depresiva y ansiosa y que sean breves y comprensibles por las personas (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Un test es una muestra de conducta obtenida por medio de las respuestas que da un grupo de personas a un conjunto de preguntas, con la finalidad de estimar sus puntuaciones en ciertos constructos (Ferrando et al., 2022). Estos constructos constituyen dimensiones que pueden ser configuradas estadísticamente como factores (Eysenck, 1952). Cuando los ítems que integran el test son indicadores pertinentes de estos factores, las puntuaciones que se obtengan mostrarán el nivel de las personas en el factor. Los test elaborados en un determinado contexto requieren de una adaptación si se desean administrar en condiciones diferentes (Balluerka et al., 2007; Hernández et al., 2020; Muñiz et al., 2013). La adaptación de un test es un proceso estructurado en etapas (Muñiz et al., 2013; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Una vez que se comprueba que el constructo medido es relevante y que el enunciado de los ítems es comprensible en la población a la que va dirigido, es necesario recoger datos en muestras representativas de la nueva población y analizar las puntuaciones obtenidas en los ítems con el objetivo de obtener evidencias sobre la validez y la fiabilidad de estas.

3.1. Instrumentos de medición

La evaluación de los problemas internalizantes, como la ansiedad y la depresión en contextos educativos, permite mejorar la identificación temprana y fiable de su sintomatología tanto a nivel subumbral como clínico, más todavía si se tiene en cuenta que los menores que la experimentan apenas buscan ayuda profesional y la falta de

protocolos estandarizados de medida o su moderada estabilidad temporal (Canals-Sans et al., 2019; Piqueras et al., 2021). Para el cribado de los problemas internalizantes es imprescindible contar con instrumentos cuyas puntuaciones posean adecuadas propiedades psicométricas que conduzcan a la toma de decisiones sólidas y fundamentadas en los datos obtenidos. En la actualidad se dispone de una amplia gama de instrumentos para evaluar los problemas emocionales en población adolescente (Bernaras et al., 2019; Creswell et al., 2020). A continuación, en la Tabla 2, se muestran algunos de los autoinformes que evalúan la sintomatología depresiva y/o ansiosa en población infanto-juvenil.

Tabla 2

Instrumentos para Evaluar la Ansiedad y la Depresión en la Adolescencia

Instrumento	Edad de los destinatarios	Número de ítems	Dimensiones e indicadores	Principales propiedades psicométricas
<i>Depresión</i>				
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996)	A partir de 13 años	21	Sintomatología depresiva.	Alfa de Cronbach 0,89. Evidencias de validez de estructura interna.
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC) (Spielberger, 1973)	9-15 años	40	Ansiedad estado. Ansiedad rasgo.	KR-20 de 0,91 para ansiedad estado y de 0,87 para ansiedad rasgo. Evidencias de validez de constructo.
Escala de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 1978)	8-16 años	66	Total dimensión Depresiva: Respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios. Total dimensión Positiva: Ánimo-alegría y positivos varios.	Consistencia interna entre 0,89 y 0,95. Evidencias de validez de relación entre variables.
Escala de Depresión del Centro para Estudios	6-17 años	20	Sintomatología depresiva.	Alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,87.

Instrumento	Edad de los destinatarios	Número de ítems	Dimensiones e indicadores	Principales propiedades psicométricas
Epidemiológicos para niños (CES-DC) (Radloff, 1991)			Depresión emocional, felicidad, síntomas somáticos, relaciones interpersonales.	
Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992)	7-15 años	27	Depresión.	Alfa de Cronbach 0,80. Evidencias de validez de estructura interna.
Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Spielberger, 1999)	Adolescentes, jóvenes y adultos	20	Depresión estado. Depresión rasgo.	Alfa de Cronbach entre 0,66 y 0,93. Evidencias de validez de estructura interna.
<i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001)	Adolescentes y adultos	9	Sintomatología depresiva.	Omega de MacDonald entre 0,82 y 0,87. Evidencias de validez de constructo.
Escala de Depresión de Reynolds-2 (Reynolds, 2002)	14-17 años	30	Sintomatología depresiva. Disforia, anhedonia, autoevaluación negative, somatización.	Medias de correlaciones entre ítems 0,38. Evidencias de validez de estructura interna.

Instrumento	Edad de los destinatarios	Número de ítems	Dimensiones e indicadores	Principales propiedades psicométricas
<i>Ansiedad</i>				
Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC) (March et al., 1997)	8-19 años	39	Ansiedad fisiológica, preocupaciones, ansiedad social, defensividad.	Alfa de Cronbach entre 0,73 y 0,95. Evidencias de validez de estructura interna.
Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) (Birmaher et al., 1997)	8-12 años	41	Trastorno de ansiedad. Trastorno de pánico, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, ansiedad social, ansiedad escolar.	Alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,93. Evidencias de validez discriminante.
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1997)	8-17 años	44	Sintomatología ansiosa.	Alfa de Cronbach, media 0,92. Evidencias de validez de estructura interna.
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002)	Jóvenes y adultos	224	Ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones cotidianas.	Alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,99. Evidencias de validez de estructura interna.
Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7)	Jóvenes y adultos	7	Trastorno de ansiedad generalizada.	Omega de MacDonald 0,87. Evidencias de validez de constructo.

Instrumento	Edad de los destinatarios	Número de ítems	Dimensiones e indicadores	Principales propiedades psicométricas
(Spitzer et al., 2006)				
<i>The Youth Anxiety Measure for DSM-5</i> (YAM-5) (Muris et al., 2017)	8-18 años	28	Síntomas de trastornos de ansiedad mayor. Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, ansiedad social, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada.	Alfa de Cronbach entre 0,92 y 0,93. Evidencias de validez de estructura interna.
Depresión y ansiedad				
<i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) (Achenbach, 1991)	6-18 años	113	Ansioso/deprimido, retraído/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento que rompe las reglas y comportamiento agresivo.	Evidencias de validez de estructura interna.
<i>Revised Child Anxiety and Depression Scale</i> (RCADS) (Chorpita et al., 2000)	8-18 años	47	Trastornos de ansiedad y depresión. Ansiedad generalizada y depresión mayor.	Alfa de Cronbach entre 0,61 y 0,83. Evidencias de validez de estructura interna.
<i>Mood and Feelings Questionnaire</i> (MFQ) (Daviss et al., 2006)	6-19 años	33	Sintomatología depresiva y ansiosa.	Alfa de Cronbach entre 0,91 y 0,95. Evidencias de validez de relación entre variables.

Instrumento	Edad de los destinatarios	Número de ítems	Dimensiones e indicadores	Principales propiedades psicométricas
Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) (Lozano-González et al., 2006)	A partir de los 7 años	49	Síntomas de ansiedad y depresión. Irritabilidad, inutilidad, síntomas psicofisiológicos y problemas de pensamiento.	Alfa de Cronbach entre 0,90 y 0,96. Evidencias de validez de estructura interna.
Escala Detecta Web-Malestar (García-Olcina et al., 2014)	8-18 años	30	Trastornos de ansiedad y depresión. Trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con/sin agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos depresivos unipolares, depresión mayor y distimia, así como conductas suicidas.	Omega de MacDonald entre 0,59 y 0,87. Validez convergente y divergente.
<i>Multidimensional Emotional Disorders Inventory</i> (MEDDI) (Rosellini y Brown, 2019)	A partir de los 10 años	49	Dimensiones transdiagnósticas de los trastornos emocionales. Temperamento neurótico, temperamento positivo, estado de ánimo deprimido, excitación autonómica, ansiedad somática, ansiedad social, cogniciones intrusivas, reexperimentación traumática, evitación.	Fiabilidad (enfoque de Raykov, 2001), 0,68 – 0,93. Evidencias de validez de estructura interna y validez concurrente.

El *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7), son dos pruebas de medición ampliamente empleadas cuyas puntuaciones han mostrado propiedades psicométricas satisfactorias en diferentes administraciones (Arroll et al., 2010; Kroenke, 2021; Löwe et al., 2008; Mossman et al., 2017; Spitzer et al., 2006). El PHQ-9, desarrollado por Kroenke et al. (2001), es útil como un instrumento de autoinforme para la evaluación de los síntomas depresivos. Por otro lado, el GAD-7 (Spitzer et al., 2006), está diseñado para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada. Sus puntuaciones han mostrado evidencias de validez y fiabilidad tanto en población adulta como adolescente, incluyendo muestras clínicas y subclínicas (Kiviruusu et al., 2023; Mossman et al., 2017). En el contexto español, Fonseca-Pedrero et al. (2023b) y Casares et al. (2024b) han validado respectivamente el PHQ-9 y el GAD-7 en una amplia muestra de adolescentes. Además, se ha desarrollado una versión abreviada de ambas medidas para evaluar la depresión y la ansiedad en contextos educativos (Casares et al., 2024a). En la Tabla 3 se recogen los principales estudios que han analizado las propiedades psicométricas de las puntuaciones del PHQ-9 y el GAD-7 y de sus distintas versiones en adolescentes.

Tabla 3

Estudios que Administran el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) en Adolescentes

Estudio (Autor)	País	Muestra	Propiedades psicométricas
<i>Depressive symptomatology among Norwegian adolescent boys and girls: The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) psychometric properties and correlates.</i> (Burdzovic-Andreas y Brunborg, 2017)	Noruega	Adolescentes N= 846 12-16 años 54% mujeres	PHQ-9 Evidencias de validez de estructura interna y de relación con variables externas
<i>Measurement invariances of the PHQ-9 across gender and age groups in Chinese adolescents</i> (Leung et al., 2020)	China	Adolescentes N= 10933 11-17 años 55% mujeres	PHQ-9 Alfa de Cronbach > 0.84 Evidencias de validez de estructura interna.
<i>Validation of Generalized Anxiety Disorder 6 (GAD-6)—A modified structure of screening for anxiety in the adolescent French population</i> (Todorović et al., 2023)	Francia	Adolescentes N= 284 11-18 años 55.3% mujeres	GAD-6 Alfa de Cronbach 0.85 Evidencias de validez de estructura interna y convergente
<i>The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation</i> (Mossman et al., 2017)	EEUU	Adolescentes N=1255 (Atención Primaria) 12-17 años 77.5% mujeres	GAD-7 Análisis de sensibilidad y especificidad Evidencias de validez de relación con variables externas

Estudio (Autor)	País	Muestra	Propiedades psicométricas
<p><i>Generalized anxiety disorder in Berlin school children after the third COVID-19 wave in Germany: A cohort study between June and September 2021</i> (Theuring, 2023)</p>	Alemania	<p>N=551 Adolescentes 10-14 años 51% mujeres</p>	<p>GAD-7 Odds ratio</p>
<p><i>Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021—Trend and the impact of COVID-19</i> (Kiviruusu et al., 2023)</p>	Finlandia	<p>N= 754128 Adolescentes 14-18 años 51% mujeres</p>	<p>GAD-7 Odds ratio</p>
<p><i>Detecting Depression and Anxiety Among Adolescents in South Africa: Validity of the isiXhosa Patient Health Questionnaire-9 and Generalized Anxiety Disorder-7</i> (Marlow et al., 2023)</p>	Sudáfrica	<p>N= 302 Adolescentes 10-18 años 56.9% mujeres</p>	<p>PHQ-9 y GAD-7 Odds ratio Análisis de sensibilidad y especificidad</p>

3.2. Otros métodos de evaluación

El profesional de la psicología puede utilizar diferentes métodos y procedimientos para la recolección de muestras de comportamiento. Como no puede ser de otro modo, las psicólogas y los psicólogos pueden recurrir a diversas herramientas para evaluar las dimensiones de la personalidad y los trastornos asociados. Estas fuentes incluyen test e inventarios tipo autoinforme, escalas de valoración y listas de comprobación clínicas, entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas, técnicas proyectivas y datos de informantes. Los datos que se recogen de la administración de cuestionarios aportan la ventaja del cribado económico de la sintomatología depresiva y ansiosa (Creswell et al., 2020). A pesar de que el análisis estadístico de los datos permite analizar la fiabilidad y obtener evidencias de la validez de las puntuaciones, se pueden complementar con otros métodos de evaluación.

Para alcanzar un conocimiento más completo y ajustado a la realidad del fenómeno estudiado se puede recurrir procedimientos de evaluación como la entrevista psicológica, evaluación ambulatoria, la observación sistemática, los test de asociación implícita o la evaluación neurocognitiva.

3.2.1. Entrevista psicológica

Una de las herramientas fundamentales para llevar a cabo un diagnóstico de trastornos internalizantes en adolescentes es la entrevista psicológica (Maslow et al., 2015). Esta permite recoger datos como la historia personal y familiar, los síntomas del problema y su severidad, y la posible comorbilidad con otras dificultades de carácter internalizante.

La evaluación a través de la entrevista clínica brinda una oportunidad de oro para hacer devoluciones funcionales de la conducta, regular las emociones y ponderar

alternativas, mejorando los procesos de tratamiento. Hasta la fecha la colaboración con el paciente no ha sido un aspecto central de la evaluación psicológica, salvo para facilitar la compilación de información más o menos precisa y estructurada. No obstante, aquí se entiende la entrevista como parte activa del proceso terapéutico o toma de decisiones.

3.2.2. Evaluación ambulatoria

La evaluación ambulatoria es un procedimiento sistemático y estructurado que permite analizar el comportamiento de las personas en su entorno natural en tiempo real. Para ello se emplean dispositivos digitales como tabletas o teléfonos inteligentes (Fonseca-Pedrero et al., 2022). Este método de recogida de datos incrementa la capacidad de generalización de los resultados y evita los sesgos propios de las evaluaciones retrospectivas. Además, permite estudiar los procesos internos, obtener patrones de variación temporales, evaluar el efecto del contexto y proporcionar retroalimentación a la persona en tiempo real (Elosua et al., 2023). Este procedimiento ha mostrado su utilidad en áreas como la ansiedad y la depresión (Hall et al., 2021).

Este método incluye la evaluación ecológica momentánea (*Ecological Momentary Assessment*, EMA). La EMA analiza la asociación entre las experiencias, comportamientos y emociones individuales en un momento y en un contexto dados (Shiffman et al., 2008). Los estudios que emplean la EMA se basan en autoinformes retrospectivos globales recopilados en investigaciones o visitas clínicas. La metodología EMA implica un muestreo repetido de los comportamientos y experiencias de las personas entrevistadas en tiempo real, en los entornos naturales de los sujetos. Su objetivo es minimizar el sesgo de recuerdo, maximizar la validez ecológica y permitir el estudio de microprocesos que influyen en el comportamiento en contextos del mundo real. Los estudios de la EMA evalúan eventos particulares en la vida de las personas o evalúan su

conducta a intervalos periódicos, a menudo mediante muestreos de tiempo aleatorios, utilizando tecnologías que van desde diarios escritos y llamadas telefónicas hasta diarios electrónicos y sensores fisiológicos. Con la EMA se pretende avanzar en la ciencia y la práctica de la Psicología clínica al arrojar luz sobre la dinámica del comportamiento en entornos del mundo real. Sus principales limitaciones son el sesgo de recuerdo y no resultar adecuados para abordar cómo el comportamiento cambia con el tiempo y en diferentes contextos.

3.2.3. Observación sistemática

La observación es un método directo de recogida de información a través de los sentidos. En el ámbito educativo se emplea para recabar datos sobre el comportamiento de los agentes involucrados en cualquier acto educativo o sobre las características del entorno en el que tiene lugar.

Pero, la observación que se produce cotidianamente no cuenta con una estructura formal o sistemática. Para que la observación se considere sistemática necesita contar con una planificación y ser un proceso consciente con el fin de que posea un carácter formal.

Las técnicas de observación sistemática están formadas por un conjunto de medios para optimizar la objetividad y la sistematización del proceso. Según sea el aspecto que se ha de observar, el fin o las condiciones en las que se realiza la observación, se ofrece una amplia gama de técnicas que permiten analizar el objeto de estudio. De cualquier forma, la observación ha de ser objetiva, adecuada, clara, mensurable y comparable.

A pesar de tratarse de un método de recogida de datos no estandarizado, si la observación cumple una serie de condiciones, puede incluirse dentro de la metodología científica (Anguera, 2014):

- Servir al objetivo planteado en la investigación.

- Estar sistemáticamente planificada. Toda la recogida de datos ha de seguir un plan estructurado. Se tendrá en cuenta quién anota los datos, qué datos son relevantes, en qué situación se va a observar, etcétera.
- Procurar la precisión del registro. Se recurrirá a observadores formados y a plantillas de registro convenientemente estructuradas, con pautas claras de anotación.
- Utilizar métodos de análisis de datos adecuados en función de los datos obtenidos y de los objetivos planteados. Los análisis que se lleven a cabo han de ser coherentes metodológicamente con los datos obtenidos.

3.2.4. Test de asociación implícita

Los test comúnmente utilizados en el ámbito de la Psicología suelen ser medidas autoinformadas dependientes de los procesos cognitivos explícitos, y generalmente controlados, que se ponen en marcha cuando los responde una persona (Kurdi, 2019). Esto implica que las respuestas que obtiene la persona que evalúa pueden estar manipuladas de forma consciente o inconsciente (Gómez-Baya y Muñiz-Velázquez, 2021). Además, pueden aparecer sesgos causados por el efecto de la deseabilidad social (Di Noia et al., 2016; Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2004; Visschers et al., 2017).

Para intentar solventar estos problemas se pueden elaborar o aplicar Test de Asociación Implícita (*Implicit Association Test*, IAT). Un IAT es una prueba que se emplea generalmente para detectar asociaciones entre conceptos (Greenwald et al., 1998). Los ítems se construyen a partir de palabras o imágenes relacionadas con el indicador a evaluar. Las puntuaciones de los participantes pueden calcularse teniendo en cuenta los tiempos de reacción a la hora de emitir la respuesta (presionar un botón, por ejemplo). La

asociación entre el concepto y el atributo que comparte una pregunta se infiere que es más fuerte cuanto más rápido se responde.

No obstante, existe controversia sobre lo que realmente evalúan estos test (Rohner y Ewers, 2016), y con los límites fisiológicos, de percepción y psicomotores, habida cuenta de que en estas pruebas se requieren respuestas psicológicas y también motoras (Gómez-Baya y Muñiz-Velázquez, 2021).

3.2.5. Evaluación neurocognitiva

La evaluación neurocognitiva se puede definir como el proceso de valoración del estado cognitivo, conductual y emocional y su relación con la independencia funcional y la calidad de vida del paciente y del núcleo familiar. Hace referencia a una evaluación global que aúna resultados en test psicométricos con la historia clínica, sintomatología, observaciones del comportamiento, estado físico y emocional y situación familiar de la persona, con el objetivo de interpretar cuáles son las causas del patrón de rendimiento cognitivo de una persona (Bauer et al., 2012).

Para realizar una correcta valoración neuropsicológica es necesario llevar a cabo tanto evaluaciones cuantitativas mediante test estandarizados como cualitativas que permitan observar procesos de ejecución y conducta.

Algunos de los criterios para la selección de las pruebas pueden ser (Lezak, 2012):

1. El objetivo de la evaluación.
2. La fiabilidad, la validez y la sensibilidad para detectar el constructo analizado de las puntuaciones de los test en estudios previos.
3. Si disponen de formas paralelas para estudios en los que es necesario repetir la medición.
4. El tiempo de administración.

El posible diagnóstico final integrará todos los datos recogidos con el fin de que la futura intervención se ajuste a las características y necesidades de la persona evaluada.

3.3. Evaluación psicológica basada en la evidencia: consideraciones psicométricas

El profesional de la psicología debe utilizar, de acuerdo con su código deontológico y legislación vigente, un acercamiento que se encuentre respaldado por las mejores pruebas disponibles, así como la utilización de las diferentes guías de práctica clínica o recomendaciones de asociaciones de reconocido prestigio (p. ej., *International Test Commission, NICE, APA, British Psychological Society*) en la evaluación psicológica basada en la evidencia (Fonseca-Pedrero, 2021a y 2021c). El principio rector, de acuerdo con la práctica de la psicología basada en la evidencia (*Evidence-Based Practice in Psychology*) (American Psychological Association, 2006), sería la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias de la persona. Las actitudes respecto a las cualidades psicométricas de estas herramientas, su utilidad y sus ventajas frente al juicio clínico son variables importantes en el uso de herramientas estandarizadas de evaluación.

Las entrevistas, escalas y test de lápiz y papel son las principales herramientas que utiliza el profesional de la psicología para evaluar y tomar decisiones informadas (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). La utilización del autoinforme o la entrevista clínica implica beneficios y limitaciones, por lo que el profesional deberá ponderar adecuadamente los métodos que desea utilizar. A partir de ellos se toman decisiones importantes para la vida de las personas y sus familiares (denominada validez consecucional). Por ende, se deben seleccionar aquellos instrumentos de medida que se encuentren debidamente validados y de los que se disponga información sobre sus características psicométricas en la población

que es objeto de estudio, a saber: fiabilidad, evidencias de validez y baremación (Muñiz, 2010).

En cualquier proceso de medición hay dos cuestiones fundamentales que son exigibles en psicología (Prieto y Delgado, 2010): minimizar los errores de medida, y que lo medido se corresponda con lo que se pretende medir, es decir, que las mediciones sean fiables y válidas. La fiabilidad se refiere a la consistencia y estabilidad de las puntuaciones en el proceso de medición. La precisión con las puntuaciones se refiere a la calidad del dato. Esta definición de fiabilidad implica la existencia de un error de medición. Además, conviene recordar que un test no es fiable, lo que es fiable son sus puntuaciones. La fiabilidad de las puntuaciones se puede estimar a partir de varios indicadores como son la consistencia interna, test-retest y formas paralelas. También se puede recoger información sobre la fiabilidad inter-jueces. Ningún sistema de evaluación es perfecto, conlleva errores. Y los mejores errores son los que no se cometen, así que hay que poner todos los medios para minimizarlos.

La validez se refiere al grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones de los test relacionadas con un uso específico (Sireci y Benítez, 2023). La validación es un proceso de acumulación de pruebas para apoyar la interpretación y el uso de las puntuaciones. La validación vendría a ser como cualquier otra hipótesis o modelo científico, para cuya comprobación hay que aportar pruebas empíricas, cuantas más, mejor. La validación será un proceso continuo de acumulación de evidencias, y en ese sentido bien puede decirse que la validación nunca se da por terminada; nuevas evidencias siempre serán bienvenidas. De nuevo, un test no es válido, lo que sugiere validez son las inferencias que se toman a partir de sus puntuaciones. Nótese que lo que puede ser válido para un grupo determinado de personas o población tal vez no lo sea para otra, y lo que pueda ser válido en un contexto de evaluación no tiene

por qué serlo en otro diferente. El campo de la validez ha sufrido grandes transformaciones en los últimos años. Actualmente, se dispone de una nueva clasificación propuesta en los *Standards for educational and psychological testing* (American Educational Research Association et al., 2014) donde se habla de cinco tipos de «evidencias de validez», a saber: contenido, procesos de respuesta, estructura interna, relaciones con otras variables externas y consecencial. Estas cinco son habituales, pero no las únicas posibles (se podría mencionar la *face validity* o validez aparente). Algunos podrían pensar, de forma un tanto ingenua, que, si las puntuaciones del test reúnen las características psicométricas adecuadas, tales como la fiabilidad y la validez, la calidad de las evaluaciones queda garantizada. Esto no es así, pues eso solo es el primer paso, necesario, pero no suficiente. Además, hay que asegurarse de que el instrumento de medida se usa de forma adecuada, para lo cual es imprescindible que los profesionales tengan la formación pertinente.

Igualmente, es importante que los baremos y la interpretación de las puntuaciones estén disponibles para la población que es objeto de estudio dentro un contexto determinado. Las puntuaciones directas en sí mismas carecen de significado, sólo se pueden interpretar atendiendo a sus «normas». Dichas puntuaciones han de transformarse en otras, como los percentiles, las puntuaciones T, las puntuaciones típicas, etc., que permitan las comparaciones con el grupo normativo. Interpretar la puntuación de un test correctamente es básico para tomar decisiones informadas y, para ello, es necesario recoger información del test en grupo representativo de la población con el que hay que establecer las comparaciones pertinentes.

