



INFORME Y HOJA DE RUTA SOBRE EL ESTADO
ACTUAL, NECESIDADES Y RECOMENDACIONES
DE LA RED PROEM PARA LA MEJORA DE LA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y LA PROMOCIÓN
DE LA SALUD MENTAL Y BIENESTAR
EMOCIONAL EN LOS JÓVENES

Informe realizado por la Red de miembros y colaboradores PROEM.

N.R.P.I: 201899902658019

JAÉN (ESPAÑA)

21 de Junio del 2018

Instituciones miembros de la Red PROEM



- **Universidad de Jaén (UJA), Jaén:** Luís Joaquín García López, José Antonio Muela Martínez, Lourdes Espinosa Fernández, María Belén Díez Bedmar, Pere Castellví Obiols, Mar Díaz Castela.
- **Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid:** Antonio Cano Vindel.
- **Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba:** Juan Antonio Moriana.
- **Universidad de Deusto, Bilbao:** Esther Calvete Zumalde, Izaskun Orue Sola, Liria Fernández González.
- **Universidad Miguel Hernández (UMH), Elche:** José Antonio Piqueras Rodríguez.
- **Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián:** Maite Garaigorbobil Landazabal.
- **Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona:** Josefa Canals Sans, Nuria Voltas Moreso.
- **Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS):** Antonio Cano Vindel.

Colaboradores de la Red PROEM

- **Asociación Centre Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona:** Rocío Casañas Sánchez y Lluís Lalucat Jo.
- **Asociación Española de Ayuda Mutua contra la Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES):** Enrique Vargas Osuna.
- **Confederación de Organizaciones de Psicopedagogía y Orientación en España (COPOE):** Ana Cobos Cedillo.
- **Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional (ETPOEP), Delegación Territorial de Educación de Jaén, Jaén:** Yolanda Caballero Aceituno.
- **Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELGTB), Madrid:** Antonio Alba Sempere, Grupo de Salud Integral y Carlos Emilio Mella Casal, Delegación de Jóvenes.
- **Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)/Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga (FIMABIS):** Juan Miguel Gómez Zumaquero.
- **Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid:** Manuel Gámez Guadix.
- **Universidad de Almería (UAL), Almería:** Inmaculada Gómez Becerra y Juan Miguel Fluja Contreras.
- **Universidad de Coimbra (UC), Coimbra (Portugal):** María do Céu Salvador.
- **Universidad de Jaén (UJA), Jaén:** María Teresa Martín Valdivia y Luis Alfonso Ureña López, Grupo de investigación SINAI (Sistemas Inteligentes de Acceso a la Información), Departamento de Informática, y Emilio José Martínez López, Grupo de investigación "Actividad física aplicada a la educación y salud", Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal.
- **Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid:** Miguel Ángel Carrasco Ortiz y Purificación Sierra García.

También queríamos agradecer la colaboración de todos los que participaron (alumnos, padres, orientadores, usuarios, asociaciones de minorías, representación de la facultad, etc.) en el I Encuentro Internacional e Interdisciplinar Red Pro-Emotion-Y y las valiosas contribuciones que hicieron al respecto.

Derechos de autor: Red PROEM.

La red está financiada por el Ministerio de Economía, Industria, y Competitividad, la Agencia Estatal de Investigación y los fondos FEDER gracias a las acciones de dinamización PSI2015-70943-REDT y PSI2017-90650-REDT.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. La Red PROEM | 4 |
| ¿Qué es?..... | 4 |
| Finalidad de la Red PROEM..... | 4 |
| 2. Contextualización | 5 |
| La adolescencia y juventud: una etapa crucial del desarrollo | 5 |
| Epidemiología de los problemas mentales en la adolescencia y sus costes en la sociedad | 6 |
| Las autolesiones y la conducta suicida..... | 7 |
| La (ciber)victimización en la niñez y la adolescencia..... | 8 |
| Grupos en situación de vulnerabilidad y minorías sociales..... | 9 |
| Otros temas de reciente preocupación..... | 9 |
| El estigma asociado a la salud mental | 10 |
| El fracaso escolar y sus consecuencias | 11 |
| Falta de hábitos saludables en la adolescencia..... | 12 |
| La promoción de la salud mental y el bienestar emocional..... | 12 |
| 3. Objetivos | 13 |
| 4. Carencias y necesidades asociadas a la salud y bienestar emocional de los adolescentes | 13 |
| Pobre alfabetización de la salud y bienestar emocional del adolescente..... | 14 |
| Identificación tardía de los problemas mentales en las escuelas y herramientas poco adecuadas..... | 14 |
| Falta de recursos y de coordinación entre diversos actores y regiones en el ámbito del bienestar y salud emocional..... | 15 |
| Excesiva medicalización de la salud mental y los costes asociados..... | 15 |
| Carencia de políticas de salud y bienestar emocional, unido a un presupuesto insuficiente | 16 |
| Falta de sensibilización con determinados grupos en situación de vulnerabilidad y minorías sociales . | 16 |
| Aumento de los malos hábitos en los jóvenes y uso abusivo de las nuevas tecnologías de la comunicación | 17 |