Además de considerar las características psicométricas, los instrumentos de evaluación tienen que ser utilizados de forma adecuada, siguiendo el código deontológico y las directrices internacionales referentes al uso, seguridad y control de calidad de los

test (Muñiz et al., 2015). Esto implica que el profesional de la psicología tiene que hacer un buen uso, que no abuso, de las herramientas de medición. Los instrumentos de medida tienen que ser de fácil administración, corrección e interpretación, así como ser breves, sencillos y comprensibles por la persona y por sus familiares si fuese el caso. Hay que cerciorarse de que la persona comprenda las instrucciones y al mismo tiempo se tiene que encontrar cómoda y motivada durante el proceso de evaluación. Para tomar una decisión más acertada sobre la calidad de las herramientas de medición, se dispone de un modelo de evaluación de test (Hernández et al., 2016) (véase Tabla 4). Este modelo es una guía que permite analizar la calidad del instrumento de evaluación en función de determinadas características. Dicho modelo se articula a través del Cuestionario para la Evaluación de los Test-Revisado (Hernández et al., 2016).

Tabla 4

Ficha Resumen del Cuestionario para la Evaluación de los Test Edición Revisada (CET-R)

Características	Valoración	Puntuación
Materiales y documentación		
Fundamentación teórica		
Adaptación		
Análisis de los ítems		
Validez: contenido		
Validez: relación con otras variables		
Validez: estructura interna		
Validez: análisis del funcionamiento diferencial de los ítems		
Fiabilidad: equivalencia		

Fiabilidad: consistencia interna		
Fiabilidad: estabilidad		
Fiabilidad: Teoría Respuesta a los Ítems		
Fiabilidad: inter-jueces		
Baremos e interpretación de puntuaciones		

Nota. Tomado de Hernández et al. (2016).

La comprensión, evaluación y abordaje de los problemas de salud mental es un rompecabezas que no tienen una fácil solución. En la última década los acontecimientos en el campo de la psicología han acaecido de forma vertiginosa, existiendo luces y sombras. En esencia, las nuevas aproximaciones reclaman dejar atrás el enfoque biomédico, cerebro-centrista, paternalista y basado en síntomas, para dar paso a enfoque radicalmente psicológico, focalizado en la persona (ser-en-el-mundo) y sus capacidades, basado en los procesos de cambio y en un enfoque colaborativo donde se ofrezca la posibilidad de hablar detalladamente de las experiencias y dar sentido a la biografía (Al-Halabi et al., 2023; Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2023). Ello quiere decir que dichas experiencias, lejos de ser vistas como signos o síntomas patognómicos de una supuesta (y mal denominada) «enfermedad» mental, se deben comprender como formas de responder y afrontar las diferentes vicisitudes de la vida (Pérez-Álvarez, 2021). Tales fenómenos son radicalmente psicológicos, ya que únicamente se puede comprender su verdadero significado considerando a la persona que los vivencia subjetivamente en función de su contexto biográfico y socio-cultural determinado (Pérez-Álvarez, 2018a). No cabe duda de que los determinantes sociales tienen un rol importante en la prevención de la aparición de problemas de salud mental y en la promoción del bienestar psicológico (Kirkbride et al., 2024).

Capítulo 4. Justificación

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2018), en concreto el ODS 3 «garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades» y el ODS 4 «garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos», fomentan planes de actuación basados en la importancia de la salud mental y de la educación durante la niñez y la adolescencia. En particular, el indicador 3.4 tiene por objetivo reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

Las dificultades en el ajuste psicológico de los y las menores no sólo constituyen un problema sanitario, sino también educativo y social. Los trastornos de ansiedad y depresión se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los y las adolescentes (OMS, 2021a) y suponen un enorme coste económico, subestimado incluso como señalan algunos estudios (Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Desde que se publicaron los resultados del primer estudio *Global Burden of Disease* (GBD) a principios de la década de 1990, han ido aumentando las evidencias de que gran parte de las enfermedades que sufren las personas están relacionadas con la salud mental. A nivel mundial, en 2019, 293 millones de 2516 millones de personas con edades entre los 5 y los 24 años, tenían al menos un trastorno mental, con una prevalencia media del 11,63% (Kieling et al., 2024). Por otro lado, la prevalencia mundial en la población infantil y adolescente de trastornos de ansiedad es del 3,35 %, mientras que para los trastornos de tipo depresivo es del 1.84 % (Kieling et al., 2024). El inicio típico de estos trastornos se

sitúa entre los 12 y los 25 años (Uhlhaas et al., 2023), siendo la edad máxima de aparición de los trastornos mentales los 14,5 años (Solmi et al., 2022). A estos datos de prevalencia, habría que añadir, por un lado, los síntomas subclínicos de naturaleza internalizante y, por otro la ansiedad y la depresión, fenómenos comórbidos tanto a nivel clínico como subclínico, esto es, los y las adolescentes que manifiestan problemas de ansiedad también tienen mayor riesgo de presentar problemas del estado de ánimo y viceversa.

Durante la niñez y la adolescencia, el impacto en la salud de los trastornos mentales incluye un aumento de conductas de riesgo para la salud (por ejemplo, autolesiones y consumo de tabaco, alcohol y drogas) y una mayor tasa de mortalidad y conducta suicida. También se asocian a un decremento en el rendimiento escolar y un aumento del abandono escolar, además de problemas en las relaciones sociales asociados a una mayor frecuencia de aparición de comportamientos antisociales y violencia (Campion, 2019). Los trastornos mentales que surgen durante la infancia y la adolescencia afectan a la salud mental a lo largo de la edad adulta, provocando un mayor riesgo de aparición de trastornos mentales en adultos (Campion, 2022) y generando problemas de obesidad, mortalidad prematura, desempleo, pobreza, conductas delictivas y violentas (Campion, 2019). Además, los síntomas de ansiedad y depresión no detectados o no tratados se han asociado con impactos adversos en el funcionamiento personal, familiar, social y académico, así como con un mayor riesgo de conducta suicida y psicopatología (Croarkin et al., 2018; Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020; Kroenke et al., 2009; Pérez-Albéniz et al., 2023; Thapar et al., 2022). Por ello, la adolescencia es una etapa crucial para la implementación tanto de estrategias de prevención como de intervención temprana, así como para la promoción del bienestar psicológico.

Las escuelas desempeñan un papel único y vital en la vida de los niños y las niñas y los y las adolescentes. El informe sobre el Estado Mundial de la Infancia (UNICEF,

2021) ya advirtió de la necesidad de invertir en un enfoque integral de la salud mental en la escuela, de reforzar los conocimientos y las competencias socioemocionales de los y las docentes, y de mejorar los datos, la investigación y las pruebas utilizadas para su evaluación. Las características específicas del contexto educativo facilitan llevar a cabo iniciativas preventivas y de promoción de la salud por varios motivos, entre los que destacarían los siguientes: 1) la escuela llega a la práctica totalidad de niños, niñas y adolescentes; 2) en la edad escolar se configuran y aprenden buena parte de los hábitos y las conductas que se realizarán a lo largo de la vida; 3) en la edad escolar suele haber una actitud receptiva a conocimientos y enseñanzas; y 4) los docentes, además de tener una orientación vocacional o profesional, son susceptibles de ser formados para facilitar estos aprendizajes. Por todo ello, el contexto escolar en su conjunto es un recurso clave para aplicar intervenciones de tipo preventivo y de fomento de la salud mental.

A este respecto, la *Guidelines on School Health Services* de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021a) destaca que las escuelas son esenciales para la adquisición de conocimientos, de competencias socioemocionales, así como de aquellas habilidades de pensamiento crítico necesarias para un futuro saludable. Los programas de educación emocional parecen mejorar las habilidades y actitudes socioemocionales, la conducta prosocial y el rendimiento académico, así como reducir los problemas de conducta, el malestar emocional o el consumo de drogas. A su vez, una buena salud está vinculada a una menor tasa de abandono escolar y a un mayor rendimiento académico, así como a un mayor nivel de estudios y de empleo. Además, diversos estudios evidencian los efectos recíprocos entre el rendimiento académico y el bienestar psicológico, de modo que un mayor bienestar predice un mejor rendimiento académico y a la inversa.

El uso de herramientas de cribado válidas es relevante para una mejor comprensión de estos fenómenos, así como para la detección temprana y fiable de los

jóvenes con síntomas de ansiedad y depresión con fines preventivos. El cribado sistemático de la depresión y la ansiedad ha sido recomendado por las principales asociaciones internacionales (p. ej., NICE, 2013). Sin embargo, ha faltado estandarización en la evaluación y el tratamiento, sobre todo en edades tempranas (Bernaras et al., 2019; Cucci et al., 2022). Identificar a los y las adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad en entornos sanitarios, sociales o educativos puede contribuir a la toma de decisiones informadas. De acuerdo con las pautas descritas por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) [CG159], existen intervenciones psicológicas efectivas para abordar los problemas de salud mental. Sin embargo, su accesibilidad a toda la población clínica puede verse obstaculizada por los desafíos de reconocimiento atribuidos a la utilización limitada de herramientas de evaluación efectivas (NICE, 2013). Se hace necesario, por lo tanto, la implementación de estrategias de prevención de los problemas emocionales mediante su detección temprana (Fonseca-Pedrero et al., 2023c). De esta forma, el paso previo a las actuaciones encaminadas a la prevención y tratamiento de los problemas de salud mental es la evaluación. Para ello es necesario disponer de instrumentos de medida que ofrezcan puntuaciones fiables y válidas.

Tal y como se ha evidenciado en el presente trabajo, la literatura previa ha identificado numerosos instrumentos de medición para evaluar los síntomas de ansiedad o depresión, o más generalmente, la dimensión internalizante, en población adolescente (p. ej., Bernaras et al., 2019; Creswell et al., 2020; Deighton et al., 2014; Piqueras et al., 2017; Spence, 2018). En este contexto, el *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* son dos instrumentos de medición ampliamente empleados que han mostrado propiedades psicométricas satisfactorias en todas las muestras en las que se ha examinado (Arroll et al., 2010; Kroenke, 2021; Löwe

et al., 2008; Mossman et al., 2017; Spitzer et al., 2006). El PHQ-9, desarrollado por Kroenke et al. (2001), sirve como un instrumento de autoinforme utilizado para la evaluación de los síntomas depresivos. Por su parte, el GAD-7 (Spitzer et al., 2006), está diseñado para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada. Sus puntuaciones han demostrado validez y fiabilidad tanto en población adulta como adolescente, incluyendo muestras clínicas y subclínicas (Kiviruusu et al., 2023; Mossman et al., 2017). Estos cuestionarios son utilizados con frecuencia en los principales estudios que se desarrollan en el mundo sobre salud mental; por ejemplo, en la serie de informes «Panorama de la salud: Europa», elaborado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Capítulo 5. Objetivos

El objetivo general de esta Tesis Doctoral fue evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en contextos educativos y examinar su relación con el ajuste psico-social en una muestra de adolescentes españoles.

Dicho objetivo general se concretó en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar los síntomas de ansiedad y depresión autoinformados en contextos educativos, su prevalencia y su asociación con el ajuste socioemocional y conductual, en una muestra representativa de adolescentes españoles.
2. Desarrollar y validar una versión breve combinada del *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) para su utilización como sistema de cribado de la sintomatología depresiva y la ansiedad generalizada en entornos educativos.
3. Validar el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) en una muestra representativa de adolescentes españoles.
4. Proporcionar datos normativos para el *Patient Health Questionnaire -9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) en una muestra representativa de adolescentes españoles.

Capítulo 6. Trabajos publicados

En la presente Tesis doctoral, que sigue el formato de compendio de publicaciones, se han incluido los tres estudios publicados en distintas revistas con factor de impacto.

6.1. Artículo 1

Referencia:

Casares M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2023.11.002>

Indicadores de calidad:

Factor de impacto: 3,8, Q1 (11/74) en Psicología educacional (*Journal of Citation Reports*, 2023).



Original

Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment



M. Ángeles Casares^{a,b,*}, Adriana Díez-Gómez^a, Alicia Pérez-Albéniz^a, and Eduardo Fonseca-Pedrero^a

^a Universidad de La Rioja, Spain
^b Universidad Isabel I, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 18 July 2023
Accepted 6 November 2023
Available online 21 December 2023

Keywords:
Mental health
Anxiety
Depression
Adolescents
Assessment
Educational settings

ABSTRACT

Symptoms of anxiety and depression constitute one of the main challenges for educational and social-health systems among young people. The main objective of this study was to study the symptoms of anxiety and depression in educational contexts. For this purpose, prevalence rates have been analyzed, a brief screening test to assess anxiety and depression has been validated and its relationship with psychological adjustment has been studied. A total of 2228 Spanish adolescents ($M = 14.49$ years, $SD = 1.76$; 52.9% female) participated in the study. The brief version developed to assess emotional problems was adjusted to a two-factor model (depression and anxiety). The reliability of the scores was $\omega = .82$ and $\omega = .87$. Symptoms of anxiety and depression have been positively associated with negative affect and emotional and behavioural problems, and negatively related with positive affect and quality of life. Emotional regulation difficulties seen to be common in educational contexts and impact on different indicators of psychological adjustment during adolescence. Anxiety and depression can be assessed with reliable screening test. It is necessary to implement programs for the prevention of emotional problems in educational contexts.

© 2023 Universidad de País Vasco. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Ansiedad y depresión en contextos educativos: prevalencia, evaluación e impacto en el ajuste psicológico

RESUMEN

Los síntomas de *ansiedad* y *depresión* constituyen uno de los principales retos para los sistemas educativos y sociosanitarios entre los jóvenes. El objetivo principal de este estudio ha sido analizar los síntomas de *ansiedad* y *depresión* en contextos educativos. Para ello se han examinado las tasas de prevalencia, se ha validado un test de cribado breve para evaluar la *ansiedad* y la *depresión* y se ha estudiado su relación con el ajuste psicológico. Han participado un total de 2235 adolescentes españoles ($M = 14.49$ años, $DT = 1.76$; 52.9% mujeres). La versión breve desarrollada para valorar los problemas emocionales se ha ajustado a un modelo de dos factores (*ansiedad* y *depresión*) relacionados. La fiabilidad de las puntuaciones ha sido $\omega = .82$ y $\omega = .87$. Los síntomas de *ansiedad* y *depresión* se han asociado positivamente con el *afecto negativo* y los *problemas emocionales* y de *conducta*, y negativamente con el *afecto positivo* y la *calidad de vida*. Las dificultades de regulación emocional parecen ser prevalentes en contextos educativos e impactan en diferentes indicadores de ajuste psicológico de los adolescentes. Los síntomas de *ansiedad* y la *depresión* se pueden evaluar con test de cribado breves. Se hace necesario implementar programas de prevención de problemas emocionales en contextos educativos.

© 2023 Universidad de País Vasco. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Palabras clave:
Salud mental
Ansiedad
Depresión
Adolescentes
Evaluación
Contextos educativos

DOI of original article: <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2023.11.002>

* Corresponding author.

E-mail address: mariadelosangeles.casares@ui1.es (M.Á. Casares).

<https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2023.12.003>

2530-3805/© 2023 Universidad de País Vasco. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

6.2. Artículo 2

Referencia:

Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2024). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354, 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>

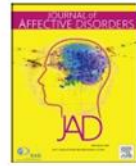
Indicadores de calidad:

Factor de impacto: 4,9, Q1 (38/276), en Psiquiatría (*Journal of Citation Reports*, 2023).



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents

María Ángeles Casares^{a,b}, Adriana Díez-Gómez^a, Alicia Pérez-Albéniz^{a,*},
Beatriz Lucas-Molina^c, Eduardo Fonseca-Pedrero^a

^a University of La Rioja, Spain

^b Isabel I University, Spain

^c University of Valencia, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Anxiety
Adolescents
Assessment
Screening
GAD-7
Mental health

ABSTRACT

Background: Symptoms of emotional disorders, such as those related to anxiety disorders, are one of the main challenges for the young population.

Objectives: This study validated the Spanish Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) scores in a representative sample of adolescents.

Method: A total of 2235 students ($M = 14.49$ years; $SD = 1.76$; 52.9 % women), selected by stratified random sampling from 34 schools, participated in the survey.

Results: The unidimensional model of the GAD-7 showed adequate goodness-of-fit indices. Scalar measurement invariance was found by gender and age. The reliability of the total score was 0.90. The GAD-7 was positively associated with symptoms of depression, negative affect, and emotional and behavioral problems, and negatively associated with positive affect and quality of life.

Limitations: First, although the sample is large and representative, it is important to note that it belongs to a specific Spanish autonomous community (La Rioja), which may limit the generalizability of the results. Second, self-reports were used to assess all psychological indicators, with their known limitations. Third, the cross-sectional nature of this study means that it is impossible to draw conclusions about causal relationships.

Conclusions: The GAD-7 is a brief, easy, and reliable tool for assessing self-reported anxiety symptoms in educational contexts. The GAD-7 can be used as a screening tool for early detection and monitoring of anxiety symptoms during adolescence.

1. Introduction

Emotional symptoms and disorders, like depression and anxiety, are a major challenge for public health. Anxiety disorders remain the most prevalent mental illness worldwide and significantly contribute to the global burden of disease (Yang et al., 2021). About 4 % of people worldwide suffer from an anxiety disorder. In the past 12 months 9.8 % of individuals have been diagnosed with a DSM-IV anxiety disorder (Alonso et al., 2018). Recent studies suggest that the frequency of these symptoms has been on the rise in recent decades (Gage and Patalay, 2021; National Institute of Mental Health [NIMH], 2013; World Health Organization [WHO], 2021). According to the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD], mental disorders remain among the top ten leading causes of burden worldwide, with no

significant reduction since 1990 (GBD, 2022).

Anxiety symptoms typically emerge during childhood and adolescence and, if left unaddressed, may progress into a clinical disorder (Solmi et al., 2022). Anxiety disorders during childhood and adolescence are associated with an increased likelihood of a future anxiety disorder or depression (Essau et al., 2014; Mangione et al., 2022). The WHO's report on mental health indicated that 3.6 % of adolescents aged between 10 and 14 years and 4.6 % of adolescents aged between 15 and 19 years experienced anxiety problems (WHO, 2021). The overall pooled 12-month prevalence of anxiety was 9.0 % (Biswas et al., 2020). Generalized anxiety disorder (GAD) is one of the most common subtypes of anxiety disorders. According to Canals et al. (2019), the prevalence of GAD in adolescents is close to 7 %. Sex and age are associated with the phenotypic expression of anxiety symptoms. For instance, previous

* Corresponding author at: University of La Rioja, C/Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES; C.P. 26002 Logroño, La Rioja, Spain.

E-mail address: alicia.perez@unirioja.es (A. Pérez-Albéniz).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>

Received 6 November 2023; Received in revised form 28 February 2024; Accepted 9 March 2024

Available online 14 March 2024

0165-0327/© 2024 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

works (Thompson et al., 2021) have found that generalized anxiety symptoms varied by sex and age. Specifically, women reported greater symptomatology than men, while younger participants reported higher levels than older participants. Research conducted on adolescents has identified a greater prevalence of the issue among females aged 13 and above, as evidenced by a higher percentage of cases (McLaughlin and King, 2015).

Anxiety symptoms in adolescents are associated with impaired functioning, educational underachievement, emotional distress and low quality of life (Gorostiaga et al., 2024; de Lijster et al., 2018; Moreno et al., 2019; Viswanathan et al., 2022). Additionally, adolescents with anxiety-related problems commonly exhibit various physiological, cognitive, and behavioral changes (Galán-Luque et al., 2023; Saiz et al., 2022). Anxiety symptoms and disorders during this developmental stage have a significant impact on psychosocial well-being and increase the likelihood of school dropout (Baker et al., 2021). These issues can adversely affect the public health context, both because of their prevalence and associated comorbidity, as well as the risk for several social and academic problems.

The use of screening tools with adequate psychometric properties are relevant to better understanding these phenomena as well as for the early and reliable detection of youths with anxiety symptoms. Improving screening procedures can help prevent and promote evidence-based psychological treatments. The identification of adolescents exhibiting anxiety symptoms in health or educational settings necessitates the use of proper tools for sound and informed decision-making based on data. The National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2013) guidelines, revised in 2017, identify effective psychological interventions for treating anxious symptomatology. Notwithstanding accessibility for the entire clinical population remains limited due to difficulties in recognizing the condition because of the restricted use of effective assessment tools (NICE, 2013). The Recommendation Statement from the US Preventive Services Task Force suggests screening for anxiety in children and adolescents aged 8 to 18 years (Mangione et al., 2022; Viswanathan et al., 2022).

There are plenty of anxiety screening tools for children and adolescents (Spence, 2018). In child and adolescent populations, some of the most used self-reports are the Screening for Childhood Anxiety-Related Disorders (SCARED) (Birmaher et al., 1997) and the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March et al., 1997). These instruments have been widely used in research and clinical settings to measure symptoms of GAD. However, clinical application of these tools presents problems such as their length, limited measurement of only one component of GAD, and failure to assess symptom severity. The Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) is one of the most commonly used instruments for measuring anxiety. The GAD-7 is a self-report consisting of seven items designed to assess generalized anxiety for epidemiological, preventive, and screening purposes (Spitzer et al., 2006). The psychometric properties of GAD-7 scores have been tested (Arroll et al., 2010; Kroenke, 2021; Löwe et al., 2008). Nevertheless, there is limited information available on the psychometric properties of the GAD-7 scores in general adolescent populations. Prior work has primarily analyzed clinical or subclinical populations (Mossman et al., 2017) or has focused on specific situations like those provoked by COVID-19 (Kiviruusu et al., 2023). To date, although the GAD-7 has been validated in previous studies, there is little evidence on the psychometric properties of the GAD-7 scores in large and representative samples of the general population. For instance, few studies have tested the measurement invariance by sex or age or gathered new sources of validity evidence using modern psychometric models like item response theory (IRT).

In this research context, the main objective of this study was to examine the psychometric properties of the GAD-7 scores in a representative sample of Spanish adolescents. The specific aims were to: a) analyze the prevalence of self-reported anxiety symptoms; b) explore the internal structure of GAD-7 scores and test the measurement invariance

of GAD-7 by sex and age; c) compare the latent means by sex and age; d) estimate the reliability of GAD-7 scores; and e) analyze the association of the GAD-7 scores with psychometric indicators of psychological adjustment. It was hypothesized that the one-factor model of the GAD-7 would have adequate goodness-of-fit indices. In addition, we further hypothesized that this dimensional model would be equal across sex and age groups. We also expected the reliability estimation of the GAD-7 scores to be adequate. Finally, we expected that symptoms of anxiety to be related to mental health difficulties, negative affect, and low quality of life.

2. Method

2.1. Participants

Stratified random sampling was conducted at the class level in the total student population of La Rioja (region in Northern Spain). The students belonged to different public and chartered educational centers, compulsory secondary education and vocational training. Strata were formed according to the public and chartered nature of the educational institutions, and the educational level. A total of 34 schools and 98 classrooms participated in the study.

The initial sample consisted of 2640 students. Participants who: a) scored high (>2 points) on the Oviedo Infrequency Response Scale ($n = 175$) and were older than 18 years ($n = 247$) were removed. This left a total of 2235 students, 1045 males (46.8%), 1183 (52.9%) females, and 7 (0.3%) non-binary identities. The mean age was 14.49 years ($SD = 1.76$), ranging from 12 to 18 years. Age distribution was as follows: 12 years, $n = 280$; 13 years, $n = 387$; 14 years, $n = 396$; 15 years, $n = 408$; 16 years, $n = 371$; 17 years, $n = 240$; and 18 years, $n = 153$. 90.8% of the sample were identified as Spanish.

2.2. Measures

2.2.1. Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7)

The GAD-7 (Spitzer et al., 2006) is a seven-item instrument used to assess the severity of generalized anxiety disorder. Each item asks the person to rate the severity of their symptoms over the past two weeks. Response options include 0 = not at all, 1 = several days, 2 = more than half the days, 3 = almost every day. The reliability coefficient of the Spanish version of the GAD-7, validated by Muñoz-Navarro et al. (2017), was found to be $\omega = 0.84$.

2.2.2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

The PHQ-9 (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999) consists of nine questions designed to assess depressive symptomatology according to DSM criteria. The items are answered according to the frequency of symptoms (0 = not at all, 1 = some days, 2 = more than half the days, 3 = almost every day). Fonseca-Pedrero et al. (2023a) validated the Spanish version of the PHQ-9. The omega coefficient was 0.86 in this study.

2.2.3. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) self-report version

The SDQ (Goodman, 1997) is a self-report questionnaire that is widely used for the assessment of different emotional and behavioral problems related to mental health in adolescents. The SDQ is made up of a total of 25 statements distributed across five subscales: Emotional symptoms, Conduct problems, Hyperactivity, Peer problems, and Prosocial behaviour. The first four subscales yield a Total difficulties score. In this study we used a Likert-type response format with three options (0 = not true, 1 = somewhat true, 2 = certainly true). In the present study, the validated Spanish version of the SDQ, as developed by Ortuño-Sierra et al. (2022), was utilized. The Total difficulty score demonstrated a reliability of 0.80.

2.2.4. Kidscreen-10 Index (KS-10)

The KS-10 (Ravens-Sieberer et al., 2010) is an instrument developed and validated to assess health-related quality of life in children and adolescents aged 8 to 18 years. It presents a total of 10 questions in a 5-choice Likert response format (ranging from 1 = *not at all* to 5 = *extremely*), with higher scores indicating higher quality of life. The KS-10 was validated in Spain by Aymerich et al. (2005), resulting in a Cronbach's $\alpha > 0.70$ in all dimensions. In the present study, a ω value of 0.87 was obtained.

2.2.5. Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C) brief version

The PANAS-C brief version is a self-report questionnaire (Ebesutani et al., 2012) composed of 10 Likert-type items (ranging from 1 = *very little or not at all* to 5 = *extremely or very much*) that assess two factors: Positive Affect (PA) and Negative Affect (NA). Five items measuring PA with adjectives such as: cheerful, lively, joyful, energetic and proud; and five NA: depressed, angry, fearful, frightened and sad. The PANAS-C has shown adequate psychometric quality in previous studies with Spanish adolescents (Sanmartín et al., 2018), with PA $\alpha = 0.77$ and NA $\alpha = 0.78$. In the current, reliability values of PA $\omega = 0.93$ and NA $\omega = 0.84$ were obtained.

2.2.6. Oviedo Infrequency Scale-revised (INF-OV-R)

The INF-OV-R (Fonseca-Pedrero et al., 2019) was administered to participants in order to detect those who responded in a random, pseudorandom or dishonest manner. The INF-OV-R is a self-report instrument consisting of 10 items in a dichotomous scale format (yes/no). Students with more than two incorrect responses on the INF-OV-R scale were excluded from the sample.

2.3. Procedure

The research was approved by the Ethical Committee for Clinical Research in La Rioja [CEImLAR]. The psychometric measures were administered collectively, through personal computers, in groups of 10 to 30 students, during school hours and in a classroom specially prepared for this purpose. Administration took place under the supervision of the researchers trained in a standard protocol. No incentive was provided for their participation. Parents of participants were asked to sign an informed consent form to allow their children to participate in the study. Participants were informed of the confidentiality of their responses and of the voluntary nature of the study. This work is part of a larger project called PSICE (Evidence-based Psychology in Educational Contexts) (Fonseca-Pedrero et al., 2023c).

2.4. Data analysis

First, descriptive statistics and prevalence of scores on the GAD-7 items were calculated. Scores of 0–5, 6–9, 10–14 and 15–21 cut-off points represent absent, mild, moderate and severe anxiety levels, respectively.

Second, several confirmatory factor analyses (CFAs) were conducted to examine the internal structure of the GAD-7. Based on previous studies (Kiviruusu et al., 2023; Mossman et al., 2017), a unidimensional model was tested. Diagonally Weighted Least Squares estimator was used. The following goodness-of-fit indices were used: Chi-square (χ^2), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and 90 % confidence interval, and Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Hu and Bentler (1999) suggested that RMSEA should be 0.06 or less for a good model fit and CFI and TLI should be 0.95 or greater, although any value above 0.90 is considered acceptable.

Third, successive multigroup CFAs were conducted to test measurement invariance across sex and age (Sireci and Benítez, 2023). Basically, a hierarchical set of steps are followed when testing measurement

invariance, typically starting with the determination of a well-fitting multigroup and baseline model and continuing with the establishment of successive equivalence constraints in the model parameters across groups. The baseline model is called the configural model, which is the first and least restrictive model specified and is important because it represents the baseline model against which all subsequent specified invariance models are compared. The configural model is established by specifying and testing the CFA model for each group separately. Once the theoretical model has been validated in both groups, configural invariance is then examined, which requires that the same pattern of fixed and freely estimated model parameters be equivalent across groups; however, no equality constraints are imposed on the model parameters between groups. Configural invariance is tested by assessing the model fit. When configural invariance is met (i.e., the model fits the data), it suggests that at least the general factor structure is similar, but not necessarily equivalent, across groups. The next step is to impose equality constraints on the factor loadings across the groups to test metric or weak invariance. If the model fit with the constrained parameters is significantly and practically worse than the baseline or configural model, then weak invariance is not supported. When metric invariance is met, it suggests that the same unit of measurement is being used for the item across the groups and that the participants interpret and respond to the measure in a similar manner. The next step is to impose constraints on the item intercepts and factor loadings to test strong or scalar invariance across groups. Confirming the invariance of the intercepts allows comparison of the latent means between both groups. The analyzed models are nested, with constraints being progressively added. Due to the limitations of $\Delta\chi^2$ in terms of its sensitivity to sample size, Cheung and Rensvold (2002) proposed a more practical criterion, ΔCFI , to determine if nested models are practically equivalent. In this study, if ΔCFI is >0.01 between two nested models, the more constrained model is rejected because the additional constraints have produced a worse fit. However, if the change in CFI is less than or equal to 0.01, it is considered that all specified equal constraints are tenable. Therefore, we can proceed with the next step in the analysis of measurement invariance.

Fourth, reliability estimation of the GAD-7 scores were estimated using McDonald's Omega. In addition, from the IRT framework with the 2-PL Model, the test information function was computed. Classical test theory methods cannot give us direct guidance on the latent trait of a measure to accurately assess depressive experiences at various points along the continuum. IRT methods provide estimates of the position on the latent trait (i.e., the theta level) where the tool provides the most information. Test information function graphically depict the regions of the latent trait continuum most precisely assessed. Greater information reflects greater measurement accuracy, or reliability. Test information function is estimated on the same latent trait scale (standardized $M = 0$; $SD = 1$), yielding information that is comparable across tests.

Fifth, the associations between GAD-7 scores and other mental health indicators were calculated using structural equation modeling (SEM) and Pearson correlations. SPSS 28.0, MPLUS 7.2., and JASP 0.17.2.0 were used for data analyses.

3. Results

3.1. Descriptive statistics and prevalence

Descriptive statistics and item response rates are presented in Table 1. As can be seen, 19.61 % reported feeling nervous, anxious or very upset or unable to stop worrying, 21.36 % reported worrying excessively various things, and 18.58 % reported having difficulty relaxing more than half of the days in the past two weeks. Considering the standardized cut-off points of the GAD-7, the following levels of anxiety were found: 49.6 % absent, 20.7 % mild, 18.4 % moderate and 11.1 % severe.

Table 1
Descriptive statistics and prevalence (over the last 2 weeks) of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) items for the whole sample.

Items	M	SD	Skewness	Kurtosis	%			
					Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	1.14	0.90	0.51	-0.45	24.86	45.78	19.61	9.75
2. Not being able to stop or control worrying	1.11	1.01	0.51	-0.86	33.80	34.16	19.61	12.43
3. Worrying too much about different things	1.18	1.03	0.42	-0.98	31.55	33.21	21.36	13.88
4. Trouble relaxing	0.95	1.00	0.68	-0.71	42.91	28.86	18.58	9.65
5. Being so restless that it is hard to sit still	0.69	0.91	1.19	0.43	55.29	27.38	10.73	6.60
6. Becoming easily annoyed or irritable	1.21	1.00	0.44	-0.84	27.06	39.18	19.57	14.19
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0.60	0.90	1.37	0.85	61.58	22.49	9.78	6.15

Note. <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-7>

3.2. Multigroup confirmatory factor analysis and measurement invariance as a function of sex and age

Goodness-of-fit indices for the unidimensional model in the total sample were adequate ($\chi^2 = 104.96$; $df = 14$; $CFI = 0.998$; $TLI = 0.997$; $RMSEA$ (90 % CI) = 0.054 (0.045–0.064); $SRMR = 0.028$). The standardized factor loadings for the total sample and by sex and age are shown in Table 2. The analysis of measurement invariance across sex and age showed satisfactory fit indices for the scalar model. As shown in Table 3, the differences in the CFI value between the different models tested were <0.01.

After verifying the measurement invariance of the scores, we estimated the latent mean differences between sex and age groups. We set the latent mean values to zero for females and for the 15–18 year age groups (the reference groups). The intercepts obtained from the latent mean analysis were statistically significant for sex (-0.736; $p < .001$) and for age (-0.207; $p < .001$). On the anxiety dimension, the value of -0.736 indicated that boys scored on average 0.746 units lower than the mean score of girls. The value of -0.207 indicated that the 12–14 year old group scored on average 0.207 units below the mean score of the older group.

3.3. Reliability estimation of the GAD-7 scores

The internal consistency of the GAD-7 total frequency score, estimated with McDonald’s Omega, was 0.90 (95 % CI: 0.89–0.91). Item discrimination indices were higher than 0.30. According to the IRT framework, the test information function provides an optimal estimation at the medium-high latent trait (see Fig. 1). The test provides the most information about the latent trait when it falls between approximately 0 and 2. However, for values of the latent trait between -2 and 0, the measurement error is greater.

3.4. Evidence based on relationships with external variables

The correlation between the GAD-7 total score and psychometric indicators of psychological adjustment were also examined. As shown in Table 4, scores on the GAD-7 were positively and statistically significantly correlated with depressive symptoms, negative affect, and

Table 2
Standardized factor loadings of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) for the total sample and by sex and age.

Items	Total sample	Male	Female	12–14 years	15–18 years
1	0.806	0.762	0.794	0.795	0.815
2	0.899	0.876	0.890	0.898	0.898
3	0.876	0.851	0.867	0.875	0.874
4	0.862	0.808	0.864	0.838	0.880
5	0.797	0.757	0.799	0.757	0.828
6	0.639	0.584	0.591	0.609	0.665
7	0.711	0.688	0.676	0.727	0.712

Note. All standardized factor loadings estimated were statistically significant ($p < .01$).

emotional and behavioral problems, and were negatively associated with positive affect and quality of life. Fig. 2 shows the SEM model of the latent dimension measured by GAD-7 and the indicators of psychological adjustment. It shows how emotional and behavioral difficulties, positive and negative affect, and quality of life predict 66.8 % of the variance of generalized anxiety disorder ($R^2 = 0.668$, $p < .001$).

4. Discussion

Mental health problems, such as anxiety symptoms, are a major cause of disability and disease burden in adolescents. A reliable and early detection of anxiety symptoms in adolescents is one of the main strategies for their prevention. Thus, considering the prevalence of anxiety symptoms and disorders during adolescence, the associated personal, family, educational and social impact, and the need for short and easy instruments to identify emotional difficulties, the main goal of the present study was to validate the GAD-7 scores in a representative sample of Spanish adolescents.

The prevalence of severe anxiety symptomatology found in the analyzed sample reached 11.1 %, being higher in girls (17.2 %) than in boys (4.3 %) and in the older group (12.5 %) than in the younger (9.6 %). The results found in the present study seem consistent with previous international reports (Canals et al., 2019; WHO, 2021; Biswas et al., 2020). For instance, Biswas et al. (2020) using a sample of 275,057 adolescents aged 12–17 years found that the overall 12-month prevalence of anxiety was 9.0 %. Several other studies conducted with adolescents discovered that the prevalence rate of anxious symptomatology ranged from 10 % to 29.9 % (Garcia et al., 2021; Kasturi et al., 2023). Nonetheless, since we used internationally defined cut-off scores but not tested in Spain, these results should be considered as preliminary. In the latent mean analysis carried out, it was found that females had higher mean scores than males and that adolescents aged 15–18 years also had higher mean scores than those aged 12–14 years. These results are congruent with those obtained in previous studies with Spanish adolescents (Canals et al., 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2023b; Gorostiaga et al., 2024) and follow the same trend as international studies that take into account the sex and age of adolescents (Caputi and Bosacki, 2023; McLaughlin and King, 2015; Ohannessian et al., 2017; Thompson et al., 2021). In the study conducted by Todorović et al. (2023) with adolescents, girls scored higher than boys on 5 of the 7 items of the GAD. In the research by Piqueras et al. (2021), girls also scored higher on the GAD than boys, and adolescents scored higher than children, although effect sizes were small to medium in all comparisons.

When analyzing the internal structure of the GAD-7 scores, the unidimensional factor model showed satisfactory goodness of fit indices. Similar results were found in previous research conducted with samples of adolescents (Adjorlolo, 2019; Crockett et al., 2022; Mossman et al., 2017; Osborn et al., 2022; Tiirikainen et al., 2019; Todorović et al., 2023). In the study conducted by Ip et al. (2022) with Hong Kong adolescents, the one-dimensionality of the GAD-7 scores was tested using the item response theory (IRT) approach. With regards to the factorial invariance analyses, the results showed factor structure equivalence across age and gender, implying that the latent variable is measured

Table 3
Goodness-of-fit indices for measuring the invariance of Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) by sex and age.

Model	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA (90 % IC)	SRMR	Δ CFI*
Sex							
Male (n = 1045)	35.340	14	0.998	0.997	0.038 (0.023–0.054)	0.030	
Female (n = 1183)	86.193	14	0.997	0.995	0.066 (0.053–0.080)	0.034	
Configural invariance	121.533	28	0.997	0.996	0.055 (0.045–0.065)	0.033	
Metric Invariance	129.098	34	0.997	0.997	0.050 (0.041–0.059)	0.034	<0.01
Scalar Invariance	169.912	47	0.996	0.997	0.048 (0.041–0.056)	0.033	<0.01
Age							
12–14 years	54.164	14	0.998	0.997	0.052 (0.038–0.067)	0.032	
15–18 years	61.176	14	0.998	0.997	0.054 (0.040–0.068)	0.029	
Configural invariance	115.340	28	0.998	0.997	0.053 (0.043–0.063)	0.031	
Metric Invariance	139.425	34	0.998	0.997	0.053 (0.044–0.062)	0.034	<0.01
Scalar Invariance	150.825	47	0.998	0.998	0.045 (0.037–0.053)	0.032	<0.01

Note. χ^2 = Chi square; df = degrees of freedom; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC = Interval Confidence; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; Δ CFI = Change in Comparative Fit Index.
* Δ CFI < 0.01 indicates measurement invariance across sex or age.

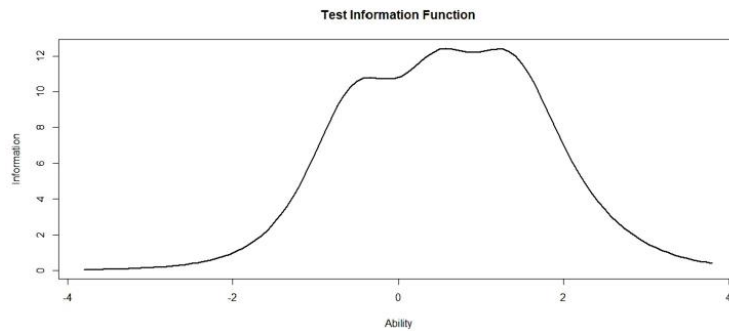


Fig. 1. Test information function of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7). Note. F1 = latent trait. Test information function graphically depicts the regions of the latent trait continuum most precisely assessed. Greater information reflects greater measurement accuracy, or reliability.

Table 4
Pearson correlations between the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) and psychometric indicators of psychological adjustment.

	GAD-7	PHQ-9	SDQ	PANAS-C Negative affect	PANAS-C Positive affect
PHQ-9	.766**				
SDQ	.734**	.735**			
Negative affect	.739**	.708**	.684**		
Positive affect	-.595**	-.666**	-.568**	-.616**	
Kidscreen-10	-.471**	-.552**	-.496**	-.460**	.655**

Note. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Assessment-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Total score; PANAS-C = Positive and Negative Affect Schedule for Children.
** $p < .01$.

equivalently across all groups (Shorey et al., 2019). It should be emphasized that if measurement invariance is not met, the validity of these scores should be questioned. Given the differences found between anxious symptomatology as a function of sex and age (Davies et al., 2019; Thompson et al., 2021), it is important to keep in mind that comparability between different groups is only meaningful if it can be ensured that participants interpret and understand the latent construct in a similar way. Scalar invariance is necessary for the clinical and practical use of assessment instruments (Rasmussen et al., 2015).

The internal consistency of the GAD-7 scores, estimated using the Omega coefficient, was 0.90. This result is consistent with those found in

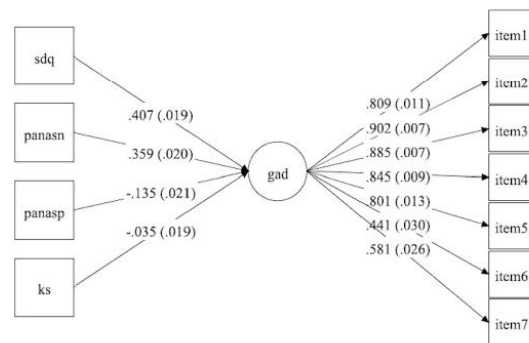


Fig. 2. Structural equation modeling: psychological adjustment factors as predictors of Generalized Anxiety Disorder. Note. GAD = Generalized Anxiety Disorder; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, total difficulties score; PANAS-P = Positive and Negative Affect Schedule for Children, positive affect; PANAS-N = Positive and Negative Affect Schedule for Children, negative affect; KS = Kidscreen-10; Significant effects shown as standardized coefficients (β). Only statistically significant values ($p < .001$) are shown.

previous studies conducted in adolescent populations (Sun et al., 2021; Tiirikainen et al., 2019). The test information function (TIF) was also calculated using a modern psychometric approach. The TIF provided a better estimate at high latent trait, namely, the GAD-7 provided more

information at higher levels of severity of anxious symptomatology. This is relevant in the context of the actual estimation ability of the score, since the TIF serves as an estimate of the accuracy of the latent trait (i.e., anxiety). These results are consistent with those obtained in previous studies (Todorović et al., 2023).

The GAD-7 scores were positively associated with self-reported depressive symptoms, negative affect, and emotional and behavioral problems, and negatively associated with positive affect and quality of life. Similar findings have been reported in prior research (Fernández-Sogorb et al., 2022; Gorostiaga et al., 2024; de Lijster et al., 2018; Moreno et al., 2019; Viswanathan et al., 2022). Furthermore, structural equation modelling indicates that anxiety levels can be predicted based on scores related to emotional and behavioral problems, as well as positive and negative affect. The study conducted by Sanmartín et al. (2020) showed that the combination of high levels of positive affect and low levels of negative affect were associated with high levels of life satisfaction and low levels of social anxiety and depression. In the study by Gorostiaga et al. (2024), anxiety symptoms were associated with depression and emotional, behavioral problems. Higher severity of anxiety symptoms were associated with poorer quality of life and depressive problems in both adult and adolescent samples (Raknes et al., 2017; Wilmer et al., 2021). On the other hand, anxiety is the most common emotional problem in young people with depressive, bipolar, or psychotic symptoms (Ratheesh et al., 2023).

The presence of depressive and anxious symptomatology, also referred to as internalizing spectra, appears to be increasing in the adolescent population in recent decades (Cucci et al., 2022; Gage and Patalay, 2021). Despite the increasing evidence of the effectiveness of early intervention, adolescents are the age group with the lowest access to mental health services (McGorry and Mei, 2018). New psychopathology models as the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology [HiTOP] (Kotov et al., 2017) or transdiagnostic dimensional approaches (Brown and Barlow, 2009) may provide us new insight into the understanding of emotional problems during childhood and adolescence. In addition, these new approaches may have significant implications for conceptualization, assessment, diagnosis, prevention and intervention. By adopting a dimensional perspective, these approaches explore the underlying psychological constructs that are common across different mental disorders (Eaton et al., 2023). Early identification of clinical or subclinical anxiety symptoms during adolescence is essential for the design and implementation of socioemotional education programs in educational contexts to prevent and reduce their consequences in all areas of young people's lives (Durlak et al., 2022; Fonseca-Pedrero et al., 2023b).

The following limitations should be kept in mind when interpreting the results of the present study. First, although the sample is large and representative, it is important to note that it belongs to a specific Spanish autonomous community (La Rioja), which may limit the generalizability of the results. Second, self-reports were used to assess all psychological indicators, with their known limitations. Finally, the cross-sectional nature of this study means that it is impossible to draw conclusions about causal relationships.

The GAD-7 is a brief, easy, and reliable tool for assessing self-reported anxiety symptoms during adolescence. This tool may be used as a screening tool for universal early detection of anxiety symptoms during adolescence in clinical and school settings. Future studies could use new psychometric models, such as network theory, or assessment methods such as ecological momentary assessment (Elosua et al., 2023). In addition, anxiety screening and prevention programs for young people need to go beyond the clinic walls. The protection and care of young people's mental health requires the promotion of psychological well-being and the prevention of psychological problems.

Role of funding

This research was funded by a national project of the Ministry of

Science and Innovation of the Government of Spain and the European Regional Development Agency and Fund (Project "PID2021-127301OB-I00" funded by MCIN/AEI/10.13039/501100011033 FEDER, EU). The funding sponsors were not involved in the study's design, conduct, analysis, or publication. The Authors declare that there are no competing interests in relation to this study.

CRedit authorship contribution statement

María Ángeles Casares: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Writing – original draft, Writing – review & editing, Supervision, Validation. **Adriana Díez-Gómez:** Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Supervision, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Alicia Pérez-Albéniz:** Conceptualization, Data curation, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Supervision, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Beatriz Lucas-Molina:** Resources, Supervision, Validation, Writing – review & editing. **Eduardo Fonseca-Pedrero:** Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Supervision, Writing – original draft, Writing – review & editing.

Declaration of competing interest

The Authors declare that there are no competing interests in relation to this study.

Acknowledgements

None.

References

- Adjorlolo, S., 2019. Generalised anxiety disorder in adolescents in Ghana: examination of the psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder-7 scale. *Afr. J. Psychol. Assess.* 1, 1–7. <https://doi.org/10.4102/ajopa.v1i0.10>.
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., de Jonge, P., Karam, E.G., WHO World Mental Health Survey Collaborators, 2018. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress. Anxiety* 35 (3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Fallon, K., Hatcher, S., 2010. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care. *Ann. Fam. Med.* 8 (4), 348–354. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., Rajmil, L., 2005. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac. Sanit.* 19 (2), 93–102. <https://doi.org/10.1157/13074363>.
- Baker, H.J., Lawrence, P.J., Karalus, J., Creswell, C., Waite, P., 2021. The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: a meta-analysis. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 24 (4), 765–782. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-2>.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., Neer, S.M., 1997. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36 (4), 545–553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>.
- Biswas, T., Scott, J.G., Munir, K., Renzaho, A.M.N., Rawal, L.B., Baxter, J., Mamun, A.A., 2020. Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: a population based study of 82 countries. *EClinicalMedicine* 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>.
- Brown, T.A., Barlow, D.H., 2009. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol. Assess.* 21 (3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>.
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cusi, S., Arija, V., 2019. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 28 (1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>.
- Caputi, M., Bosacki, S., 2023. The role of gender in the relation among anxiety, theory of mind, and well-being in early adolescents. *J. Early Adolesc.* 43 (7), 845–866. <https://doi.org/10.1177/02724316221130440>.