| | |
|---|-----------|
| 5. Recomendaciones a partir de las carencias y necesidades identificadas anteriormente | 17 |
| Aumentar la alfabetización sobre salud y bienestar emocional en los jóvenes | 17 |
| Promocionar la detección precoz en los jóvenes y las intervenciones psicoterapéuticas eficaces, efectivas, eficientes y basadas en la evidencia disponible y las buenas prácticas | 18 |
| Desarrollar una red eficiente para mejorar la detección precoz, la intervención temprana y el mejor tratamiento a los problemas emocionales y de salud mental en los jóvenes | 19 |
| Aumentar el presupuesto para investigar en la prevención y tratamiento de los problemas mentales y promoción de la salud mental y el bienestar emocional..... | 20 |
| 6. Prioridades para mejorar la salud mental de los adolescentes | 20 |
| 7. Conclusiones..... | 23 |
| 8. Referencias | 23 |

1. La Red PROEM

¿Qué es?

La **Red Interdisciplinar para la PROMoción de la Salud Mental y el Bienestar EMocional en los jóvenes (PROEM)** se compone por miembros de equipos de investigación españoles en salud mental, así como de la participación del sector educativo, jóvenes, minorías, legisladores, usuarios y profesionales de otras áreas, como la epigenética, lingüística, tecnologías de la información y la comunicación (TIC)s, nutrición, actividad física, salud pública y comunitaria. Este informe surgió a partir del encuentro realizado en la Universidad de Jaén (UJA) el 23 de abril del 2018 por parte de todos estos actores y la posterior reunión entre los expertos de la Red PROEM para debatir sobre los aspectos surgidos durante el correspondiente debate.

Se puede encontrar más información en: <https://www.facebook.com/RedPROEM/> y https://twitter.com/ProEm_Red.

Finalidad de la Red PROEM

Los trastornos emocionales en los jóvenes son un problema de salud pública y no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone. Sin embargo, la investigación sobre el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, la promoción de la salud y el bienestar emocional y la prevención de los trastornos mentales, a pesar de que, en los últimos años, está mejorando considerablemente, aún está marcada por la fragmentación derivada del trabajo mayoritariamente aislado y/o parcelado que desempeñan los diferentes profesionales e investigadores. Por esta razón, es necesaria una mayor colaboración entre los diferentes agentes implicados: investigadores y profesionales de la salud mental y de otras disciplinas, así como los propios jóvenes, familias, legisladores, con especial interés de aquellos que se relacionan o son parte de minorías en potencial riesgo psicosocial. Derivado de esta necesidad, emerge este documento con la finalidad de conseguir que el trabajo, el conocimiento y la experiencia de cada uno de estos agentes implicados puedan tener más impacto y reconocimiento, así como una mayor aplicabilidad y garantía de éxito en el objetivo final perseguido: la mejora del bienestar emocional y la salud mental de nuestros jóvenes. Para avanzar en esta dirección, el **objetivo principal** de la Red PROEM es establecer y promover las acciones y actividades llevadas a cabo por grupos de investigación en este campo, así como establecer sinergias con otros profesionales, grupos de interés y asociaciones implicadas en el campo de la promoción de la salud mental de los jóvenes.