- Cheung, G.W., Rensvold, R.B., 2002. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Struct. Equ. Model.* 9, 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5.
- Crockett, M.A., Martínez, V., Ordóñez-Carrasco, J.L., 2022. Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. *Rev. Med. Chil.* 150 (4), 458–464. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000400458>.
- Cucci, K.E., Thompson, J., Derouin, A., 2022. Bridging the gap in adolescent depression: an action plan intervention. *J. Psychiatr. Health Care* 36 (3), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.10.008>.
- Davies, M.R., Kalsi, G., Armour, C., Jones, I.R., McIntosh, A.M., Smith, D.J., Walters, J.T.R., Bradley, J.R., Kingston, N., Ashford, S., Beange, I., Brailean, A., Cleare, A.J., Coleman, J.R.I., Curtis, C.J., Curzon, S.C.B., Davis, K.A.S., Dowe, L.R.C., Gault, V.A., Breen, G., 2019. The genetic links to anxiety and depression (GLAD) study: online recruitment into the largest recontactable study of depression and anxiety. *Behav. Res. Ther.* 123, 103503. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103503>.
- Durlak, J.A., Mahoney, J.L., Boyle, A.E., 2022. What we know, and what we need to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: a review of meta-analyses and directions for future research. *Psychol. Bull.* 148 (11–12), 765–782. <https://doi.org/10.1037/bul0000383>.
- Eaton, N.R., Bringham, L.F., Elmer, T., Fried, E.I., Forbes, M.K., Greene, A.L., Krueger, R.F., Kotov, R., McGorry, P.D., Mei, C., Wazczuk, M.A., 2023. A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nat. Rev. Psychol.* <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>.
- Ebestani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C., Chorpita, B.F., 2012. The 10-Item Positive and Negative Affect Schedule for Children, child and parent shortened versions: application of Item Response Theory for more efficient assessment. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 34 (2), 191–203. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9273-2>.
- Elosua, P., Aguado, D., Fonseca-Pedrero, E., Abad, F.J., Santamaría, P., 2023. New trends in digital technology-based psychological and educational assessment. *Psicothema* 35 (1), 50–57. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.241>.
- Essau, C.A., Lewinsohn, P.M., Olaya, B., Seeley, J.R., 2014. Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *J. Affect. Disord.* 163, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>.
- Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Ruiz-Esteban, C., García-Fernández, J.M., 2022. School anxiety profiles in Spanish adolescents and their differences in psychopathological symptoms. *PLoS One* 17 (1), e0262280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262280>.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Díez-Gómez, A., Ortuno-Sierra, J., Lucas-Molina, B., 2019. Escala Oviiedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada [Unpublished document]. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabi, S., Lucas-Molina, B., Debbané, M., 2023a. Youth screening depression: validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Res.* 328, 115486. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115486>.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabi, S., Calvo, P., 2023b. Psychology professionals in educational contexts: an unavoidable necessity. *Psychol. Papers* 44 (3), 112–124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018>.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabi, S., Lucas-Molina, B., Ortuno-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A.V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Rodenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M.P., Ciarreta López, A., Debbané, M., 2023c. PSICE project protocol: evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clin. Salud* 34 (1), 15–22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>.
- Gage, S.H., Patalay, P., 2021. Associations between adolescent mental health and health-related behaviors in 2005 and 2015: a population cross-cohort study. *J. Adolesc. Health* 69 (4), 588–596. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.002>.
- Galán-Luque, T., Serrano-Ortiz, M., Orgilés, M., 2023. Effectiveness of psychological interventions for child and adolescent specific anxiety disorders: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Rev. Psicol. Clin. Niños Adolesc.* 10 (1), 31–41. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.3>.
- García, K.M., Carlton, C.N., Richey, J.A., 2021. Parenting characteristics among adults with social anxiety and their influence on social anxiety development in children: a brief integrative review. *Front. Psych.* 12 (April), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.614318>.
- Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD), 2022. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 9 (2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).
- Goodman, R., 1997. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J. Child Psychol. Psychiatry* 38, 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.
- Gorostiaga, A., Balluerka, N., Aliri, J., Echeveste, U., Lameirinhas, J., 2024. Psychometric properties and factorial invariance of the educational-clinical questionnaire: anxiety and depression (CECAD) in Baque population. *Psicothema* 36 (1), 80–90. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.37>.
- Hu, L., Bentler, P.M., 1999. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct. Equ. Model. Multidiscip. J.* 6 (1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Ip, H., Suen, Y.N., Hui, C.L.M., Wong, S.M.Y., Chan, S.K.W., Lee, E.H.M., Wong, M.T.H., Chen, E.Y.H., 2022. Assessing anxiety among adolescents in Hong Kong: psychometric properties and validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in an epidemiological community sample. *BMC Psychiatry* 22 (1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04329-9>.
- Kasturi, S., Oguoma, V.M., Grant, J.B., Niyonsenga, T., Mohanty, I., 2023. Prevalence rates of depression and anxiety among young rural and urban australians: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 20 (1), 800. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010800>.
- Kiviruusu, O., Haravuori, H., Lindgren, M., Therman, S., Marttunen, M., Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., 2023. Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021—trend and the impact of COVID-19. *J. Affect. Disord.* 330 (March), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.010>.
- Kotov, R., Wazczuk, M.A., Krueger, R.F., Forbes, M.K., Watson, D., Clark, L.A., Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Ivanova, M.Y., Michael Bagby, R., Brown, T.A., Carpenter, W.T., Caspi, A., Moffitt, T.E., Eaton, N.R., Forbush, K.T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S.E., Zimmerman, M., 2017. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol.* 126 (4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- Kroenke, K., 2021. PHQ-9: global uptake of a depression scale. *World Psychiatry* 20 (1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 16 (9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- de Lijster, J.M., Dieleman, G.C., Utens, E.M.W.J., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F.C., Legerstee, J.S., 2018. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 230, 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.008>.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., Herzberg, P.Y., 2008. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med. Care* 46 (3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>.
- Mangione, C.M., Barry, M.J., Nicholson, W.K., Cabana, M., Coker, T.R., Davidson, K.W., Davis, E.M., Donahue, K.E., Jaen, C.R., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Ruiz, J.M., Silverstein, M., Stevermer, J., Wong, J.B., 2022. Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama* 328 (14), 1438–1444. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.16936>.
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, C.K., 1997. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36 (4), 554–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>.
- McGorry, P.D., Mei, C., 2018. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evid. Based Ment. Heal.* 21 (4), 182–184. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>.
- McLaughlin, K.A., King, K., 2015. Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *J. Abnorm. Child Psychol.* 43 (2), 311–323. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9898-1>.
- Moreno, E., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L.A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Limonero, J.T., Moretti, L.S., Cano-Vindel, A., Moriana, J.A., 2019. Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients. *J. Affect. Disord.* 252, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.032>.
- Mossman, S.A., Luft, M.J., Schroeder, H.K., Varney, S.T., Fleck, D.E., Barzman, D.H., Gilman, R., DelBello, M.P., Strawn, J.R., 2017. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation. *Ann. Clin. Psychiatry* 29 (4), 227–234A. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069107/>.
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J.A., Medrano, L.A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Piza, M.R., Ramírez-Manent, J.L., 2017. Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Res.* 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE Guideline [CG159]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159> [accessed August 2023].
- Ohannessian, C.M., Milan, S., Vannucci, A., 2017. Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *J. Youth Adolesc.* 46 (4), 826–839. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0619-7>.
- Ortuno-Sierra, J., Sebastián-Enesco, C., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Fonseca-Pedrero, E., 2022. Spanish normative data of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a community-based sample of adolescents. *Int. J. Clin. Heal. Psychol.* 22 (3), 100328. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100328>.
- Osborn, T.L., Venturo-Conerly, K.E., Gan, J.Y., Rodriguez, M., Alemu, R.G., Roe, E., Arango, S.G., Wasil, A.R., Campbell, S., Weisz, J.R., Wasanga, C.M., 2022. Depression and anxiety symptoms amongst Kenyan adolescents: Psychometric Properties, Prevalence Rates and Associations with Psychosocial Wellbeing and Sociodemographic factors. *Res. Child Adolesc. Psychopathol.* 50 (11), 1471–1485. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00940-2>.
- Piqueras, J.A., Garcia-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Martínez-González, A.E., Cuijpers, P., 2021. DetectaWeb-Distress Scale: a global and multidimensional web-based screener for emotional disorder symptoms in children and adolescents. *Front. Psych.* 12, 627604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627604>.
- Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J.A., Bjaastad, J.F., Wergeland, G.J., Hoffart, A., Dyrreng, K., Håland, Å.T., Haugland, B.S.M., 2017. Quality of life in anxious adolescents. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 11 (1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0173-4>.
- Rasmussen, A., Verkuilen, J., Ho, E., Fan, Y., 2015. Posttraumatic stress disorder among refugees: measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across

- global regions and response patterns. *Psychol. Assess.* 27 (4), 1160–1170. <https://doi.org/10.1037/pas0000115>.
- Ratheesh, A., Hammond, D., Gao, C., Marwaha, S., Thompson, A., Hartmann, J., Davey, C., Zammit, S., Berk, M., McGorry, P., Nelson, B., 2023. Empirically driven transdiagnostic stages in the development of mood, anxiety and psychotic symptoms in a cohort of youth followed from birth. *Transl. Psychiatry* 13 (1), 103. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02396-4>.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., 2010. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual. Life Res.* 19 (10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>.
- Sáiz, P.A., Flórez, G., Arrojo, M., Bernardo, M., González-Pinto, A., Goikolea, J.M., Zorrilla, I., Cunill, R., Castells, X., Becoña, E., López, A., Torrens, M., Fonseca, F., Tirado-Muñoz, J., Arranz, B., Garriga, M., San, L., 2022. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with an anxiety disorder and comorbid substance use. *Adicciones* 34 (2), 157–167. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1548>.
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C.J., Díaz-Herrero, Á., Granados, L., García-Fernández, J.M., 2018. Positive and Negative Affect Schedule-Short Form: factorial invariance and optimistic and pessimistic affective profiles in Spanish children. *Front. Psych.* 9, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00392>.
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C.J., Reinoso-Pacheco, R., García-Fernández, J.M., 2020. Factorial invariance, latent mean differences of the Panas and affective profiles and its relation to social anxiety in Ecuadorian sample. *Sustainability* 12 (7), 2976. <https://doi.org/10.3390/su12072976>.
- Shorey, R.C., Allan, N.P., Cohen, J.R., Fite, P.J., Stuart, G.L., Temple, J.R., 2019. Testing the factor structure and measurement invariance of the conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory. *Psychol. Assess.* 31 (3), 410–416. <https://doi.org/10.1037/pas0000678>.
- Sireci, S., Benítez, I., 2023. Evidence for test validation: a guide for practitioners. *Psicothema* 35 (3), 217–226. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.477>.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J.B., Jones, P., Kim, J.H., Kim, J.Y., Carvalho, A.F., Seaman, M.V., Correll, C.U., Fusar-Poli, P., 2022. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol. Psychiatry* 27 (1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
- Spence, S.H., 2018. Assessing anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc. Ment. Health* 23 (3), 266–282. <https://doi.org/10.1111/camh.12251>.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.* *Jama* 282 (18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/JAMA.282.18.1737>.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., Löwe, B., 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 10, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Sun, J., Liang, K., Chi, X., Chen, S., 2021. Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 item (GAD-7) in a large sample of Chinese adolescents. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 9 (12), 1709. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121709>.
- Thompson, K.N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B.N., Armour, C., Davies, M.R., Hotopf, M., Jones, I.R., Kalsi, G., McIntosh, A.M., Monssen, D., Peel, A.J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D.J., Walters, J.T.R., Breen, G., Eley, T.C., 2021. Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. *Depress. Anxiety* 38 (10), 1054–1065. <https://doi.org/10.1002/da.23213>.
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., 2019. Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Res.* 272, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004>.
- Todorović, A., Baumann, C., Blanchin, M., Bourion-Bédès, S., 2023. Validation of Generalized Anxiety Disorder 6 (GAD-6) — a modified structure of screening for anxiety in the adolescent French population. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 20 (8). <https://doi.org/10.3390/ijerph20085546>.
- Viswanathan, M., Wallace, I.F., Cook Mittleton, J., Kennedy, S.M., McKeeman, J., Hudson, K., Raines, C., Vander Schaaf, E.B., Kahwati, L., 2022. Screening for anxiety in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 328 (14), 1445–1455. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.16303>.
- Wilmer, M.T., Anderson, K., Reynolds, M., 2021. Correlates of quality of life in anxiety disorders: review of recent research. *Curr. Psychiatry Rep.* 23 (11), 77. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>.
- World Health Organization [WHO], 2021. Salud mental del adolescente. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, (accessed August 2023).
- Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., Lu, M., 2021. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 30, e36. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000275>.

6.3. Artículo 3

Referencia:

Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2024). Assessment of Depressive and Anxious Symptoms in Spanish Adolescents: Normative Data from the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Generalized-Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7). *Clinica y Salud*, 35(2), 77-83. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a13>

Indicadores de calidad:

Factor de impacto: 2,3, Q2 (70/180), en Psicología clínica (*Journal of Citation Reports*, 2023).



Depressive and Anxious Symptoms in Spanish Adolescents: Normative Data for the PHQ-9 and GAD-7

María Ángeles Casares¹, Adriana Díez-Gómez², Alicia Pérez-Albéniz², Beatriz Lucas-Molina³, and Eduardo Fonseca-Pedrero²

¹International University Isabel I of Castilla, Spain; ²University of La Rioja, Spain; ³University of Valencia, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 16 January 2024
Accepted 22 March 2024

Keywords:
Depression
Anxiety
Adolescents
PHQ-9
GAD-7
Scoring

Palabras clave:
Depresión
Ansiedad
Adolescentes
PHQ-9
GAD-7
Evaluación

ABSTRACT

Background: The main objective of this study was to provide Spanish normative data for the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) in a community-derived sample of adolescents. **Method:** A total of 2,235 adolescents ($M = 14.68$ years, $SD = 1.76$ years), selected through stratified cluster sampling, participated in the study. **Results:** Self-reported symptoms of depression and anxiety were common. Statistically significant differences were found when comparing the means scores of PHQ-9 and GAD-7 across sex and age. Percentile scores were computed for both total scores and were stratified by sex and age. **Conclusions:** Both the PHQ-9 and the GAD-7 are brief, simple, and useful measurement instruments with adequate psychometric properties for the assessment of self-reported depressive and anxious symptomatology among Spanish adolescents. A reliable and valid assessment of mental health is essential, as it allows for early detection and identification, which in turn can help in guiding psychological preventive interventions in a critical human developmental stage such as adolescence.

La sintomatología depresiva y ansiosa en los adolescentes españoles: datos normativos del PHQ-9 y GAD-7

RESUMEN

Antecedentes: El objetivo principal de este estudio ha sido proporcionar datos normativos para el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes. **Método:** Un total de 2.235 adolescentes ($M = 14.68$ años, $DT = 1.76$ años), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados, participaron en el estudio. **Resultados:** Los síntomas autoinformados de depresión y ansiedad fueron frecuentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones medias del PHQ-9 y el GAD-7 en función del sexo y la edad. Se calcularon las puntuaciones percentiles para los valores totales y se estratificaron por sexo y edad. **Conclusiones:** Tanto el PHQ-9 como el GAD-7 son instrumentos de medida breves, sencillos y útiles, con propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa autoinformada. Una evaluación fiable y válida de la salud mental es esencial, ya que permite la detección e identificación temprana, lo que a su vez puede ayudar a orientar las intervenciones psicológicas preventivas en una etapa crítica del desarrollo humano como es la adolescencia.

Psychological problems continue to be among the top ten causes of disease burden worldwide (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Anxiety and depression disorders are among the leading causes of illness and disability among teenagers. The World Health Organization (WHO, 2021) reports that 1.1% of adolescents aged 10-14 years and 2.8% of those aged 15-19 years

have experienced depression. Additionally, 3.6% of adolescents aged 10-14 years and 4.6% of those aged 15-19 years have experienced anxiety problems. In the review by Polanczyk et al. (2015), the global prevalence of mental health problems in children and adolescents was 6.5% (95% Confidence interval (CI) [4.7, 9.1]) for any anxiety disorder and 2.6% (95% CI [1.7, 3.9]) for any depressive disorder. To

Cite this article as: Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Depressive and anxious symptoms in Spanish adolescents: Normative data from the PHQ-9 and GAD-7. *Clínica y Salud*, 35(2), 77-83. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a13>

Funding: This research was funded by a national project from the Ministry of Science and Innovation of the Government of Spain and the European Regional Development Agency and Fund (Project 'PID2021-1273010B-I00' funded by MCIN/AEI/10.13039/501100011033 FEDER, UE) and Psicofundación.
Correspondence: mariadelosangeles.casares@ui1.es (M. Ángeles Casares).

ISSN: 1130-5274/© 2024 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

reduce the burden of mental health disorders, governments and institutions must provide coordinated, accessible, inclusive, timely, and universal mental health promotion and prevention strategies.

Anxiety and depression problems have a typical onset between the ages of 12 and 25 years (Uhlhaas et al., 2023), with the peak age of onset of mental disorders being 14.5 years (Solmi et al., 2022). At age 14, around 38% of youth in the general population have developed an anxiety disorder, and 3.1% have experienced a depressive disorder at least once in their lives (Solmi et al., 2022). Subthreshold depression and anxiety are also prevalent in adolescence. In addition, anxiety and depression symptoms during childhood and adolescence are associated with physical and mental health problems, as well as with a range of adverse outcomes including social relationships and educational impairments (Baker, 2021; Finning et al., 2019; García-Escalera et al., 2020; Quevedo-Blasco et al., 2023; Riglin et al., 2014; Veldman et al., 2015). Furthermore, undetected or untreated anxiety and depression symptoms have been linked to adverse outcomes on personal, familial, social, and academic functioning, as well as an increased risk of suicidal behaviors and psychopathology (Croarkin et al., 2018; Fonseca-Pedrero & Pérez-Albéniz, 2020; Kroenke et al., 2009; Pérez-Albéniz et al., 2023; Thapar et al., 2022). Thus, failing to address adolescent mental health can have long-term effects on an individual's physical and well-being, as well as their ability to lead satisfying adult lives.

Sex and age are associated with the phenotypic expression of anxiety and depression symptoms and disorders. Research has shown a higher prevalence of both depressive and anxious symptoms in girls, with higher percentages at ages 13 and older (McLaughlin & Kevin King, 2015; Polanczyk et al., 2015; Thapar et al., 2022). For instance, previous studies have found that generalized anxiety symptoms varied by sex and age (Thompson et al., 2021). Specifically, women reported greater symptomatology than men, while younger participants reported higher levels than older participants. Studies by Canals-Sans et al. (2018) and Canals-Sans et al. (2019) found levels of anxious symptomatology that reached 8.7% for boys and 11.11% for girls between the ages of 10 and 14, and 17.8% for boys and 36% for girls between the ages of 15 and 19.

It is also important to consider the comorbidity between depressive and anxious symptomatology (Rapee, 2023; Sánchez Hernández et al., 2021; Thapar et al., 2022). In youth mental health, comorbidity between depression and anxiety is common. Previous research among adolescents has revealed that approximately 40% of those meeting the criteria for one class of mental disorder also meet the criteria for another class of lifetime mental disorder (Merikangas et al., 2010). Anxiety and depression symptoms and disorders might share common etiological factors. In this regard, prior studies have posited the presence of a general dimension of emotional dysregulation or internalizing problems. This perspective aligns with current transdiagnostic and psychopathology models (e.g., the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP), wherein depression or anxiety are conceptualized as dimensional spectra distributed across a continuum (Eaton et al., 2023). From this broader framework, psychological distress should be mainly determined by the presence of emotional – or internalizing – symptoms such as anxiety and depression (Piqueras et al., 2021). These common overlaps lead, amongst other, to more difficult assessments, increased symptom severity, and complicated treatment methods.

The use of valid screening tools is relevant for a better understanding of these phenomena as well as for the early and reliable detection of youth with anxiety and depression symptoms for prevention purposes. Systematic screening for depression and anxiety has been recommended by major international associations (e.g., National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2013]). Nonetheless, standardization in assessment and treatment

has been lacking, particularly at early ages (Bernaras et al., 2019; Cucci et al., 2022). Identifying adolescents with symptoms of depression and anxiety in health, social, or educational settings can contribute to informed decision-making. In accordance with the guidelines outlined by the NICE (CG159), effective psychological interventions for addressing mental health issues exist. However, their accessibility to the entire population may be hindered by challenges in recognition attributed to the limited utilization of effective assessment tools (NICE, 2013).

Previous literature has identified numerous measurement instruments to assess symptoms of anxiety or depression, or more generally, the internalizing dimension, in adolescent populations (e.g., Bernaras et al., 2019; Creswell et al., 2020; Deighton et al., 2014; Piqueras et al., 2017; Spence, 2018). In this context, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) are two widely employed measurement instruments that have shown adequate psychometric properties across samples (Arroll et al., 2010; Kroenke, 2021; Löwe et al., 2008; Mossman et al., 2017; Spitzer et al., 2006). The PHQ-9, developed by Kroenke et al. (2001), serves as a self-report instrument utilized for the assessment of depressive symptoms. Meanwhile, the GAD-7 (Spitzer et al., 2006) is designed to evaluate generalized anxiety disorder. Previous studies have gathered sources of validity evidences, both adult and adolescent populations, including clinical and subclinical samples (Kiviruusu et al., 2023; Mossman et al., 2017). In the Spanish context, Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabi, et al. (2023) and Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Lucas-Molina, et al. (2024) have respectively validated the PHQ-9 and GAD-7 in large samples of adolescents. In addition, a brief version of both measures has been developed to assess depression and anxiety in educational contexts (Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, & Fonseca-Pedrero, 2024; Muñoz-Navarro et al., 2017).

To date, no previous studies have provided Spanish norms for the GAD-7 and PHQ-9 during adolescence. In this context, the main goal of this study was to provide Spanish normative data for the PHQ-9 and GAD-7 in a representative sample of Spanish adolescents in educational settings. The results will facilitate the adequate interpretation of individuals' raw scores to make informed and data-driven decisions. Reliable and valid assessment of mental health among young people is essential, as it enables early detection and identification of clinical and at-risk cases, which in turn may help to guide preventive interventions at a critical stage of human development such as adolescence.

Method

Participants

Stratified random sampling was conducted at the classroom level in the entire student population of La Rioja. The students attended various public and charter educational centers, including compulsory secondary education and vocational training. The strata were formed based on the ownership of the educational institutions, whether public or charter, and the educational level. A total of 34 schools and 98 classrooms participated in the study. Data were collected from October 2021 to February 2022.

The initial sample consisted of 2,640 students. Participants scoring above 2 on the Oviedo Infrequent Response Scale ($n = 175$) or aged 18 years and above ($n = 247$) were excluded from the sample. Consequently, the final sample consisted of 2,235 students, 1,045 males (46.8%), 1,183 females (52.9%), and 7 intersex (0.3%). The mean age was 14.49 years ($SD = 1.76$), with an age range from 12 to 18 years. The age distribution was as follows: 12 years, $n = 280$; 13 years, $n = 387$; 14 years, $n = 396$; 15 years, $n = 408$; 16 years,

Table 1. Descriptive Statistics and Prevalence (%) of the Items of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) in the Total Sample

Items	M	SD	% Not at all	% Several days	% More than half the days	% Nearly everyday
PHQ 1. Little interest or pleasure in doing things	0.94	0.91	36.13	42.95	11.94	8.98
PHQ 2. Feeling down, depressed, or hopeless	0.89	0.88	37.25	44.39	10.55	7.81
PHQ 3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0.80	1.03	53.14	25.40	9.38	12.07
PHQ 4. Feeling tired or having little energy	1.13	0.97	27.74	44.66	14.41	13.20
PHQ 5. Poor appetite or overeating	0.70	0.99	59.11	21.23	10.28	9.38
PHQ 6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down	0.69	0.95	56.55	26.44	8.48	8.53
PHQ 7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	1.01	1.01	37.93	34.78	15.22	12.07
PHQ 8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0.55	0.84	63.69	22.40	9.34	4.58
PHQ 9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0.26	0.65	82.49	11.27	3.55	2.69
GAD 1. Feeling nervous, anxious or on edge	1.14	0.90	24.86	45.78	19.61	9.75
GAD 2. Not being able to stop or control worrying	1.11	1.01	33.80	34.16	19.61	12.43
GAD 3. Worrying too much about different things	1.18	1.03	31.55	33.12	21.36	13.88
GAD 4. Trouble relaxing	0.95	1.00	42.91	28.86	18.58	9.65
GAD 5. Being so restless that it is hard to sit still	0.69	0.91	55.29	27.38	10.73	6.60
GAD 6. Becoming easily annoyed or irritable	1.21	1.00	27.06	39.18	19.57	14.18
GAD 7. Feeling afraid as if something awful might happen	0.61	0.90	61.58	22.49	9.78	6.15

Note. PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder Assessment-7.

$n = 371$; 17 years, $n = 240$; and 18 years, $n = 153$. The majority of participants, 90.84%, identified themselves as Spanish.

Instruments

The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)

It is a self-report consisting of 9 items that assess depressive symptomatology based on the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Respondents answer the items based on the frequency of symptoms using a 4-point Likert scale (0 = *never*, 1 = *some days*, 2 = *more than half of the days*, 3 = *almost every day*). The validation of the PHQ-9 in Spanish adolescents was undertaken by Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabí, et al. (2023).

The Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006)

It is a self-report consisting of seven items with a 4-option Likert response scale (0 = *never*, 1 = *several days*, 2 = *more than half of the days*, and 3 = *almost every day*). It assesses the severity of symptoms of generalized anxiety disorder during the last two weeks. The GAD-7 has been validated in Spanish by Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Lucas-Molina, et al. (2024).

The Oviedo Infrequency Scale-Revised (INF-OV-R; Fonseca-Pedrero et al., 2019)

This was used to identify random, pseudorandom, or dishonest response patterns among participants. The INF-OV-R is a self-report questionnaire comprising 10 items with a dichotomous response format (yes/no). Students who answered more than two items incorrectly on the INF-OV-R were excluded from the sample.

Procedure

The research received approval from the Clinical Research Ethics Committee of La Rioja (CEImLAR). Psychometric measures were administered to groups of 10 to 30 students using personal computers in a dedicated classroom during regular school hours. The administration was supervised by researchers trained in a standard protocol. No incentives were offered for participation. Families of the participants were requested to sign an informed consent form, granting permission for their children to participate in the study. Participants were briefed on the confidentiality of their responses and the voluntary nature of their involvement. This study is part of a broader project named Evidence-based Psychology in Educational Contexts (PSICE) (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabí, et al., 2023; Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Lucas-Molina, et al., 2023).

Data Analyses

First, descriptive statistics (mean and standard deviation) were calculated for the PHQ-9 and GAD-7 items, for the total sample, as well as for sex and age groups. Age groups were defined by separating the early pubertal or adolescent stage (ages 12 to 14) from the post-pubertal stage (ages 15 to 18) (WHO, 2021). Secondly, the presence of statistically significant differences according to sex and age groups was examined. For this purpose, a multivariate analysis of variance (MANOVA) was carried out. Prior research has shown sex invariance in the PHQ-9 scores (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabí, et al., 2023) and both sex and age invariance in the GAD-7 scores (Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Lucas-Molina, et al., 2024). In the present study, data analysis revealed age invariance in the PHQ-9 scores. Subsequently, percentile rankings of the questionnaires were established for the overall sample and within groups categorized by sex and age. Statistical analyses were performed using SPSS 25.0 and JASP programs.

Results

Descriptive Statistics for the PHQ-9 and GAD-7

Table 1 presents the descriptive statistics for the PHQ-9 and GAD-7 items. In Table 2, the descriptive statistics are delineated by sex and age group. The prevalence for the PHQ-9 and GAD-7 according to the different levels of severity are presented in Table 3.

Table 2. Descriptive Statistics of the Items of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) Based on Sex and Age

Item	Male		Female		12-14 years		15-18 years	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
PHQ 1	0.80	0.84	1.06	0.96	0.81	0.90	1.05	0.91
PHQ 2	0.60	0.76	1.14	0.90	0.77	0.84	1.00	0.90
PHQ 3	0.52	0.85	1.05	1.12	0.73	1.01	0.88	1.05
PHQ 4	0.85	0.88	1.38	0.97	0.99	0.93	1.25	0.98
PHQ 5	0.41	0.79	0.96	1.08	0.60	0.94	0.79	1.02
PHQ 6	0.38	0.75	0.97	1.02	0.64	0.95	0.74	0.94
PHQ 7	0.89	0.95	1.12	1.04	0.92	1.01	1.10	0.99
PHQ 8	0.41	0.76	0.67	0.89	0.51	0.82	0.58	0.86
PHQ 9	0.13	0.47	0.38	0.76	0.29	0.66	0.25	0.65
GAD 1	0.85	0.78	1.40	0.92	1.08	0.89	1.20	0.91
GAD 2	0.77	0.87	1.40	1.03	0.98	0.99	1.22	1.01
GAD 3	0.84	0.90	1.47	1.04	1.07	1.03	1.27	1.02
GAD 4	0.63	0.84	1.23	1.04	0.85	0.98	1.04	1.01
GAD 5	0.47	0.78	0.87	0.98	0.62	0.88	0.75	0.93
GAD 6	0.88	0.88	1.50	1.00	1.15	1.01	1.26	0.98
GAD 7	0.38	0.72	0.80	0.99	0.62	0.91	0.59	0.88

Table 3. Prevalence Estimates of PHQ-9 and GAD-7

PHQ-9	Cut-off Scores ¹	%	GAD-7	Cut-off Scores ²	%
Minimal	0-4	43.63	Minimal	0-4	42.32
Mild	5-9	28.68	Mild	5-9	28.15
Moderate	10-14	15.17	Moderate	10-14	18.40
Moderately severe	15-19	8.08	Severe	15-21	11.13
Severe	20-27	4.44			

Note. ¹Cut-off scores from Kroenke et al. (2001). ²Cut-off scores from Spitzer et al. (2006).

Comparisons of Mean PHQ-9 and GAD-7 Scores Based on Sex and Age

The MANOVA results confirmed statistically significant differences in PHQ-9 and GAD-7 scores based on participants' sex and age. Multivariate contrasts, analyzing mean score differences across both depression and anxiety scales, indicated significant differences associated with sex ($\lambda = .859, F_{(1,2233)} = 181.74, p < .001; \text{partial } \eta^2 = .14$), and age ($\lambda = 0.859, F_{(1,2233)} = 181.74; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.14$) and age ($\lambda = 0.981, F_{(1,2233)} = 21.94; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.019$). However, the interaction between sex and age was not statistically significant ($\lambda = 1, F_{(1,2233)} = 0.493, p > .05; \text{partial } \eta^2 = 0$).

Based on the sex of adolescents, univariate contrasts revealed that girls attained higher mean scores than boys, both in depression ($\lambda = 1, F_{(1,2233)} = 0.493; p > 0.05; \text{partial } \eta^2 = 0$); $M_{\text{boys}} = 4.98, SD_{\text{boys}} = 4.52; M_{\text{girls}} = 8.74, SD_{\text{girls}} = 6.18$, and in age ($\lambda = 0.859, F_{(1,2233)} = 181.74; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.14$) and age ($\lambda = 0.981, F_{(1,2233)} = 21.94; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.019$). Regarding the age of adolescents, univariate contrasts revealed that older adolescents (late adolescence) had higher mean scores than younger adolescents (early adolescence), both in depression ($F_{(1,2224)} = 43.67; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.019$); $M_{\text{early}} = 6.25, SD_{\text{early}} = 5.64; M_{\text{late}} = 7.64, SD_{\text{late}} = 5.83$) and in anxiety

($F_{(1,2224)} = 26.67; p < 0.001; \text{partial } \eta^2 = 0.012$; $M_{\text{early}} = 6.38, SD_{\text{early}} = 5.17; M_{\text{late}} = 7.32, SD_{\text{late}} = 5.36$).

Normative Data for the PHQ-9 and GAD-7 in Spanish Adolescents

Based on the age and sex findings reported above, we calculated separate percentile ranks of raw values for two age groups, as well as for boys and girls. Tables 4 and 5 display percentile-type scaling for the scores on each questionnaire, both for the entire sample and by sex and age.

Table 4. Norms of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in the Total Sample and Based on Sex and Age

Percentile	Total	Male	Female	12-14 years	15-18 years	Percentile
1	0	0	0	0	0	1
5	0	0	1	0	1	5
10	1	1	2	1	1	10
20	2	1	3	2	3	20
30	3	2	4	2	4	30
40	4	3	6	4	5	40
50	5	4	7	4	6	50
60	7	5	9	6	8	60
70	9	6	11	8	10	70
80	12	8	14	11	13	80
90	15	11	18	15	16	90
95	19	15	21	18	20	95
99	24	21	25	23	25	99
M	6.98	4.98	8.74	6.25	7.64	
SD	5.78	4.52	6.18	5.64	5.83	

Table 5. Norms of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) in the Total Sample and Based on Sex and Age

Percentile	Total	Male	Female	12-14 years	15-18 years	Percentile
1	0	0	0	0	0	1
5	0	0	1	0	0	5
10	1	0	2	1	1	10
20	2	1	3	2	2	20
30	3	2	5	3	3	30
40	4	3	6	4	5	40
50	6	4	8	5	6	50
60	7	5	10	6	8	60
70	9	6	12	9	10	70
80	12	8	14	11	12	80
90	15	11	16	14	15	90
95	17	14	18	17	18	95
99	21	19	21	20	21	99
M	6.87	4.84	8.68	6.38	7.32	
SD	5.29	4.31	5.42	5.17	5.36	

Discussion

Anxiety and depression symptoms and disorders during adolescence are distressing, impairing, and prevalent. They interfere with social relationships and educational achievement and increase the risk of suicidal behaviors and other mental health disorders. In addition, anxiety and depression symptoms in adolescents are frequently misdiagnosed and undertreated. The assessment of emotional symptoms for epidemiological and preventive purposes is crucial. It is imperative that these tools are valid, useful, simple, and quickly administered within the child and adolescent population, as highlighted in previous research (Anum et al., 2019; Kivuruusu et al.,

2023; Theuring et al., 2023). Thus, the aim of this study was to provide normative data of the GAD-7 and PHQ-9 in Spanish adolescents.

The prevalence of severe anxiety symptomatology found in the analyzed sample reached 11.1%, while for depression symptoms were 4.44%. The results obtained in the present study seem consistent with previous international reports (Biswas et al., 2020; Canals et al., 2019; Shorey et al., 2022; WHO, 2021). For instance, Biswas et al. (2020) using a sample of 275,057 adolescents aged 12-17 years found that the overall 12-month prevalence of anxiety was 9.0%. Shorey et al. (2022) detected that the prevalence of major depressive disorder among adolescents was approximately 8% (95% CI [.02, .13]). In this study, moderate to severe depressive and anxious symptomatology were observed in 14% of boys and 38% of girls, and in 15% of boys and 41% of girls, respectively. Regarding age, adolescents aged 14 or younger exhibit rates of moderate to severe depressive and anxious symptomatology at 14% and 26%, respectively. In contrast, from the age of 15 onward, these figures rise to 31% and 33%, respectively. These results are consistent with recent research, such as the PSICE study (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabí, et al., 2023). Previous studies with samples of Spanish adolescents (Canals-Sanz et al., 2018; Canals-Sanz et al., 2019; Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, & Fonseca-Pedrero, 2024; Dooley et al., 2023; Plenty et al., 2021; Thompson et al., 2021) have shown that girls exhibit higher levels of depressive and anxious symptomatology compared to boys, and older adolescents exhibit higher levels than younger ones. These variations in the phenotype expression of internalizing symptoms may be related to a developmental period that involves physical, psychological, and social changes, which may increase an individual's sensitivity and reactivity to stress exposure.

A reliable and early detection of anxiety and depression symptoms in adolescents is one of the main strategies for their prevention. To screening purposes it is necessary to have measurement instruments with appropriate psychometric properties. These measuring instruments allow for the assessment of the mental health status of individuals, including minors. For adolescents, it is recommended to use simple and brief items that are easily understandable. These are the reasons that have led to the administration of the PHQ-9 and GAD-7, freely available instruments capable of assessing the presence of self-reported symptoms of depression and anxiety. These tools have shown evidence of validity and adequate reliability scores in Spanish adolescents (Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, & Fonseca-Pedrero, 2024; Casares, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Lucas-Molina, et al., 2024; Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez, Pérez-Albéniz, Al-Halabí, et al., 2023). Furthermore, a reliable and valid assessment of mental health in young people is crucial as it allows for the detection and early identification of adolescents at high risk. This, in turn, can support rapid referral and provide better guidance for psychological treatment during a critical stage of human development, such as adolescence (Fonseca-Pedrero et al., 2021). The establishment of scoring criteria for the total sample and the subgroups formed based on sex and age provides the opportunity to interpret the scores by considering the reference group. Additionally, these criteria, derived from the scores observed in a representative sample of the adolescent population in Spain, are highly beneficial for evaluating, diagnosing, and addressing depression and anxiety symptoms in boys and girls aged between 12 and 18 years of age.

The simultaneous presence of symptoms related to various mental health issues implies the necessity of assessment and diagnostic procedures that consider this overlap. Comorbidity is frequently observed, particularly concerning depressive and anxious symptoms. Meta-analyses conducted by Avenevoli et al. (2001), Garber and Weersing (2010), and Yorbik et al. (2004) suggest that, on average, between 15% and 75% of young individuals with depressive symptoms also exhibit symptoms of anxiety. Furthermore, approximately 10% to 15% of young people diagnosed with an anxiety disorder have received a concurrent diagnosis of comorbid depressive disorder at

some point in their lives. Other population-based epidemiological studies have similarly documented a high comorbidity among internalizing disorders (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2010). This comorbidity associated with the internalizing dimension not only contributes to the understanding of existing psychopathology but also sheds light on potential vulnerability, as risk and protective factors across various levels (Hankin et al., 2016).

Hankin et al. (2016) highlighted the utility of dimensional models in comprehending the co-occurrence of various types of internalizing psychopathology symptoms. In addition, transdiagnostic models are used to explain the high prevalence of comorbidity between disorders. Cognitive vulnerabilities and risk factors, such as executive function or information processing biases, can predict both a single internalizing dimension and specific symptoms. Moreover, the process of maturation during childhood and adolescence integrates biological, cognitive, affective, and social systems, giving rise to risk or protective mechanisms.

It is necessary to implement programs for the promotion of mental health and the prevention of emotional problems in school settings. This can be accomplished through the implementation of reliable screening systems. Universal school-based screening would improve the detection of adolescent depression and anxiety and reduce the limited capacity of the healthcare system to provide adequate psychological support to those who clearly need treatment. In this context, compared to other methods (e.g., clinical interviews), the use of self-reports constitutes a rapid, efficient and non-invasive method of assessment. Depression and anxiety screening and prevention programs for young people need to go beyond the clinic walls. The overarching goal is to diminish the likelihood of future disorders and mitigate the health burden across various levels, including the personal, family, school, and societal spheres. Furthermore, investing in preventive strategies has the potential to enhance the psychological well-being of children and society as a whole, as emphasized in prior studies (Beardslee et al., 2013; Solmi et al., 2022; Zhao et al., 2023).

Certain limitations of the present study need consideration. Firstly, the data collection instruments employed are self-reports, introducing potential concerns related to social desirability and introspective capacity, particularly when assessing a sample of adolescents. Additionally, it is essential to acknowledge that the norms calculated in this study are derived from adolescents attending schools in the same Spanish region (La Rioja). Therefore, caution should be exercised when attempting to generalize the obtained results.

This study validates the PHQ-9 and GAD-7 scores for use in Spanish adolescents and provides normative data based on sex and age to ensure appropriate interpretation of tests scores. The PHQ-9 and GAD-7 may be used as screening tools for the universal early detection of depression and anxiety symptoms during adolescence in clinical and school settings. Future research could replicate these findings in samples of adolescents from various Spanish regions, engage in longitudinal studies, incorporate assessment methods based on information technology (Elosua et al., 2023), or explore the relationship between depressive and anxious symptoms with other bio-psycho-social variables and risk and protective factors (Álvarez-Marin et al., 2022; Cuijpers et al., 2023; Ortuño-Sierra et al., 2022). Furthermore, it is crucial to determine the cut-off points and compare them with those obtained from diverse populations. Finally, validated and standardized tests could be included on a national platform of freely available Spanish-language tests, as part of a comprehensive strategy for open science in the field of psychology.

Conflict of Interest

The authors of this article declare no conflict of interest.

References

- Álvarez-Marín, I., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Martínez-Valderrey, V., & Fonseca-Pedrero, E. (2022). Bullying in adolescence: Impact on socioemotional and behavioral adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, 27(2), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.02.003>
- Anum, A., Adjorlolo, S., & Kugbey, N. (2019). Depressive symptomatology in adolescents in Ghana: Examination of psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9. *Journal of Affective Disorders*, 256, 213-218. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.007>
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Fallon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348-354. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01142-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01142-8)
- Baker, H. J., Lawrence, P. J., Karalus, J., Creswell, C., & Waite, P. (2021). The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 765-782. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-2>
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Gladstone, T. R., Gallop, R., Lynch, F. L., Iyengar, S., DeBar, L., & Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1161-1170. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.295>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers of Psychology*, 10, Article 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EclinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., & Arijá-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Canals-Sans, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arijá, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2023.12.003>
- Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354, 331-338. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>
- Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Practitioner review: Anxiety disorders in children and young people - assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(6), 628-643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>
- Croarkin, P. E., Nakonezny, P. A., Deng, Z. D., Romanowicz, M., Voort, J. L. V., Camsari, D., Shack, K., Port, J., & Lewis, C. (2018). High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression. *Journal of Affective Disorders*, 239, 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.048>
- Cucci, K. E., Thompson, J., & Derouin, A. (2022). Bridging the gap in adolescent depression: An action plan intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 36(3), 264-269. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.10.008>
- Cuijpers, P., Javed, A., & Bhui, K. (2023). The WHO World Mental Health Report: A call for action. *The British Journal of Psychiatry*, 222(6), 227-229. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.9>
- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: A review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, Article 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14>
- Dooley, N., Kennelly, B., Arseneault, L., Zammit, S., Whelan, R., Mosley, O., Cotter, D., Clarke, M., Cotter, D. R., Kelleher, L., McGorry, P., Healy, C., & Cannon, M. (2023). Functional outcomes among young people with trajectories of persistent childhood psychopathology. *JAMA Network Open*, 6(9), Article e2336520. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36520>
- Eaton, N. R., Bringmann, L. F., Elmer, T., Fried, E. I., Forbes, M. K., Greene, A. L., Krueger, R. F., Kotov, R., McGorry, P. D., Mei, C., & Waszczuk, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology*, 2, 622-636. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>
- Elosua, P., Aguado, D., Fonseca-Pedrero, E., Abad, F. J., & Santamaría, P. (2023). New trends in digital technology-based psychological and educational assessment. *Psicothema*, 35(1), 50-57. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.241>
- Finning, K., Ukoumunne, O. C., Ford, T., Danielson-Waters, E., Shaw, L., Romero De Jager, I., Stentiford, L., & Moore, D. A. (2019). Review: The association between anxiety and poor attendance at school - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 205-216. <https://doi.org/10.1111/camh.12322>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., & Debbané, M. (2023). Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 328, Article 115486. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115486>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S., & Calvo, P. (2023). Psychology professionals in educational contexts: An unavoidable necessity. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 112-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018>
- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez-Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A., & Debbané, M. (2023). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clinica y Salud*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Díez-Gómez, A., Ortuño-Sierra, J., & Lucas-Molina, B. (2019). *Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada*. Documento no publicado. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E., Muñoz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños-Rivera, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abriel, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17(4), 293-306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.20.01221.x>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandin, B., Ehrenreich-May, J., & Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de Psicodidáctica*, 25(2), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Hankin, B. L., Snyder, H. R., Gully, L. D., Schweizer, T. H., Bijttebier, P., Nelis, S., Toh, G., & Vasey, M. W. (2016). Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 987-1012. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000663>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Pine, D. S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997-2010. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000025>
- Kiviruusu, O., Haravuori, H., Lindgren, M., Therman, S., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Aalto-Setälä, T. (2023). Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021-Trend and the impact of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 330, 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.010>
- Kroenke, K. (2021). PHQ-9: Global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*, 20(1), 135-136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- McLaughlin, K. A., & King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 311-323. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9898-1>

- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(10\)00476-4/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(10)00476-4/abstract)
- Mossman, S. A., Luft, M. J., Schroeder, H. K., Varney, S. T., Fleck, D. E., Barzman, D. H., Gilman, R., DelBello, M. P., & Strawn, J. R. (2017). The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), Article 227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069107/>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enriquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312-317. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117300847?via%3Dihub>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment*. NICE guideline [CG159]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- Ortuño-Sierra, J., Pérez-Sáenz, J., Mason, O., Pérez de Albéniz, A., & Fonseca Pedrero, E. (2022). Problematic Internet use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Adicciones*, 0(0), Article 1801. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1801>
- Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). Parental support and gender moderate the relationship between sexual orientation and suicidal behavior in adolescents. *Psicothema*, 35(3), 248-258. <https://www.psicothema.com/pii?pii=4808>
- Piqueras, J. A., García-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Martínez-González, A. E., & Cuijpers, P. (2021). DetectaWeb-Distress Scale: A global and multidimensional web-based screener for emotional disorder symptoms in children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 627604. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.627604/full>
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153-169. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032716323357?via%3Dihub>
- Plenty, S., Magnusson, C., & Läftman, S. B. (2021). Internalising and externalising problems during adolescence and the subsequent likelihood of being Not in Employment, Education or Training (NEET) among males and females: The mediating role of school performance. *SSM - Population Health*, 15, Article 100873. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235227321001488?via%3Dihub>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & 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, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://acmh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12381>
- Quevedo-Blasco, R., Díaz-Román, A., & Quevedo-Blasco, V. J. (2023). Associations between sleep, depression, and cognitive performance in adolescence. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 501-511. <https://www.mdpi.com/2254-9625/13/2/38>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, Article 104376. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796723001249?via%3Dihub>
- Riglin, L., Petrides, K. V., Frederickson, N., & Rice, F. (2014). The relationship between emotional problems and subsequent school attainment: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 37(4), 335-346. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.adolescence.2014.02.010>
- Sánchez Hernández, M. O., Carrasco, M. A., & Holgado-Tello, F. P. (2021). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(3), 736-749. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjc.12333>
- Solmi, M., Radau, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://www.nature.com/articles/s41380-021-01161-7>
- Spence, S. H. (2018). Assessing anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(3), 266-282. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12251>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet (London, England)*, 400(10352), 617-631. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01012-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01012-1/abstract)
- Theuring, S., Kern, M., Hommes, F., Mall, M. A., Seybold, J., Mockenhaupt, F. P., Glatz, T., & Kurth, T. (2023). Generalized anxiety disorder in Berlin school children after the third COVID-19 wave in Germany: A cohort study between June and September 2021. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 1-9. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00552-0>
- Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M. N., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., & Eley, T. C. (2021). Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. *Depression and Anxiety*, 38(10), 1054-1065. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.23213>
- Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., Allen, N. B., Avenevoli, S., Bella-Awusah, T., Chanan, A., Chen, E. Y. H., Correll, C. U., Do, K. Q., Fisher, H. L., Frangou, S., Hickie, I. B., Keshavan, M. S., Konrad, K., Lee, F. S., Liu, C. H., ... Wood, S. J. (2023). Towards a youth mental health paradigm: A perspective and roadmap. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3171-3181. <https://www.nature.com/articles/s41380-023-02202-z>
- Veldman, K., Reijneveld, S. A., Ortiz, J. A., Verhulst, F. C., & Bultmann, U. (2015). Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: Results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 588-593. <https://jech.bmj.com/content/69/6/588>
- World Health Organization (WHO). (2021). *WHO guideline on school health services*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>
- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-1761. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1210>
- Zhao, H., Li, L., Zhang, X., Shi, J., Lai, W., Wang, W., Guo, L., Gong, J., & Lu, C. (2023). Global, regional, and national burden of depressive disorders among young people aged 10-24 years, 2010-2019. *Journal of Psychiatric Research*, 170, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.047>

Capítulo 7. Discusión

El objetivo general de esta Tesis Doctoral ha sido evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en contextos educativos y examinar su relación con el ajuste psicosocial en una muestra representativa de adolescentes. Para ello se han seleccionado dos instrumentos de medida de la depresión (PHQ-9) y de la ansiedad (GAD-7) y se ha desarrollado una versión breve combinada de ambos (PHQ-GAD-8). Las puntuaciones obtenidas de su administración en la muestra señalan, de forma general, una prevalencia de sintomatología de ansiedad severa del 11,1%, y del 4,44% para los síntomas de depresión. Asimismo, los hallazgos obtenidos de su administración han permitido observar el solapamiento entre la sintomatología depresiva y ansiosa y su relación con otros indicadores de ajuste socioemocional y conductual. Por último, se han establecido datos normativos españoles para las puntuaciones del PHQ-9 y el GAD-7 en función del sexo y de la edad.

A continuación, se expone la discusión detallada de cada uno de los artículos que componen la tesis doctoral, abordando los objetivos planteados. Este apartado concluye con la exposición de las limitaciones encontradas y la prospectiva.

7.1. Artículo 1

Ansiedad y depresión en contextos educativos: prevalencia, evaluación e impacto en el ajuste psicológico (*Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment*)

El objetivo principal del primero de los estudios que componen este trabajo ha sido analizar los síntomas de ansiedad y depresión en contextos educativos. La necesidad

de desarrollar esta investigación parte de la elevada prevalencia de los problemas emocionales presentes en la adolescencia, el impacto a nivel personal, familiar, educativo y social asociado, y la conveniencia de disponer de instrumentos breves y sencillos para identificar las dificultades emocionales en contextos educativos. Para ello se desarrolla una versión breve combinada de los cuestionarios *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y *Generalized Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), denominada PHQ-GAD-8 y se obtienen evidencias de su validez. También se examina la prevalencia de síntomas emocionales autoinformados y se analiza la relación de las puntuaciones obtenidas con variables afectivas, de salud mental y calidad de vida subjetiva.