Tanto la interdisciplinariedad como los objetivos de la Red PROEM están en consonancia con otras asociaciones y redes nacionales e internacionales que reclaman una mejora de la salud mental de los jóvenes y/o también en otras etapas de la vida como, por ejemplo:

- (i) *ADOCARE (Adolescent mental health care in Europe): state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*(1);
- (ii) *ROAMER: roadmap for mental health research in Europe*(2);
- (iii) *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3);
- (iv) IAYMH: International Association of Youth Mental Health)(4).

Además, la Red PROEM aparece como firmante en el documento: *Boosting impact of mental health policies and services for European people, communities and economies: Joint statement to invest in mental health research and a European Implementation Partnership on Mental Health and Wellbeing*(2).

2. Contextualización

En el presente epígrafe se aborda el contexto de partida en el que se enmarca brevemente la realidad psicológica y psicosocial de la población adolescente, así como las principales necesidades y problemas que actualmente resultan más prevalentes en la población, o que, no siendo tan prevalente, sus consecuencias son tan graves que es necesarias identificarlas y tratarlas.

La adolescencia y juventud: una etapa crucial del desarrollo

Según la OMS, todos los adolescentes y jóvenes tienen el derecho a desarrollarse de la mejor manera posible con el objetivo de poder ser adultos sanos y responsables, contribuir a la sociedad y llevar una vida plena y feliz(5). La adolescencia es un período de la vida con necesidades y características evolutivas y psicosociales específicas que deberían ser atendidas bajo el marco de los Derechos de los niños y adolescentes. Además, es un período propicio para la adquisición de conocimientos y habilidades, para el aprendizaje de la gestión de las emociones y las relaciones, en definitiva para adquirir atributos y habilidades que serán importantes para el disfrute de la propia etapa adolescente y la preparación para la adquisición de los roles adultos(3).

Epidemiología de los problemas mentales en la adolescencia y sus costes en la sociedad

Según la OMS, un 4,4% del total de la población mundial tenía depresión y un 3,6% ansiedad en el año 2015(6), cifra que representa un total de 615 millones de personas(7). La depresión es, con diferencia, la enfermedad que más contribuye a la discapacidad global con un 7,5% de todos los años vividos. La ansiedad es el sexto que más contribuye con el 3,4%(6).

En Europa, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), uno de cada tres europeos tiene algún problema de salud mental. La prevalencia de depresión es aproximadamente del 4,5%, lo que equivale a un total de 21 millones de personas y supone un coste de 118 mil millones de euros al año; o lo que es lo mismo, el 1% del producto interior bruto de los estados miembros(7). Estos datos indican que estos problemas de salud mental suponen un elevado coste a nivel socio-económico y las previsiones indican que costará en torno a 5 millones al año de trabajo en total hasta 2030 para la economía global, y 1 billón de dólares en pérdida de productividad(8). Además, son responsables del 28% del coste por años de vida ajustados por discapacidad. Esto equivale a 461 mil millones de euros en 2010 sólo en Europa(9), bien en costes directos relacionados con el consumo de recursos sanitarios, relacionados con el diagnóstico, tratamiento, la prevención y la rehabilitación., o bien en costes indirectos (por ejemplo, menores niveles de educación, mayor abandono escolar, abuso de sustancias, desempleo, pobreza, riesgo de exclusión social, así como un impacto en la familia, pareja y amigos)(10).

La adolescencia es una época de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. Recientes estudios de meta-análisis sitúan las tasas de prevalencia mundial de los trastornos emocionales entre un 6,5% para los trastornos de ansiedad y 2,6% para los trastornos depresivos en población infantojuvenil (entre 6 y 18 años)(11). Se estima que de todas las personas que sufren un trastorno mental, el 75% lo desarrollaron antes de los 25 años de edad(12)(13), y el 50% durante la adolescencia(14), y a medida que se avanza en edad, aumenta la prevalencia de síntomas. Así, la prevalencia de síntomas depresivos pasan del 8,4% a los 13 años al 15,4% a los 15 años de edad(15).

Tanto los problemas de depresión como los de ansiedad en jóvenes presentan consecuencias, tanto a corto (por ejemplo, bajo rendimiento académico, falta de motivación, abandono escolar temprano, problemas con sus compañeros, baja autoestima, victimización, estigma, etc.) como a largo plazo (por ejemplo, incidencia de diversos trastornos mentales, abuso de alcohol, consumo de sustancias, ideación y conductas suicidas, desempleo, etc.). Una detección temprana y adecuada ayudaría a afrontar estos síntomas de forma más eficiente (16). Sin embargo, y a pesar de estos datos, los trastornos emocionales son los problemas de salud mental menos identificados en jóvenes, lo que sitúa a los jóvenes en una

situación de riesgo para el inicio de problemas relacionados. A esto se une que, a pesar de la eficacia de tratamientos y psicoterapias, alrededor del 40% de los adolescentes con problemas de ansiedad y un 60% con problemas de depresión no reciben un tratamiento adecuado, con una tendencia excesiva a la medicalización(17). Por ejemplo, el 18.9% de españoles de más de 15 años toman benzodicepinas o tranquilizantes, y el 8.4%, antidepresivos o estimulantes. Ante este panorama, encontramos, por una parte, la existencia de una escasa colaboración entre los distintos profesionales, con fragmentación entre la investigación y los agentes del sector educativo y sanitario, y una escasa atención a las voces de los usuarios finales, grupos de interés y asociaciones de afectados y asociaciones de orientadores que trabajan en la promoción de la salud mental emocional en los jóvenes. Por otra parte, existe una financiación para investigación en salud mental en Europa menor que el impacto que estos trastornos tienen en la población (por ejemplo, graves consecuencias personales, familiares, sociales y económicas). Esto ocurre a pesar de que la inversión en investigación en salud mental produce un retorno similar al de otras áreas de la salud. Los informes sugieren que por cada euro que se invierte en investigación en salud mental se produce un retorno de 0,37 euros cada año — retorno similar al que se produce en la investigación sobre enfermedades cardiovasculares(18). Según el Observatorio de La Caixa, la depresión es uno de los problemas de salud en el que se invierte menos a pesar de la incidencia que tiene sobre la población(19).

Las autolesiones y la conducta suicida

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo(20). También, y según las estimaciones de la OMS(21), en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por esta causa y se multiplicarán por 20 las personas que llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos(22). En los últimos 45 años, las muertes por suicidio a nivel mundial, se han incrementado un 60% y el grupo que ha registrado el incremento más alto ha sido la población adolescente(23), siendo la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad en el mundo(22).

En muchos países de la Unión Europea, el suicidio es la causa principal de mortalidad en los adolescentes y jóvenes. Por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse(22), siendo los síntomas relacionados con los problemas emocionales unos de los principales factores de riesgo de la conducta suicida(24). La depresión es el factor de riesgo que más contribuye al suicidio con casi 800.000 muertes al año(6). Así, la OMS considera la prevención del suicidio como una prioridad de la salud pública, especialmente en jóvenes y adolescentes(22).

En España, el suicidio es la primera causa de muerte externa(25). En los adolescentes, el suicidio ha aumentado casi un 50% desde el año 2004, siendo también la primera causa de mortalidad externa en estas edades(25).

El suicidio en un adolescente no es sólo una tragedia para él, sino que también representa un gran sufrimiento para su familia y las personas que le rodean. Las consecuencias del suicidio para familiares y amigos de la víctima son tan devastadoras que provocan serios destrozos en sus vidas, introduciéndoles en un duelo, por regla general, muy traumatizante y prolongado(22).

Al suicidio se suman las autolesiones no suicidas. Aunque las tasas más altas de autolesión se dan en muestras clínicas, los resultados de estudios recientes muestran que son un fenómeno emergente entre los más jóvenes. Se trata además de una problemática transdiagnóstica, vinculada a problemas psicológicos muy diversos y que causa también importante sufrimiento y estigma(26).