La literatura consultada no recoge hasta la fecha ningún estudio que haya desarrollado una versión breve combinada de PHQ-9 y GAD-7 para la evaluación de los problemas internalizantes en adolescentes españoles. El análisis de la estructura interna de las puntuaciones sugiere la presencia de dos factores relacionados (depresión y ansiedad). En estudios previos, el análisis de la estructura interna de las puntuaciones de los dos cuestionarios de forma separada muestra la presencia de un único factor subyacente, ya sea depresión en el caso del PHQ-9 o ansiedad en el caso del GAD-7 (Kroenke et al., 2010; Muñoz-Navarro et al., 2017; Spitzer et al., 2006). Por otro lado, dada la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresión y el elevado solapamiento a nivel subclínico encontrado entre los síntomas de ansiedad y depresión (Sánchez-Hernández et al., 2023), es coherente la propuesta de modelos que postulan un factor general referido a la desregulación emocional o de dimensión internalizante. Las dos dimensiones encontradas en el presente estudio muestran congruencia con el espectro de disfunción emocional (*Emotional Dysfunction Superspectrum*) del modelo *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP) (Kotov et al., 2021), así como con los modelos transdiagnósticos (Eaton et al., 2023). Desde este marco más amplio, el

malestar subjetivo informado por los y las adolescentes puede estar determinado en gran medida por la presencia de síntomas emocionales o internalizantes como la ansiedad y la depresión (Piqueras et al., 2021).

En este sentido, dentro de los modelos transdiagnósticos, el modelo HiTOP es un sistema nosológico cuantitativo que muestra las deficiencias de los diagnósticos tradicionales de trastornos mentales tales como la arbitrariedad de los límites que se establecen entre la psicopatología y la normalidad, la frecuente comorbilidad de la sintomatología, la heterogeneidad dentro de los trastornos y la falta de fiabilidad diagnóstica (Watson et al., 2022). Manuales como el DSM presentan falta de validez ya que no describen las realidades clínicas (Pérez-Álvarez, 2015) y ponen en valor clasificaciones de los trastornos mentales basadas en la evidencia (Fonseca-Pedrero, 2023c). Y todo ello enlaza con la necesidad de distanciarse de ideas dualistas de la Psicología para optar por alternativas no cerebrocentristas como la ciencia conductual contextual o la psicología ecológica, que permiten una concepción transteórica de la Psicología como ciencia del sujeto y el comportamiento (Pérez-Álvarez, 2018b). Estos nuevos enfoques pueden tener implicaciones significativas para la conceptualización, la evaluación, el diagnóstico, la prevención y la intervención de los problemas de salud mental. Al adoptar una perspectiva dimensional, estas aproximaciones exploran los constructos psicológicos subyacentes que son comunes en diferentes trastornos mentales, yendo más allá de las clasificaciones nosológicas internacionales.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos en el presente estudio, los valores estimados en el análisis de la fiabilidad de las puntuaciones en el PHQ-GAD-8 han resultado satisfactorios, tal como se ha encontrado en investigaciones anteriores que estiman la fiabilidad del PHQ-9 y el GAD-7 en muestras de adolescentes (Burdzovic-Andreas y Brunborg, 2017; Leung et al., 2020). En la investigación realizada por Fonseca-

Pedrero et al. (2023b) con el PHQ-9 se estimó una fiabilidad de 0,87 calculada con el coeficiente omega de MacDonal. La investigación llevada a cabo por Tiirikainen et al. (2019) con el GAD-7 encontró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91.

Por otra parte, la frecuencia de la sintomatología depresiva y ansiosa informada por los y las adolescentes en este trabajo señala que es un fenómeno predominante en los contextos educativos. Estos resultados son congruentes con los encontrados en trabajos anteriores (Canals-Sans et al., 2019; Merikangas et al., 2010; Shorey et al., 2022). Por ejemplo, estudios previos han hallado que la tasa de prevalencia puntual global de síntomas depresivos autoinformados es del 34% (Shorey et al., 2022). En España, los síntomas de ansiedad son los registrados más frecuentemente con cifras que alcanzan el 8,7% en chicos y el 11,11% en chicas entre 10 y 14 años, y el 17,8% en chicos y el 36% en chicas entre los 15 y los 19 años. Por su parte, la sintomatología depresiva aparece en el 1,1% en chicos y el 1,2% en chicas entre 10 y 14 años y en el 4% en chicos y el 6,8% en chicas entre los 15 y los 19 años (Sistema Nacional de Salud, 2020).

Como se puede observar, los problemas emocionales son comunes en este grupo de edad, extendiéndose más allá de las fronteras clínicas establecidas por los manuales diagnósticos. Igualmente, desde un modelo dimensional, estos fenómenos se expresan en un *continuum* de gravedad por lo que no se tienen que asociar necesariamente con discapacidad o búsqueda de tratamiento. Para su comprensión y significado hace falta considerar otras variables como la frecuencia y el malestar asociado, su posible impacto en otras áreas o el contexto biográfico y cultural del menor. Los síntomas de ansiedad y depresión se han asociado positivamente con afecto negativo y problemas emocionales y de conducta, y negativamente con afecto positivo y calidad de vida. Estos resultados aparecen también en estudios previos que muestran una relación negativa entre sintomatología depresiva y ansiedad con afecto positivo y calidad de vida (Sanmartín et

al., 2020) y una relación positiva con afecto negativo (Sanmartín et al., 2018) y con las dificultades conductuales y sociales (Ortuño-Sierra et al., 2022). Además, el modelo de ecuaciones estructurales obtenido sugiere que la dimensión depresión puede ser pronosticada a partir de las puntuaciones en problemas emocionales y conductuales, afecto positivo y negativo y calidad de vida, mientras que la dimensión ansiedad se puede predecir desde los valores en problemas emocionales y conductuales y afecto positivo y negativo. En lo que se refiere a los problemas emocionales y conductuales, investigaciones previas han encontrado que la puntuación total en el SDQ es relevante en el pronóstico de la sintomatología ansiosa en niños y niñas con una media de edad de 10 años (Bryant et al., 2020).

Al igual que hacen las asociaciones internacionales, los resultados obtenidos recomiendan el cribado de la ansiedad y depresión en niños, niñas y adolescentes (Forman-Hoffman et al., 2016; Mangione et al., 2022). La protección y cuidado de la salud mental de los menores en contextos educativos requiere la implementación de programas para la promoción del bienestar psicológico y la prevención de los problemas de salud mental (Fonseca-Pedrero et al., 2023a; Kirkbride et al., 2024; OMS, 2021a). Más aún si se considera, por un lado, la existencia de una elevada probabilidad de que los trastornos mentales más comunes en los adultos emerjan por primera vez en la niñez y la adolescencia (Solmi et al., 2022), y por otro, el diagnóstico erróneo que suele realizarse de los síntomas emocionales en adolescentes y el tratamiento insuficiente de estos.

Todo ello manifiesta la importancia de disponer de instrumentos de cribado fiables y adaptados a edades tempranas que permitan su detección e identificación temprana, y posteriormente, si fuera el caso, implementar una intervención preventiva con la meta no sólo de reducir la sintomatología sino también de optimizar su desarrollo personal, escolar, familiar y social. A este respecto, la investigación previa ha mostrado la

efectividad de programas para la prevención universal de la ansiedad y la depresión en entornos escolares. Asimismo, algunos programas específicos de prevención selectiva o indicada han presentado tamaños del efecto significativamente mayores que los obtenidos con programas universales (Werner-Seidler et al., 2017, 2021), mientras que en otras investigaciones los programas universales y los específicos se han mostrado igualmente eficaces (Salazar de Pablo et al., 2020).

No cabe duda de que los centros escolares son entornos esenciales para la adquisición de habilidades socioemocionales (por ejemplo, autorregulación y resiliencia). No obstante, en contextos educativos sigue siendo necesario desarrollar políticas públicas que promuevan el bienestar psicológico, que estén basadas en la evidencia y que tengan como pilares esenciales la detección temprana mediante procedimientos de cribado estandarizados, y la implementación de intervenciones psicológicas preventivas (Fazel y Sonesson, 2023; Fonseca-Pedrero et al., 2023c).

7.2. Artículo 2

Evaluación de la ansiedad en adolescentes: Validación del *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* en una muestra representativa de adolescentes (*Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents*)

El objetivo del segundo trabajo ha consistido en analizar las propiedades psicométricas de las puntuaciones del *Generalized Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7) en una muestra representativa de adolescentes españoles.

Los problemas de salud mental, como la sintomatología ansiosa, constituyen una de las principales causas de discapacidad y de carga de enfermedad en la adolescencia. Durante este periodo, la prevalencia de los problemas de ansiedad alcanza valores

cercanos al 5% (OMS, 2021a). La detección e identificación fiable y temprana de los síntomas de ansiedad durante la adolescencia es una de las principales estrategias para su prevención.

Como se ha señalado con anterioridad, la prevalencia de sintomatología de ansiedad generalizada severa hallada en la muestra analizada alcanzó el 11,1%. En investigaciones previas llevadas a cabo con muestras de adolescentes se han obtenido tasas de sintomatología ansiosa que han oscilado entre el 10% y el 29,9% (García et al., 2021; Kasturi et al., 2023). Por su parte, Biswas et al. (2020), utilizando una muestra de 275.057 adolescentes de 12 a 17 años, encontraron niveles de ansiedad generalizada del 9,0%. Anteriormente en España, Canals-Sans et al. (2019) habían señalado una prevalencia de ansiedad generalizada del 6,9%.

También se encontraron diferencias en la prevalencia en función del sexo y la edad siendo superior en las chicas (17,2%) que en los chicos (4,3%) y en el grupo de más edad (12,5%) que en los más jóvenes (9,6%). En el análisis de medias latentes llevado a cabo se encontró que las mujeres presentaron puntuaciones medias mayores que los varones, y que los adolescentes de 15-18 años también mostraron promedios superiores a los de 12-14 años. Estos resultados son congruentes con los hallados en estudios previos con adolescentes españoles (Canals-Sans et al., 2019; Fonseca-Pedrero, et al., 2023d) y siguen la misma tendencia que las investigaciones internacionales que tienen en cuenta el sexo y la edad de los adolescentes (Caputi y Bosacki, 2023; McLaughlin y Kevin King, 2015; Ohannessian, 2017; Thompson et al., 2021). En el estudio desarrollado con adolescentes por Todorović et al. (2023), en 5 de los 7 ítems del GAD se obtuvieron puntuaciones más elevadas en las chicas que en los chicos ($p < 0,04$). En la investigación realizada por Piqueras (2021), las chicas también obtuvieron puntuaciones más altas en TAG que los

chicos y los adolescentes mayores valores que los niños ($p < 0,001$), aunque los tamaños del efecto fueron pequeños o medianos en todas las comparaciones.

Al analizar la estructura interna de las puntuaciones obtenidas, el modelo factorial unidimensional de los ítems del GAD-7 ha mostrado índices de bondad de ajuste satisfactorios. Se encontraron resultados similares en investigaciones anteriores realizadas en otros países con muestras de adolescentes (Adjorlolo, 2019; Crockett et al., 2022; Mossman et al., 2017; Osborn et al., 2022; Tiirikainen et al., 2019; Todorović et al., 2023). En el estudio epidemiológico llevado a cabo por Ip et al. (2022), con adolescentes de Hong Kong se probó la unidimensionalidad de las puntuaciones del GAD-7 desde el enfoque de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI). Por otro lado, se ha podido confirmar invarianza escalar con respecto al sexo y a la edad de los adolescentes, cuestión no analizada en estudios previos, lo que implica que el constructo es similar en los grupos comparados (Shorey et al., 2019). Se debe enfatizar que si no se cumple la invarianza de medición se debe cuestionar la validez de dichas puntuaciones. Dadas las diferencias encontradas entre la sintomatología ansiosa en función del sexo y de la edad (Davies et al., 2019; Thompson et al., 2021), es importante tener en cuenta que la comparabilidad entre diferentes grupos sólo tiene sentido si se puede garantizar que los participantes interpretan y comprenden el constructo latente de forma similar. La invarianza escalar es necesaria para el uso clínico y práctico de las herramientas de evaluación (Rasmussen et al., 2015).

La consistencia interna de las puntuaciones del GAD-7, estimada mediante el coeficiente Omega, ha sido 0,90. Se ha calculado también, desde un enfoque psicométrico moderno, la función de información de prueba (TIF). El TIF ha proporcionado una mejor estimación en el rasgo latente alto, es decir, el GAD-7 ha ofrecido más información en niveles más elevados de gravedad de la sintomatología ansiosa. Esto es relevante en el

contexto de la capacidad de estimación de la puntuación real porque el TIF sirve como una estimación de la precisión del rasgo de ansiedad latente. En la investigación realizada por Todorović et al. (2023) sobre las puntuaciones en el GAD-7 obtenidas en una muestra de adolescentes franceses combinando la Teoría Clásica de los Test con la Teoría de Respuesta al Ítem se obtuvo un coeficiente alfa de 0,87. Estos resultados convergen con los obtenidos en adolescentes de otros países (Crockett et al., 2022; Ip et al., 2022; Mossman et al., 2017; Tiirikainen et al., 2019).

Las puntuaciones del GAD-7 se han asociado positivamente con síntomas de depresión, afecto negativo y problemas emocionales y de conducta, y negativamente con afecto positivo y calidad de vida. Resultados similares se encontraron en investigaciones anteriores (Chamizo-Nieto et al., 2020; Fernández-Sogorb et al., 2022). El estudio desarrollado por Sanmartín et al. (2020) señalaba que la combinación de niveles altos de afecto positivo y bajos de afecto negativo se relacionaba con puntuaciones elevadas en satisfacción con la vida y bajas en ansiedad social y depresión. En el estudio llevado a cabo por Espinosa et al. (2022) los síntomas ansiosos se asociaron a problemas de conducta e insatisfacción con la vida. Se ha relacionado una mayor gravedad de los síntomas de ansiedad con una peor calidad de vida y problemas depresivos, tanto en muestras de adultos como de adolescentes (Raknes et al., 2017; Wilmer et al., 2021). Por otra parte, la ansiedad es el problema emocional más frecuente en jóvenes con sintomatología depresiva, bipolar o psicótica (Ratheesh et al., 2023).

Los trastornos de ansiedad generan problemas tanto psicológicos como físicos que implican una elevada demanda de atención clínica (Moreno et al., 2019). La presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, también denominada internalizante, parece estar en aumento en la población adolescente durante las últimas décadas (Cucci et al., 2022; Gage y Patalay, 2021). A pesar del incremento de la evidencia de la eficacia de una intervención

temprana, los adolescentes son el grupo de edad con los niveles más bajos de acceso a servicios de salud mental (McGorry y Mei, 2018). Nuevos modelos de psicopatología como, la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología [HiTOP] (Kotov et al., 2017) o aproximaciones dimensionales transdiagnósticas (Brown y Barlow, 2009) puede proporcionarnos nuevos conocimientos para comprender los problemas de regulación emocional durante la infancia y la adolescencia. Además, estos nuevos enfoques pueden tener implicaciones significativas para la conceptualización, la evaluación, el diagnóstico, la prevención y la intervención. Al adoptar una perspectiva dimensional, estos enfoques exploran los constructos psicológicos subyacentes que son comunes en diferentes trastornos mentales (Eaton et al., 2023). En este sentido, el contexto educativo puede ser un entorno apropiado para implementar intervenciones transdiagnósticas efectivas dirigidas a prevenir la sintomatología de tipo internalizante (Fonseca-Pedrero, et al., 2023d; Zbukvic et al., 2023). La detección precoz durante la adolescencia de los problemas de ansiedad clínicos o subclínicos resulta fundamental para el diseño e implementación de programas para la promoción del bienestar psicológico (p.ej., desarrollo de competencias de tipo socioemocional) en contextos educativos con el fin de prevenir y reducir sus consecuencias en todos los ámbitos de la vida de los y las jóvenes (Durlak et al., 2022; Fonseca-Pedrero et al., 2023a).

7.3. Artículo 3

Síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes españoles: datos normativos de PHQ-9 y GAD-7 (*Depressive and Anxious Symptoms in Spanish Adolescents: Normative Data from the PHQ-9 and GAD-7*)

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión durante la adolescencia son prevalentes y se asocian a malestar y sufrimiento. Dichos fenómenos interfieren con las relaciones sociales y el rendimiento educativo y aumentan el riesgo de conductas suicidas (Pirkis et al., 2023) y otros trastornos de salud mental. Además, los síntomas de ansiedad y depresión en los adolescentes suelen estar mal diagnosticados y poco tratados. La evaluación de los síntomas emocionales con fines epidemiológicos y preventivos es, por lo tanto, crucial. Es imperativo que estas herramientas sean válidas, útiles, sencillas y de rápida administración dentro de la población infantil y adolescente y que se dispongan de baremos que permitan una interpretación válida de las puntuaciones (Anum et al., 2019; Kiviruusu et al., 2023; Theuring et al., 2023). En este contexto, el objetivo del presente trabajo ha sido proporcionar datos normativos españoles para PHQ-9 y GAD-7 en una muestra de adolescentes españoles.

Tal y como se ha ido presentando en anteriores apartados, la prevalencia de sintomatología de ansiedad severa encontrada en la muestra analizada alcanzó el 11,1%, mientras que para los síntomas de depresión fue del 4,44%. Los resultados encontrados en el presente estudio parecen consistentes con trabajos internacionales previos (Biswas et al 2020; Canals-Sans et al., 2019; OMS, 2021a; Shorey et al., 2022;). Por ejemplo, Biswas et al. (2020), utilizando una muestra de 275.057 adolescentes de 12 a 17 años, hallaron que la prevalencia general de ansiedad a los 12 meses era del 9,0%. Shorey et al. (2022) encontraron que la prevalencia del trastorno depresivo mayor entre los adolescentes era de aproximadamente el 8% (IC del 95%: 2-13). En este estudio, se

observó una sintomatología depresiva y ansiosa de moderada a grave en el 14% de los niños y el 38% de las niñas, y en el 15% de los niños y el 41% de las niñas, respectivamente. En cuanto a la edad, los adolescentes de 14 años o menos presentan tasas de sintomatología depresiva y ansiosa de moderada a severa del 14% y 26%, respectivamente. En cambio, a partir de los 15 años, estas cifras se elevan al 31% y al 33%, respectivamente.

Estos resultados son consistentes con investigaciones recientes, como el estudio nacional PSICE (Fonseca-Pedrero et al., 2023c). Estudios previos con muestras de adolescentes españoles (Canals-Sans et al., 2018; Canals-Sans et al., 2019; Casares et al., 2024a; Dooley et al., 2023; Plenty et al., 2021; Thompson et al., 2021) han mostrado que las niñas exhiben niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los niños, y los adolescentes mayores exhiben niveles más altos que los más jóvenes. Estas variaciones en la expresión fenotípica de los síntomas internalizantes pueden estar relacionadas con un período de desarrollo que implica cambios físicos, psicológicos y sociales típicos, que pueden aumentar la sensibilidad y la reactividad de una persona a la exposición al estrés.

Una detección fiable y precoz de los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes es una de las principales estrategias para su prevención. Para fines de cribado es necesario disponer de instrumentos de medida cuyas puntuaciones posean propiedades psicométricas adecuadas. En el caso de los y las adolescentes, se recomienda utilizar elementos claros, sencillos y breves que sean fácilmente comprensibles. Estas son las razones que han llevado a la administración del PHQ-9 y el GAD-7, instrumentos de libre acceso (sin costo) capaces de evaluar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad autoinformados. Estas herramientas han mostrado evidencias de validez y puntuaciones de fiabilidad adecuadas en adolescentes españoles (Casares et al., 2024a; Casares et al.,

2024b; Fonseca-Pedrero et al., 2023b). Además, una evaluación fiable y válida de la salud mental de los jóvenes es crucial, ya que permite detectar e identificar precozmente a los adolescentes de «alto riesgo». Esto, a su vez, puede apoyar la derivación rápida y proporcionar una mejor orientación para la intervención preventiva o el tratamiento psicológico durante una etapa crítica del desarrollo humano, como la adolescencia (Fonseca-Pedrero et al., 2021b). El establecimiento de criterios de puntuación para el total de la muestra y los subgrupos formados en función del sexo y la edad proporciona la oportunidad de interpretar las puntuaciones considerando el grupo de referencia. Además, estos criterios, derivados de las puntuaciones observadas en una muestra representativa de la población adolescente en España, son muy beneficiosos para evaluar, diagnosticar y abordar los síntomas de depresión y ansiedad en chicos y chicas de entre 12 y 18 años.

La presencia simultánea de síntomas relacionados con diversos problemas de salud mental implica la necesidad de procedimientos de evaluación y diagnóstico que consideren esta superposición. Con frecuencia se observa comorbilidad, especialmente en lo que respecta a los síntomas depresivos y ansiosos. Los metaanálisis realizados por Avenevoli et al. (2001), Garber y Weersing (2010) y Yorbik et al. (2004) sugieren que, en promedio, entre el 15% y el 75% de los individuos jóvenes con síntomas depresivos también presentan síntomas de ansiedad. Además, aproximadamente entre el 10% y el 15% de los jóvenes diagnosticados con un trastorno de ansiedad han recibido un diagnóstico simultáneo de trastorno depresivo comórbido en algún momento de sus vidas. Otros estudios epidemiológicos poblacionales han documentado de manera similar una alta comorbilidad entre los trastornos internalizantes (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2010). Esta comorbilidad asociada a la dimensión internalizante no solo contribuye a la comprensión de la psicopatología existente o potencial, sino que también arroja luz sobre la vulnerabilidad potencial, así como sobre los factores de riesgo y protección en

varios niveles. Hankin et al. (2016) destacaron la utilidad de los modelos dimensionales para comprender la coocurrencia de varios tipos de síntomas internalizantes. Además, se utilizan modelos transdiagnósticos para explicar la alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos. Asimismo, el proceso de maduración durante la infancia y la adolescencia integra sistemas biológicos, cognitivos, afectivos y sociales, dando lugar a mecanismos de riesgo o protección.

Por otro lado, no se pueden olvidar la importancia de los determinantes sociales. Uno de los que más afectan a la salud mental es la pobreza socioeconómica, que abarca dimensiones como la educación, el nivel económico o la categoría profesional. Pero también hay que considerar otros como los problemas que pueden aparecer durante los primeros años de vida y la infancia, la discriminación racial o por género, la migración y la soledad no deseada o el aislamiento social (Kirkbride et al., 2024). Los organismos de gobierno de cada país tienen la posibilidad de actuar sobre estos condicionantes y de poner en funcionamiento servicios comunitarios con buenas prácticas, basados en los derechos humanos y orientados hacia la prevención y recuperación de la salud mental de las personas (OMS, 2021b, 2021c). La implementación de estrategias de prevención primaria que alivien las desigualdades sociales, que a menudo tienen su origen en los primeros años de vida, puede ser efectiva para reducir la prevalencia de problemas de salud mental, que generalmente surgen en la adolescencia. Kirkbride et al. (2024) ofrecen un conjunto de recomendaciones que proporcionan una hoja de ruta para los y las profesionales de la salud mental y responsables de la instauración de políticas sociales con el fin de actuar sobre los determinantes sociales que deterioran la salud mental. Se centran en la importancia de restaurar la justicia social, interrumpir la transmisión intergeneracional de las desigualdades en salud mental, reducir las tasas de pobreza, garantizar la paridad entre la prevención primaria, secundaria y terciaria en salud mental

y llevar a cabo investigaciones longitudinales que evidencien el efecto de la prevención primaria sobre los determinantes sociales de la salud mental.

En la etapa adolescente es necesario implementar programas para la promoción de la salud mental y la prevención de problemas emocionales en los entornos escolares ya que estos son los escenarios óptimos para que los y las profesionales de la salud proporcionen promoción y prevención de la salud mental (Kirkbride et al., 2024). Esto se puede lograr mediante la implementación de sistemas de detección fiables e intervenciones preventivas tempranas basadas en la evidencia. El cribado escolar universal mejoraría la detección de la depresión y la ansiedad de los adolescentes, y reduciría la limitada capacidad del sistema sanitario para proporcionar una atención adecuada de salud mental a quienes claramente necesitan tratamiento. En este contexto, en comparación con otros métodos (por ejemplo, entrevistas clínicas), el uso de autoinformes constituye un método de evaluación rápido, eficiente y no invasivo. Los programas de detección y prevención de la depresión y la ansiedad para los jóvenes deben ir más allá de las paredes de la clínica. El objetivo general es disminuir la probabilidad de futuros trastornos y mitigar la carga de salud en varios niveles, incluidas las esferas personal, familiar, escolar y social. Además, invertir en estrategias preventivas tiene el potencial de mejorar el bienestar psicológico de los y las jóvenes y de la sociedad en su conjunto, como se ha destacado en estudios anteriores (Beardslee et al., 2013; Solmi et al., 2022; Zhao et al., 2024).

Este estudio valida las puntuaciones del PHQ-9 y del GAD-7 para su uso en adolescentes españoles y proporciona datos normativos basados en el sexo y la edad para garantizar una adecuada interpretación de las puntuaciones de las pruebas. El PHQ-9 y el GAD-7 pueden utilizarse como una herramienta de cribado para la detección precoz

universal de los síntomas de ansiedad durante la adolescencia en entornos clínicos y escolares.

7.4. Limitaciones y perspectivas futuras

Las siguientes limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados del presente estudio. Para empezar, la adolescencia es una etapa del desarrollo donde la persona aún se encuentra en formación. Los resultados podrían verse afectados por estas modificaciones en el neurodesarrollo o el posible impacto de factores sociales y culturales. En segundo lugar, los instrumentos de medición empleados son autoinformes, lo que introduce posibles preocupaciones relacionadas con la deseabilidad social y la capacidad introspectiva de los participantes, particularmente cuando se evalúa una muestra de adolescentes (Di Noia et al., 2016; Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2004; Visschers et al., 2017). Los datos recabados del alumnado mediante cuestionarios proporcionan puntuaciones fiables y válidas, no obstante, hubiese sido interesante recoger información de diferentes entornos (familia, comunidad, laboratorio), empleando distintos informantes (docentes, familia, compañeros) y múltiples métodos (observación directa, entrevistas, diarios de campo). De esta forma se alcanzará una visión completa de la situación. Además, es esencial reconocer que los datos obtenidos en este estudio se derivan de adolescentes que asisten a centros educativos de la misma comunidad autónoma española (La Rioja). Por lo tanto, se debe tener precaución al intentar generalizar los resultados obtenidos. Igualmente, es un estudio de tipo transversal por lo que habría que ser cauteloso a la hora de realizar inferencias de causa-efecto.

Futuros estudios pueden utilizar los cuestionarios validados y la escala abreviada en investigaciones epidemiológicas, o con el objetivo de analizar la eficacia de intervenciones psicológicas o explorar la relación entre los síntomas depresivos y

ansiosos con otras variables biopsicosociales y factores de riesgo y protectores (Álvarez-Marín et al., 2022; Cuijpers et al., 2023; Ortuño-Sierra et al., 2022). Igualmente, se debe seguir obteniendo nuevas evidencias de validez, así como implementar nuevos avances en evaluación y medición psicológica de la mano de las tecnologías de la información y la comunicación (Cubillo-Leivas et al., 2022; Elosua et al., 2023; Fonseca-Pedrero et al., 2022). Por otro lado, las escalas se podrían administrar en estudios longitudinales en muestras de adolescentes de diversas comunidades autónomas españolas para obtener más evidencias de validez mediante nuevos métodos psicométricos, como la teoría de redes (Borsboom et al., 2018), y tecnológicos dentro de la evaluación ambulatoria (Elosua et al., 2023).

Por último, las pruebas validadas y estandarizadas podrían incluirse en una plataforma nacional de test en español de libre acceso, como parte de una estrategia integral de ciencia abierta en el campo de la psicología.

Todo esto se concreta en la necesidad de realizar estudios y diseñar intervenciones preventivas accesibles, oportunas, inclusivas, y basadas en la evidencia en los centros educativos para prevenir la aparición de problemas de salud mental.

Capítulo 8. Conclusiones

La presente Tesis Doctoral ha permitido extraer las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de síntomas de ansiedad de intensidad grave en adolescentes españoles escolarizados fue del 11,1%, mientras que para los síntomas de depresión autoinformados fue de 4,44%.
2. Se encontraron diferencias en función del sexo y la edad en los síntomas de depresión y ansiedad autoinformados. Tanto en ansiedad como en depresión las mujeres presentaron puntuaciones medias mayores que los varones, y los adolescentes de 15-18 años también mostraron promedios superiores a los de 12-14 años.
3. Los síntomas de ansiedad y depresión autoinformados por los adolescentes se asocian positivamente con afecto negativo y problemas emocionales y conductuales, y negativamente con afecto positivo y calidad de vida subjetiva.
4. Las puntuaciones de la versión breve de los cuestionarios *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7), denominada PHQ-GAD-8, presentan un comportamiento psicométrico adecuado para la evaluación de la dimensión internalizante en adolescentes españoles escolarizados.
5. Las puntuaciones del GAD-7 muestran adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la sintomatología ansiosa autoinformada en adolescentes españoles.

6. Los baremos del PHQ-9 y del GAD-7 proporcionan datos normativos basados en el sexo y la edad para garantizar una adecuada interpretación de las puntuaciones de las pruebas para su uso en contextos educativos.
7. Los instrumentos de medida PHQ-9 y el GAD-7 pueden utilizarse como herramientas de cribado para la detección precoz universal de los síntomas de depresión y ansiedad autoinformados durante la adolescencia en entornos educativos.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adjorlolo, S. (2019). Generalised anxiety disorder in adolescents in Ghana: Examination of the psychometric properties of the Generalised Anxiety Disorder-7 scale. *African Journal of Psychological Assessment*, 1(1). <https://doi.org/10.4102/ajopa.v1i0.10>
- Albert, D., Chein, J., y Steinberg, L. (2013). The Teenage Brain. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 114–120. <https://doi.org/10.1177/0963721412471347>
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., y González-González, M. (2023). La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 317-352). Pirámide.
- Al-Halabi, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de Psicología de la Conducta Suicida*. Pirámide.
- Álvarez-Marín, I., Pérez Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Martínez-Valderrey, V., y Fonseca-Pedrero, E. (2022), Bullying in adolescence: Impact on socioemotional and behavioral adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, 27(2), 141-148.n <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2022.02.003>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational*

and Psychological Testing. Author.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology
APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*,
61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *40*(1), 57–87.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10102726/>

Anguera, M. T. (2014). *Evaluación de programas sociales y sanitarios*. Síntesis.

Anum, A., Adjorlolo, S., y Kugbey, N. (2019). Depressive symptomatology in adolescents in Ghana: Examination of psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9. *Journal of Affective Disorders*, *256*, 213-218.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.007>

Aritio-Solana, R., Fonseca-Pedrero, E., Pérez de Albéniz, A., Mason, O., y Ortuño-Sierra, J. (2022). Neurocognitive functioning in adolescents at risk for mental health problems. *Psicothema*, *34*(2), 259-265.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.405>

Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Fallon, K., y Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care. *Annals of Family Medicine*, *8*(4), 348–354.
<https://doi.org/10.1370/afm.1139>

Arrondo, G., Solmi, M., Dragioti, E., Eudave, L., Ruiz-Goikoetxea, M., Ciaurriz-Larraz,

- A. M., Magallon, S., Carvalho, A.F., Cipriani, A., Fusar-Poli, P., Larsson, H., Correll, C. U., y Cortese, S. (2022). Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: An umbrella review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *137*, 104662
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104662>
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., y Ries Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, *49*(12), 1071–1081.
[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01142-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01142-8)
- Balling, C. E., South, S. C., Lynam, D. R., y Samuel, D.B. (2023). Clinician Perception of the Clinical Utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) System (HiTOP). *Clinical Psychological Science*, *11*(6), 1108-1121.
<https://doi.org/10.1177/21677026221138818>
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, *19*(1), 124-133. <http://www.psicothema.com/pdf/3338.pdf>
- Baltasar Tello, I. (2021). *Protocolo de detección de factores de riesgo de persistencia de los trastornos internalizantes y evaluación momentánea ecológica* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=308462>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. The Guilford Press
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F.,

- Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, *11*(3), 4-17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Bauer, R. M., Iverson, G. L., Cernich, A. N., Binder, L. M., Ruff, R. M., y Naugle, R. I. (2012). Computerized neuropsychological assessment devices: Joint position paper of the American Academy of Clinical Neuropsychology and the National Academy of Neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *27*(3), 362-373. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs027>
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Gladstone, T. R., Gallop, R., Lynch, F. L., Iyengar, S., DeBar, L., y Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, *70*(11), 1161-1170. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.295>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory second edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., LeBlanc, J. C., Morissette, K., Hamel, C., Skidmore, B., Colquhoun, H., Lang,

- E., Moore, A., Riva, J. J., Thombs, B. D., Patten, S., Bragg, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Nicholls, S. G., Pajer, K., Potter, B. K., Meeder, R., Vasa, P., Hutton, B., ... Stevens, A. (2021). Screening for depression in children and adolescents: A protocol for a systematic review update. *Systematic Reviews*, *10*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01568-3>
- Begdache, L., Sadeghzadeh, S., Derose, G., y Abrams, C. (2020). Diet, exercise, lifestyle, and mental distress among young and mature men and women: A repeated cross-sectional study. *Nutrients*, *13*(1), 24. <https://doi.org/10.3390/nu13010024>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología, Volumen II. Tercera edición*. McGrawHill
- Berger, K. S. (2017). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Médica Panamericana.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, *10*, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(4), 545–553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., y Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries.

eClinical Medicine, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>

Borsboom D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089–1108. <https://doi.org/10.1002/jclp.20503>

Borsboom, D., Cramer, A. O. J., y Kalis, A. (2018). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *The Behavioral and Brain Sciences*, 42, e2. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>

Bourion-Bédès, S., Schwan, R., Laprevote, V., Bédès, A., Bonnet, J. L., y Baumann, C. (2015). Differential item functioning (DIF) of SF-12 and Q-LES-Q-SF items among french substance users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 172. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0365-7>

Bromet, E. J., Kotov, R., Fochtmann, L. J., Carlson, G. A., Tanenberg-Karant, M., Ruggero, C., y Chang, S. W. (2011). Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1186–1194. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010048>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brown, B. B., y Larson, J. (2009). Peer Relationships in Adolescence. In *Handbook of Adolescent Psychology* (Vol. 1, pp. 74–103). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>

Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system

- based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Bryant, A., Guy, J., y The CALM Team., y Holmes, J. (2020). The Strengths and Difficulties Questionnaire predicts concurrent mental health difficulties in a transdiagnostic sample of struggling learners. *Frontiers of Psychology*, 11, 587821. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587821>
- Buchweitz, C., Caye, A., y Kieling, C. (2022). On our minds: The state of child and adolescent mental health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 44(3), 233–234. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-2344>
- Burdzovic-Andreas, J., y Brunborg, G. S. (2017). Depressive symptomatology among Norwegian adolescent boys and girls: The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) psychometric properties and correlates. *Frontiers in Psychology*, 8, 887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00887>
- Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., y Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy*, 94 Suppl 2, 378–407. <https://doi.org/10.1111/papt.12282>
- Campion, J. (2019). Public mental health: Evidence, practice and commissioning. *Royal Society for Public Health*. <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mentalhealth-evidence-practice-and-commissioning.html>
- Campion, J., Javed, A., Lund, C., Sartorius, N., Saxena, S., Marmot, M., Allan, J., y Udomratn, P. (2022). Public mental health: Required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2),

169–182. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00199-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00199-1)

- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., y Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, *268*, 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Canals-Sans, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., y Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Aguirre, E., y Muñoz-Navarro, R. (2022). Improving access to psychological therapies in Spain: From IAPT to PsicAP. *Psicothema*, *34*(1), 18–24. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.113>
- Caputi, M., y Bosacki, S. (2023). The role of gender in the relation among anxiety, theory of mind, and well-being in early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *43*(7), 845–866. <https://doi.org/10.1177/02724316221130440>
- Casares, M. Á., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2024b). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *354*, 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>
- Casares, M. A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2024a). Anxiety and depression in educational settings: Prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica*, *29*(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2023.12.003>

CASEL (2013). *2013 Casel Guide. Effective Social and Emotional Learning Programs (Pre-School and Elementary School Edition)*. CASEL. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED581699.pdf>

CASEL (s.f.). *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*. [Web]. <https://casel.org/>

Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., y Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>

Chamizo-Nieto, M. T., Rey, L., y Sánchez-Álvarez, N. (2020). Validation of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Adolescents. *Psicothema*, 32(1), 153–159. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.156>

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Park, A. L., Ward, A. M., Levy, M. C., Cromley, T., Chiu, A. W., Letamendi, A. M., Tsai, K. H., y Krull, J. L. (2017). Child STEPs in California: A cluster randomized effectiveness trial comparing modular treatment with community implemented treatment for youth with anxiety, depression, conduct problems, or traumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 13–25. <https://doi.org/10.1037/ccp0000133>

Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Borntreger, C.

- F., Ward, A., Wells, K. C., Gibbons, R. D., y Research Network on Youth Mental Health (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(6), 999–1009. <https://doi.org/10.1037/a0034200>
- Chorpita, B. F., y Weisz, J. R. (2009). *Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC)*. PracticeWise.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 835–855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8)
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., y Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 408–419. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.003>
- Chu, X. W., Fan, C. Y., Liu, Q. Q., y Zhou, Z. K. (2018). Cyberbullying victimization and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: Examining hopelessness as a mediator and self-compassion as a moderator. *Computers in Human Behavior, 86*, 377–386. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.04.039>
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J. C., y Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development, 94*(5), 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>

- Clayborne, Z. M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K. M., y Colman, I. (2021). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 619–638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., y Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Cohen, A. O., Breiner, K., Steinberg, L., Bonnie, R. J., Scott, E. S., Taylor-Thompson, K., Rudolph, M. D., Chein, J., Richeson, J. A., Heller, A. S., Silverman, M. R., Dellarco, D. V., Fair, D. A., Galván, A., y Casey, B. J. (2016). When is an adolescent an adult? Assessing cognitive control in emotional and nonemotional contexts. *Psychological Science*, 27(4), 549–562. <https://doi.org/10.1177/0956797615627625>
- Comisión Europea (2020). *Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones relativa a la consecución del Espacio Europeo de Educación de aquí a 2025*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0625>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Patalay, P., ... Eaton, N. R.

(2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419–436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>

Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Vindel, A., y Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>

Cornell, J., Salinas, S., Huang, H. Y., y Zhou, M. (2022). Microglia regulation of synaptic plasticity and learning and memory. *Neural Regeneration Research*, 17(4), 705–716. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.322423>

Creswell, C., Waite, P., y Hudson, J. (2020). Practitioner review: Anxiety disorders in children and young people - assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(6), 628–643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>

Croarkin, P. E., Nakonezny, P. A., Deng, Z. D., Romanowicz, M., Voort, J. L. V., Camsari, D., Shack, K., Port, J., y Lewis, C. (2018). High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression. *Journal of Affective Disorders*, 239, 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.048>

Crockett, M. A., Martínez, V., y Ordóñez-Carrasco, J. L. (2022). Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 150(4), 458-464. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000400458>

- Cubillo-Leivas, A. M., Olivares-Olivares, P. J., y Rosa-Alcázar, Á. (2022). Telepsychological mobile applications in the Spanish android market. *Psicothema*, 34(4), 498–507. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.384Eaton>
- Cucci, K. E., Thompson, J., y Derouin, A. (2022). Bridging the gap in adolescent depression: An action plan intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, 36(3), 264 -269. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.10.008>
- Cuijpers, P., Javed, A., y Bhui, K. (2023). The WHO World Mental Health Report: A call for action. *The British Journal of Psychiatry*, 222(6), 227-229. <https://doi.org/10.1192/BJP.2023.9>
- Daeem, R., Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Goodman, R., Elias, R., Ifrah, A., Chodick, G., Khamaisi, R., Fennig, S., y Apter, A. (2019). Correlates of mental disorders among minority Arab adolescents in Israel: Results from the Galilee study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8, 14. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0281-5>
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Davies, M. R., Kalsi, G., Armour, C., Jones, I. R., McIntosh, A. M., Smith, D. J., Walters, J., Bradley, J. R., Kingston, N., Ashford, S., Beange, I., Brailean, A., Cleare, A. J., Coleman, J., Curtis, C. J., Curzons, S., Davis, K., Dowey, L., Gault, V. A., ... Breen, G. (2019). The Genetic Links to Anxiety and Depression (GLAD) Study: Online recruitment into the largest recontactable study of depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103503.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103503>

Daviss, W. B., Birmaher, B., Melhem, N. A., Axelson, D. A., Michaels, S. M., y Brent, D. A. (2006). Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(9), 927–934. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01646.x>

de la Torre-Luque, A., Fiol-Veny, A., Essau, C. A., Balle, M., y Bornas, X. (2020). Effects of a transdiagnostic cognitive behaviour therapy-based programme on the natural course of anxiety symptoms in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 264, 474–482. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.078>

DeYoung, C. G., Blain, S. D., Litzman, R. D., Grazioplene, R., Haltigan, J. D., Goghari, V., Venables, N.C., Giorgia Michelini, G., Kotov, R., Martín, E.A., Palumbo, I.M., Patrick, C., R. Perkins, E.R., Shackman, A.J., Snyder, M.E., y Tobin, K. E. (2023). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) and the search for neurobiological substrates of mental illness: A systematic review and roadmap for future research. *IN PRESS: Journal of Psychopathology and Clinical Science* <https://doi.org/10.31234/osf.io/yatw7>

Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., y Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: A review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14>

Delors, J., Al Mufti, I. A., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., ... y Nanzhao, Z. (1996). *La Educación: encierra un tesoro; informe a la UNESCO de la Comisión*

Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Unesco.

Delval, J. (1994). La pubertad y la adolescencia. En *El Desarrollo Humano* (Pp. 21-33).

Siglo XXI de España Editores.

DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications*. Sage.

Di Noia, J., Cullen, K. W., y Monica, D. (2016). Social desirability trait is associated with

self-reported vegetable intake among women enrolled in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *Journal of the Academy of*

Nutrition and Dietetics, 116(12), 1942- 1950.

<https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.07.008>

Dooley, N., Kennelly, B., Arseneault, L., Zammit, S., Whelan, R., Mosley, O., Cotter, D.,

Clarke, M., Cotter, D. R., Kelleher, I., McGorry, P., Healy, C., y Cannon, M.

(2023). Functional outcomes among young people with trajectories of persistent childhood psychopathology. *JAMA Network Open*, 6(9), e2336520.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36520>

Doumas, D. M., y Midgett, A. (2021). The association between witnessing cyberbullying

and depressive symptoms and social anxiety among elementary school students.

Psychology in the School, 58, 622–637. <https://doi.org/10.1002/pits.22467>

Durlak, J. A., Mahoney, J. L., y Boyle, A. E. (2022). What we know, and what we need

to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: A review of meta-analyses and directions for future

research. *Psychological Bulletin*, 148(11-12), 765-782.

<https://doi.org/10.1037/BUL0000383>

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., y Schellinger, K. B.

- (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Eaton, N. R., Bringmann, L. F., Elmer, T., Fried, E. I., Forbes, M. K., Greene, A. L., Krueger, R. F., Kotov, R., McGorry, P. D., Mei, C., y Waszczuk, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology* 2, 622-636. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>
- Ehrenreich-May, J. y Chu, B. C. (2014). Overview of transdiagnostic mechanisms and treatments for youth psychopathology. En J. Ehrenreich-May y B. C. Chu (eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice* (pp. 3-14). Guilford.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., y Barlow, D. H. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic 21 treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Elkind, D. (1978): *Niños y adolescentes: ensayos interpretativos sobre Jean Piaget*. Oikos-Tau Ediciones.
- Elosua, P., Aguado, D., Fonseca-Pedrero, E., Abad, F. J., y Santamaría, P. (2023). New trends in digital technology-based psychological and educational assessment. *Psicothema*, 35(1), 50–57. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.241>
- Espinosa, V., Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2022). Escala de interferencia de la depresión y la ansiedad para niños y adolescentes (EIDAN): estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista Iberoamericana de*

- Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4(65), 19-33.
<https://doi.org/10.21865/ridep65.4.02>
- Essau, C. A. y Ollendick, T. H. (2013). *The super skills for life programme*. University of Roehampton.
- Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D., y Ollendick, T. H. (2014). Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 167, 261–267.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.056>
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, Cefai, C., Caravita, S., y Simões, C., (2021). *A systemic, whole-school approach to mental health and well-being in schools in the EU – Executive summary*. Publications Office of the European Union.
<https://data.europa.eu/doi/10.2766/208726>
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Macmillan.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fang, S., y Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Fazel, M., y Sonesson, E. (2023). Current evidence and opportunities in child and adolescent public mental health: A research review. *Journal of Child Psychology*

and Psychiatry, and Allied Disciplines. 64(12), 1699–1719.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13889>

Fernández Berrocal, P., y Extremera Pacheco, N. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-78.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-3.pdf>

Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Ruiz-Esteban, C., y García-Fernández, J. M., (2022). School anxiety profiles in Spanish adolescents and their differences in psychopathological symptoms. *PLoS ONE*, 17(1): e0262280.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262280>

Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U. Hernández-Dorado, A., y Muñiz, J., (2022). Decálogo para el análisis factorial de los ítems de un test. *Psicothema* 34(1): <https://doi.org/11.10.7334/psicothema2021.456>

Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Canejo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., Maj, M., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 6(8), 675–712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)

Fonseca-Pedrero, E. (2021a). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E. (2021c). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y

- Al-Halabí, S. (2023d). *La Salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/ESTUDIO-PSICE.pdf>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., y Debbané, M. (2023b). Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 328, 115486. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115486>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Falcó, R., y Al-Halabí, S. (2024). *Fortalezas psicológicas de la adolescencia*. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S., y Calvo, P. (2023a). Profesionales de la psicología en contextos educativos: una necesidad ineludible. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 112–124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A., y Debbané, M. (2023c). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clínica y Salud*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños Rivera, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V.,

- Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., Navas, P., ... Montoya-Castilla, I. (2021b). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Fonseca-Pedrero, E., Ródenas-Perea, G., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Pérez, M., y Muñiz, J. (2022). La hora de la evaluación ambulatoria. *Papeles del Psicólogo*, 43(1), 21–28. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>
- Fonseca-Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Forman-Hoffman, V., McClure, E., McKeeman, J., Wood, C. T., Middleton, J. C., Skinner, A. C., Perrin, E. M., y Viswanathan, M. (2016). Screening for major depressive disorder in children and adolescents: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 164(5), 342–349. <https://doi.org/10.7326/M15-2259>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel.
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O., Boschloo, L., Schoevers, R. A., y Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: A review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>

- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., y van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gage, S. H., y Patalay, P. (2021). Associations between adolescent mental health and health-related behaviors in 2005 and 2015: A population cross-cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 69(4), 588–596.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.002>
- Garaigordobil, M. (2009). Papel del psicólogo en contextos educativos. *INFOCOP*, 44, 14-17. <https://www.infocop.es/papel-del-psicologo-en-los-centros-educativos/?cn-reloaded=1>
- Garaigordobil, M. (2023). Psicología educativa: la clave de la prevención y de la salud mental infanto-juvenil. *Psicothema*, 35(4), 327-339.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2023.1>
- Garber, J., y Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17(4), 293–306.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- Garcia, K. M., Carlton, C. N., y Richey, J. A. (2021). Parenting characteristics among adults with social anxiety and their influence on social anxiety development in children: A brief integrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 614318.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.614318>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., y Valiente, R.

- M. (2019). An open trial applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) adapted as a school-based prevention program. *Child & Youth Care Forum*, 48(1), 29-53. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9471-0>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., y Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- García-Olcina, M., Piqueras, J., y Martínez-González, A. (2014). Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 69-77. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_08.pdf
- Gómez, M. J., Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., y Gil-Luciano, B. (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14(3), 307–332. <https://psycnet.apa.org/record/2014-47636-001>
- Gómez-Baya, D., y Muñoz-Velázquez, J. A. (2021). La medición de la felicidad a través del Test de Asociación Implícita y su relación con la depresión y el bienestar autoinformados. *Terapia Psicológica*, 39(1), 39-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100039>
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P., y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones para el cuidado de la salud mental.

- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 145-166.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- González-Menéndez. A. (2021). Modelos de intervención en psicoterapia infantil y adolescente. En Fonseca-Pedrero, E., (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y Adolescencia* (pp.71-104). Pirámide.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., y Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *The American Psychologist*, 58(6-7), 466–474. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.6-7.466>
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., y Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464–1480.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.6.1464>
- Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76. <https://doi.org/10.1111/cdep.12213>
- Hagen, K. A., Olseth, A. R., Laland, H., Rogstad, K., Apeland, A., Askeland, E., Taraldsen, K., Christensen, B., Kjøbli, J., Ugueto, A. M., Bearman, S. K., y Weisz, J. (2019). Evaluating Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Problems (MATCH-ADCT) in Norwegian child and adolescent outpatient clinics: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3074-9>

- Hall, M., Scherner, P. V., Kreidel, Y., y Rubel, J. A. (2021). A systematic review of momentary assessment designs for mood and anxiety symptoms. *Frontiers in Psychology, 12*, 642044. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.642044>
- Hankin, B. L., Snyder, H. R., Gulley, L. D., Schweizer, T. H., Bijttebier, P., Nelis, S., Toh, G., y Vasey, M. W. (2016). Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms. *Development and Psychopathology, 28*(4pt1), 987–1012. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000663>
- Hasler, G., Drevets, W. C., Manji, H. K., y Charney, D. S. (2004). Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology, 29*(10), 1765–1781. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300506>
- Healy, D. (2013). Melancholia: Past and present. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(4), 190–194. <https://doi.org/10.1177/070674371305800403>
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., y Gómez Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema, 32*, 390-398. <https://10.7334/psicothema2019.306>
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo, 37*(1), 192–197.
- Herron, S., y Trent, D. (2000), Mental health: A secondary concept to mental illness. *Journal of Public Mental Health, 2*(2), 29-38. <https://doi.org/10.1108/17465729200000014>
- Huppert, F. A. (2014). *The State of Wellbeing Science*. John Wiley & Sons, Wellbeing.

- Iasiello, M., van Agteren, J., y Muir-Cochrane, E. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base*, 1(2020), 1-45. <https://doi.org/10.21307/eb-2020-001>
- Ip, H., Suen, Y. N., Hui, C. L. M., Wong, S. M. Y., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., Wong, M. T. H., y Chen, E. Y. H. (2022). Assessing anxiety among adolescents in Hong Kong: Psychometric properties and validity of the Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in an epidemiological community sample. *BMC Psychiatric*, 22(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04329-9>
- Jiménez, J. E. (2019). *Modelo de respuesta a la intervención: un enfoque preventivo para el abordaje de las dificultades específicas de aprendizaje*. Pirámide.
- Jimerson, S. R., Burns, M. K., y VanDerHeyde, A. (2016). *Handbook of response to intervention: The science and practice of multi-tiered systems of support*. Springer.
- Jurado-González, F., García-Torres, F., Contreras, A., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Adrián Medrano, L., Ruiz-Rodríguez, P., Moreno, E. M., Pérez-Dueñas, C., Cano-Vindel, A., y Moriana, J. A. (2024). Comparing psychological versus pharmacological treatment in emotional disorders: A network analysis. *PloS One*, 19(4), e0301675. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301675>
- Kasturi, S., Oguoma, V. M., Grant, J. B., Niyonsenga, T., y Mohanty, I. (2023). Prevalence rates of depression and anxiety among young rural and urban Australians: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 800. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010800>
- Kendall, P. C., Stark, K. D., Martinsen, K., O'Neil, K. A. y Arora, P. (2013). *EMOTION*:

«Coping kids» managing anxiety and depression; Group leaders manual.
Workbook Publishing

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., y Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>

Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Pine, D. S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997–2010. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000025>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Keyes C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Keyes, C. L., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007 – 1022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D. B., Georgiades, K., Merikangas, K. R., Henderson, J. L., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., y Szatmari, P. (2024). Worldwide

- prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: Evidence from the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 347–356. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., y Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/WPS.21160>
- Kiviruusu, O., Haravuori, H., Lindgren, M., Therman, S., Marttunen, M., Suvisaari, J., y Aalto-Setälä, T. (2023). Generalized anxiety among finnish youth from 2013 to 2021-Trend and the impact of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 330, 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.010>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., y Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477.

<https://doi.org/10.1037/abn0000258>

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Multi Health Systems.

Kroenke, K. (2021). PHQ-9: Global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*, 20(1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/WPS.20821>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., y Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., y Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., Wright, A. G. C., ... HiTOP Utility Workgroup (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171–193. <https://doi.org/10.1002/wps.20844>

Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M.,

- Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Kurdi, B., Seitchik, A. E., Axt, J. R., Carroll, T. J., Karapetyan, A., Kaushik, N., Tomezsko, D., Greenwald, A. G., y Banaji, M. R. (2019). Relationship between the Implicit Association Test and intergroup behavior: A meta-analysis. *American Psychologist, 74*(5), 569–586. <https://doi.org/10.1037/amp0000364>
- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *Children's Depression Scale*. Australian Council for Educational Research.
- Lemos-Giraldez, S. (Ed.) (2016). *Avances en evaluación psicológica*. Consejo General de la Psicología de España
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Murry, V. M. B., Smith, E. P., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., y Buckingham, M. H. (2021). Positive Youth Development in 2020: Theory, research, programs, and the promotion of social justice. *Journal of Research on Adolescence, 31*(4), 1114-1134. <https://doi.org/10.1111/JORA.1260>
- Leung, D. Y. P., Mak, Y. W., Leung, S. F., Chiang, V. C. L., y Loke, A. Y. (2020). Measurement invariances of the PHQ-9 across gender and age groups in Chinese adolescents. *Asia-Pacific Psychiatry, 12*(3), e12381. <https://doi.org/10.1111/appy.12381>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), *Boletín Oficial del Estado* núm. 340 § 17264 (2020). <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>

Lezak, M. D. (Ed.). (2012). *Neuropsychological Assessment (5th ed)*. Oxford University Press.

Liu, X., Munk-Olsen, T., Albiñana, C., Vilhj´almsson, B.J., Pedersen, E.M., Schlünssen, V., Bækvad-Hansen, M., Bybjerg-Grauholm, J., Nordentoft, M., Børglum, A.D., Werge, T., Hougaard, D.M., Mortensen, P.B., y Agerbo, E. (2020). Genetic liability to major depression and risk of childhood asthma. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 433–439. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.030>

Loevaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., Rasmussen, L. P., y Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: The results from the EMOTION study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 15. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00322-w>

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., y Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>

Lozano-González, L., García-Cueto, E., y Lozano, L. M. (2006). *Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. TEA Ediciones.

Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., y Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>

Malgaroli, M., Calderon, A., y Bonanno, G. A. (2021). Networks of major depressive

- disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 85, 102000.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102000>
- Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M., Coker, T. R., Davidson, K. W., Davis, E. M., Donahue, K. E., Jaén, C. R., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Ruiz, J. M., Silverstein, M., Stevermer, J., Wong, J. B., y US Preventive Services Task Force. (2022). Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 328(14), 1438–1444. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.16936>
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- Marcus, D. K., Sawaqdeh, A., y Kwon, P. (2014). The latent structure of generalized anxiety disorder in midlife adults. *Psychiatry Research*, 215(2), 366–371. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.011>
- Mariscal, S., Giménez-Dasí, M., Carriedo, N. y Corral, A. (2009): *El desarrollo psicológico a lo largo de la vida*. Mc Graw Hill.
- Marlow, M., Skeen, S., Grieve, C. M., Carvajal-Velez, L., Åhs, J. W., Kohrt, B. A., Requejo, J., Stewart, J., Henry, J., Goldstone, D., Kara, T., y Tomlinson, M. (2023). Detecting depression and anxiety among adolescents in South Africa: Validity of the isiXhosa Patient Health Questionnaire-9 and Generalized Anxiety Disorder-7. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 72(1S), S52–S60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.013>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M.,

- Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., y Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- Maslow, G. R., Dunlap, K., y Chung, R. J. (2015). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 36(7), 299-310. <https://doi.org/10.1542/pir.36-7-299>
- McGorry, P. D. (2013). The next stage for diagnosis: Validity through utility. *World Psychiatry*, 12(3), pp. 213-215. doi:10.1002/wps.20080
- McGorry, P. D., y Mei, C. (2018). Early intervention in youth mental health: Progress and future directions. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 182. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>
- McLaughlin, K. A., y King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 311–323. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9898-1>
- 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 (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Merrell W, K. (2007). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203827253>

- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. R. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. TEA Ediciones.
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonese, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., y Collins, P. Y. (2023). Global Mental Health: Where we are and where we are going. *Current Psychiatry Reports*, 25(7), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Moreno, E., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Limonero, J. T., Moretti, L. S., Cano-Vindel, A., y Moriana, J. A. (2019). Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 252, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.032>
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Moshman D. (2005). *Adolescent psychological development. Rationality, morality and identity*. 2nd Ed. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mossman, S. A., Luft, M. J., Schroeder, H. K., Varney, S. T., Fleck, D. E., Barzman, D. H., Gilman, R., DelBello, M. P., y Strawn, J. R. (2017). The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069107/>
- Mullen, S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *Mental Health Clinician*, 8(6), 275-283. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.11.275>

Muñiz, J. (2010). *Teoría clásica de los test*. Pirámide.

Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
<http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>

Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161–173. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2609.pdf>

Muñiz, J., y Fonseca-Pacheco, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <http://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., y Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>

Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., 3rd, Schmeitz, K., y International Child and Adolescent Anxiety Assessment Expert Group (ICAAAEG) (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0648-1>

Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.

Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., y Hartmann, J. A. (2017).

- Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder: A review. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 528–534. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0001>
- Newman, R. I., Yim, O., y Stewart, M. C. (2024). Breathing life into social emotional learning programs: A Bio-Psycho-Social approach to risk reduction and positive youth development. *Journal of Adolescence*, 10.1002/jad.12317. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jad.12317>
- NICE (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. NICE guideline [CG159].
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Ohannessian, C. M., Milan, S., y Vannucci, A. (2017). Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 826–839. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0619-7>
- Ohno I. (2017). Neuropsychiatry phenotype in asthma: Psychological stress-induced alterations of the neuroendocrine-immune system in allergic airway inflammation. *Allergology International*, 66S, S2–S8. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2017.06.005>
- Oliva, A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente*. Síntesis.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, Á., Hernando, Á. y Pertegal, M. A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33 (2), 223-224. <https://doi.org/10.1174/021037010791114562>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. WHO. <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021a). *Salud mental del adolescente*. WHO.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021b). *Guidance on community mental*

health services. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021c). *Mental health crisis services*. WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025721>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023a). *Depresión*. WHO.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023b). *Trastornos de ansiedad*. WHO.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra*

respuesta. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., y Morales, A. (2019). Spanish version

of Super Skills for Life: Short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 32(6), 694–710. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645836>

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., y Jayaraman, G. (2016). Monitoring

positive mental health and its determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01>

Ortega-Ruiz, R., Gómez-López, M., y Viejo, C. (2019). Vida sentimental y cortejo

- adolescente en el ámbito de la convivencia escolar y juvenil. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 9–22. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.vsca>
- Ortuño-Sierra, J., Pérez-Sáenz, J., Mason, O., Pérez-Albeniz, A., y Fonseca Pedrero, E. (2022). Problematic internet use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Adicciones*, 0(0), 1801. Advance online publication. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1801>
- Osborn, T. L., Venturo-Conerly, K. E., Gan, J. Y., Rodriguez, M., Alemu, R. G., Roe, E., Arango, S. G., Wasil, A. R., Campbell, S., Weisz, J. R., y Wasanga, C. M. (2022). Depression and anxiety symptoms amongst Kenyan adolescents: Psychometric properties, prevalence rates and associations with psychosocial wellbeing and sociodemographic factors. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(11), 1471–1485. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00940-2>
- Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 5-8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56258058001>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet (London, England)*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., y Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet (London, England)*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

- Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Parental support and gender moderate the relationship between sexual orientation and suicidal behavior in adolescents. *Psicothema*, 35(3), 248–258. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.325>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2015). Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. *Boletín Psicoevidencias*, 42. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/74-mas-alla-del-dsm-5/file>
- Pérez-Álvarez, M. (2018a). La Psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 7–2. <https://doi.org/10.55414/ap.v36i1-2.705>
- Pérez-Álvarez, M. (2018b). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39 (3), 161–173. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2023). *El individuo flotante*. Deusto.
- Piqueras, J. A., Garcia-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Martinez-Gonzalez, A. E., y

- Cuijpers, P. (2021). DetectaWeb-Distress Scale: A global and multidimensional web-based screener for emotional disorder symptoms in children and adolescents. *Frontiers in Psychology, 12*, 627604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627604>
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., y Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 218*, 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
- Pirkis, J., Gunnell, D., Hawton, K., Hetrick, S., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Yip, P. S. F., y Robinson, J. (2023). A public health, whole-of-government approach to national suicide prevention strategies. *Crisis, 44*(2), 85–92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902>
- Plenty, S., Magnusson, C., y Låftman, S. B. (2021). Internalising and externalising problems during adolescence and the subsequent likelihood of being Not in Employment, Education or Training (NEET) among males and females: The mediating role of school performance. *SSM - Population Health, 15*, 100873. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100873>
- 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, and Allied Disciplines, 56*(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Priede, A., Cano-Vindel, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, y P., Moriana, J.A. (2021). Enfoque transdiagnóstico en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. En Fonseca-Pedrero, E., (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp.117-136). Pirámide.

- Prieto, G. y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. <https://papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>
- Queen, A. H., Barlow, D. H., y Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 511–521. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 149–166. <https://doi.org/10.1007/BF01537606>
- Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J. A., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregrov, K., Håland, Å. T., y Haugland, B. S. M. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 33. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0173-4>
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., y Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., y Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>

- Rasmussen, A., Verkuilen, J., Ho, E., y Fan, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder among refugees: Measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across global regions and response patterns. *Psychological Assessment, 27*, 1160-1170. <https://doi.org/10.1037/pas0000115>
- Ratheesh, A., Hammond, D., Gao, C., Marwaha, S., Thompson, A., Hartmann, J., Davey, C., Zammit, S, Berk, M., McGorry, P., y Nelson, B. (2023). Empirically driven transdiagnostic stages in the development of mood, anxiety and psychotic symptoms in a cohort of youth followed from birth. *Translational Psychiatry, 13*(1), 103. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02396-4>
- Raykov, T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *British Journal of Mathematical & Statistical Psychology, 54*, 315–323. <http://dx.doi.org/10.1348/000711001159582>
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual*. Psychological Assessment Resources
- Robson, D. A., Allen, M. S., y Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 146*(4), 324–354. <https://doi.org/10.1037/bul0000227>
- Rohner, J., y Ewers, T. (2016). Trying to separate the wheat from the chaff: Construct- and faking-related variance on the Implicit Association Test (IAT). *Behavior Research Methods, 48*(1), 243–258. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0568-1>
- Rønnstad, A.T.M., Halling-Overgaard, A.-S., Hamann, C.R., Skov, L., Egeberg, A., y Thyssen, J.P., (2018). Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy Dermatology, 79* (448–456), e30

<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.03.017>

- Rosellini, A. J., y Brown, T. A. (2019). The multidimensional emotional disorder inventory MEDI: Assessing transdiagnostic dimensions to validate a profile approach to emotional disorder classification. *Psychological Assessment, 31*(1), 59–72. <https://doi.org/10.1037/pas0000649>.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., y González-Blanch, C. (2017). A systematic review and critique of the economic impact and burden of common mental disorders in Spain. *Ansiedad y Estrés, 23*(2), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Ryff C. D. (2023). Contributions of eudaimonic well-being to mental health practice. *Mental Health And Social Inclusion, 27*(4), 276–293. <https://doi.org/10.1108/mhsi-12-2022-0091>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2018). Eudaimonic well-being: Highlights from 25 years of inquiry. En K. Shigemasu, S. Kuwano, T. Sato, y T. Matsuzawa (Eds.), *Diversity in harmony - Insights from psychology: Proceedings of the 31st International Congress of Psychology* (pp. 375–395). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119362081.ch20>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I.,

- Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., Provenzani, U., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, *41*, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.007>
- Sánchez-Hernández, M. O., Carrasco, M. A., y Holgado-Tello, F. P. (2023). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, *54*(3), 736–749. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C. J., Díaz-Herrero, A., Granados, L., y García-Fernández, J. M. (2018). Positive and Negative Affect Schedule-Short Form: Factorial invariance and optimistic and pessimistic affective profiles in Spanish children. *Frontiers in Psychology*, *9*, 392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00392>
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C. J., Reinoso-Pacheco, R., y García-Fernández, J. M. (2020). Factorial invariance, latent mean differences of the PANAS and affective profiles and its relation to social anxiety in ecuadorian sample. *Sustainability*, *12*(7), 2976. <https://doi.org/10.3390/su12072976>
- Santini, Z. I., Becher, H., Jørgensen, M. B., Davidsen, M., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Madsen, K. R., Meilstrup, C., Koyanagi, A., Stewart-Brown, S., McDaid, D., y Koushede, V. (2021). Economics of mental well-being: A prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. *The European Journal of Health Economics*, *22*(7), 1053–1065. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01305-0>

- Scheffer, M., Bockting, C. L., Borsboom, D., Cools, R., Delecroix, C., Hartmann, J. A., Kendler, K. S., van de Leemput, I., van der Maas, H. L. J., van Nes, E., Mattson, M., McGorry, P. D., y Nelson, B. (2024). A dynamical systems view of psychiatric disorders-theory: A review. *JAMA Psychiatry*, 10.1001/jamapsychiatry.2024.0215. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0215>
- Sebastian, C., Burnett, S., y Blakemore, S. J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.07.008>
- Shiffman, S., Stone, A. A., y Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1–32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Shorey, R. C., Allan, N. P., Cohen, J. R., Fite, P. J., Stuart, G. L., y Temple, J. R. (2019). Testing the factor structure and measurement invariance of the conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory. *Psychological Assessment*, 31(3), 410–416. <https://doi.org/10.1037/pas0000678>
- Shorey, S., Ng, E. D., y Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Sireci, S. y Benítez, I., (2023). Evidence for test validation: A guide for practitioners. *Psichotema*, 35(3), 217–226. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.477>
- Sirgy, M. J. (2021). *The psychology of quality of life: Wellbeing and positive mental health (3rd ed.)*. Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71888-6>

- Sistema Nacional de Salud (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud mental datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud%20mental%20datos.pdf).
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., y Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Songco, A., Hudson, J.L. y Fox, E.A (2020). Cognitive model of pathological worry in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(2), 229-249. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00311-7>.
- Spence S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280–297. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.280>
- Spence, S. H. (2018). Assessing anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(3), 266-282. <https://doi.org/10.1111/camh.12251>
- Spielberger, C. D. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children. STAIC*. The Psychological Corporation.
- Spielberger, C. D. (1999, noviembre). *Depression evaluations: Euthymia and dysthymia*. Conferencia presentada en el Congreso Internacional sobre Depresión, Granada, España.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Steinberg, L. (2016). *Adolescence* (11th ed.). McGraw-Hill.
- Steinberg, L., Icenogle, G., Shulman, E. P., Breiner, K., Chein, J., Bacchini, D., Chang, L., Chaudhary, N., Giunta, L. Di, Dodge, K. A., Fanti, K. A., Lansford, J. E., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., Tirado, L. M. U., ... Takash, H. M. S. (2018). Around the world, adolescence is a time of heightened sensation seeking and immature self-regulation. *Developmental Science*, 21(2), e12532. <https://doi.org/10.1111/desc.12532>
- Suldo, S. M., y Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review* 37(1), 52–68. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908>
- Tao, Y., Zou, X., Tang, Q., Hou, W., Wang, S., Ma, Z., Liu, G., y Liu, X. (2024). Mapping network connection and direction between anxiety and depression symptoms across the early, middle, and late adolescents: Insights from a large Chinese sample. *Journal of Psychiatric Research*, 169, 174–183. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.035>
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., y Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4),

- 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., y Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, *379*(9820), 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., y Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet (London, England)*, *400*(10352), 617–631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1)
- Theuring, S., Kern, M., Hommes, F., Mall, M. A., Seybold, J., Mockenhaupt, F. P., Glatz, T., y Kurth, T. (2023). Generalized anxiety disorder in Berlin school children after the third COVID-19 wave in Germany: A cohort study between june and september 2021. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *17*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00552-0>
- Thielking, M., y Terjesen, M. D. (2017). Future directions in school psychology in Australia. En M. Thielking y M. D. Terjesen (Eds.), *Handbook of Australian school psychology: Integrating international research, practice, and policy* (pp. 757–771). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-45166-4_40
- Thompson, K. N., Hübel, C., Cheesman, R., Adey, B. N., Armour, C., Davies, M. R., Hotopf, M., Jones, I. R., Kalsi, G., McIntosh, A. M., Monssen, D., Peel, A. J., Rogers, H. C., Skelton, M., Smith, D. J., Walters, J. T. R., Breen, G., y Eley, T. C. (2021). Age and sex-related variability in the presentation of generalized anxiety and depression symptoms. *Depression and Anxiety*, *38*(10), 1054–1065. <https://doi.org/10.1002/da.23213>
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., y Marttunen, M. (2019).

Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Research*, 272, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004>

Tiraboschi, G. A., Garon-Carrier, G., Smith, J., y Fitzpatrick, C. (2023). Adolescent internet use predicts higher levels of generalized and social anxiety symptoms for girls but not boys. *Preventive Medicine Reports*, 36, 102471. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102471>

Todorović, A., Baumann, C., Blanchin, M., y Bourion-Bédès, S. (2023). Validation of Generalized Anxiety Disorder 6 (GAD-6) - A modified structure of screening for anxiety in the adolescent French population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5546. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085546>

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., Allen, N. B., Avenevoli, S., Bella-Awusah, T., Chanen, A., Chen, E. Y. H., Correll, C. U., Do, K. Q., Fisher, H. L., Frangou, S., Hickie, I. B., Keshavan, M. S., Konrad, K., Lee, F. S., Liu, C. H., Luna, B., ... Wood, S. J. (2023). Towards a youth mental health paradigm: A perspective and roadmap. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3171–3181. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z>

UNESCO. (2021). *Reimagining our futures together: A new social contract for education. Executive summary.* UNESDOC. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379381>

- UNICEF (2021). *Estado mundial de la infancia. En mi mente*. UNICEF
- van Os, J., y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry, 15*(2), 118–124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
- Visschers, J., Jaspaert, E., y Vervaeke, G. (2017). Social desirability in intimate partner violence and relationship satisfaction reports: An exploratory analysis. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(9), 1401-1420. <https://doi.org/10.1177/0886260515588922>
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. En M. Pérez-Álvarez, *La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica* (p. 9). Papeles del Psicólogo.
- Wang, S., Sun, Q., Zhai, L., Bai, Y., Wei, W., y Jia, L. (2019). The prevalence of depression and anxiety symptoms among overweight/obese and non-overweight/non-obese children/adolescents in China: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(3), 340. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030340>
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalglish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., Kotov, R., ... HiTOP Utility Workgroup (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry, 21*(1), 26–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>

- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D. A., Southam-Gerow, M. A., Gibbons, R. D., y Research Network on Youth Mental Health (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Werling, A. M., y Grünblatt, E. (2022). A review of the genetic basis of problematic internet use. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 46, 101149. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101149>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Callear, A. L., Newby, J. M., y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Callear, A. L., Perry, Y., Torok, M. H., O’Dea, B., Christensen, H., y Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- Wilmer, M. T., Anderson, K., y Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: Review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 77. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., y Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654–1761. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1210>
- Zbukvic, I., McKay, S., Cooke, S., Anderson, R., Pilkington, V., McGillivray, L., Bailey, A., Purcell, R., y Tye, M. (2023). Evidence for targeted and universal secondary school-based programs for anxiety and depression: An overview of systematic reviews. *Adolescent Research Review*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00211-1>
- Zhao, H., Li, L., Zhang, X., Shi, J., Lai, W., Wang, W., Guo, L., Gong, J., y Lu, C. (2024). Global, regional, and national burden of depressive disorders among young people aged 10-24 years, 2010-2019. *Journal of Psychiatric Research*, 170, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.047>

Anexo I

Ítems de la versión española del *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

Ítems

1. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?
 2. ¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza?
 3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido/a o duermes demasiado?
 4. ¿Te sientes cansado/a o con poca energía?
 5. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?
 6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?
 7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?
 8. ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? o lo contrario, ¿estás tan agitado/a o inquieto/a que te mueves más de lo acostumbrado?
 9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?
-

Anexo II

Ítems de la versión española del *Generalised Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7)

Ítems

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

Anexo III

**Ítems de la versión breve conjunta (denominada PHQ-GAD-8) de los cuestionarios
*Patient Health Questionnaire-9 y Generalised Anxiety Disorder Assessment-7***

Ítems

- 1 (PHQ-1). ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?
 - 2 (PHQ-2). ¿Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza?
 3. (PHQ-6). ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia?
 4. (PHQ-9). ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño?
 5. (GAD-1). Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a
 6. (GAD-2). No has podido dejar de preocuparte
 7. (GAD-3). Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas
 8. (GAD-5). Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a
-