La (ciber)victimización en la niñez y la adolescencia

Más de un millón de personas mueren cada año y muchas más sufren lesiones graves debido a un problema prevenible como es la violencia interpersonal(27). Los niños y adolescentes son los grupos con un mayor riesgo de ser víctimas de este tipo de violencia(28). La violencia interpersonal es aquella infligida por una persona o un grupo pequeño de personas hacia otra persona(27), y engloba diversos tipos de violencia interpersonal en las edades tempranas de la vida que son: (i) el maltrato infantil, que engloba a su vez el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia; (ii) el acoso escolar o por internet (*bullying o cyberbullying*); (iii) la violencia en el noviazgo, y (iv) la violencia en la comunidad.

La violencia interpersonal hacia los niños y jóvenes es relativamente común. Los estudios indican que entre el 5% y el 13% de los niños y jóvenes fueron víctimas del maltrato infantil, y el 21% de las mujeres y el 10% de los hombres han sufrido violencia física y/o sexual en el noviazgo, y de entre las víctimas adultas de violación, violencia física y/o acoso por parte de una pareja sentimental, el 22% de las mujeres y el 15% de los hombres fueron víctimas por primera vez entre los 11 y 17 años de edad(29).

También mencionar que entre el 5% y el 30% del total de adolescentes han sufrido acoso escolar, y entre un 2% y un 16% han sufrido acoso escolar severo, y entre un 1% y un 10% han sufrido acoso por internet(30). Además, los resultados de las investigaciones que han analizado las consecuencias de la violencia entre iguales han evidenciado graves secuelas para todos los implicados, no sólo las víctimas del acoso escolar, sino también en los perpetradores(30) que en muchas ocasiones se extienden hasta la edad adulta(30). En esta misma línea, están apareciendo nuevos problemas de victimización, como el *sexting*, que se refiere al envío de información, fotos o videos de contenido sexual a través de internet o las nuevas tecnologías; o de acoso sexual en línea como el *grooming*, que se refiere al acceso a través de internet de un adulto a un menor para establecer relaciones sexuales o algún tipo de intercambio con contenido sexual(31).

Como ya hemos comentado anteriormente, la adolescencia es un periodo crítico del desarrollo que está asociado con futuras consecuencias emocionales y conductuales(32). Los niños y adolescentes que son víctimas de cualquier tipo de violencia interpersonal sufren problemas relacionados con la exposición al trauma lo que puede tener como consecuencia trastornos mentales graves, conductas antisociales y delictivas, abuso de alcohol y sustancias, incluyendo un mayor riesgo de conductas suicidas o muerte por suicidio(33,34).

Grupos en situación de vulnerabilidad y minorías sociales

Las personas o grupos en situación de vulnerabilidad son aquellos que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos de minorías étnicas, personas con enfermedades mentales, personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o que han desarrollado el SIDA, trabajadores migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género o personas encarceladas por delinquir, entre otras muchas minorías. Los grupos en situación de vulnerabilidad o las personas pertenecientes a minorías sociales presentan un mayor riesgo de sufrir problemas o trastornos mentales debido a la situación de desventaja respecto a otros grupos predominantes o a la mayoría social (“*minority stress*”). Por ejemplo, los inmigrantes pueden presentar problemas de aculturación en el país de acogida, además de mayores problemas socio-económicos y mayor privación de sus necesidades básicas, lo que acarrea una mayor prevalencia de trastornos mentales(35). Otros grupos vulnerables, como el colectivo de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI) o las personas con el VIH presentan mayores riesgos de discriminación, estigma y victimización; así, el riesgo de tener un trastorno depresivo mayor o un intento de suicidio en este grupo es casi tres veces mayor en comparación con la población heterosexual(36,37). Así mismo, las mujeres están mayormente expuestas a mayores tasas de victimización(38) y a un menor acceso al mercado laboral con salarios más bajos respecto a los hombres con igual cualificación. Todos estos factores inherentes en nuestra sociedad se perciben como un contexto de vulnerabilidad que acarrea problemas emocionales a los jóvenes que los sufren.

Otros temas de reciente preocupación

El desarrollo de las nuevas tecnologías y el acceso universal a todos los estamentos de la población incluido los niños y adolescentes está generando nuevos problemas. Además de las nuevas formas de violencia como el acoso por internet, aparece un incremento por parte de los jóvenes a la pornografía que está ocasionando una tendencia incrementada de la sexualización precoz de nuestros

menores que se traduce en un incremento del riesgo hacia el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos no deseados, desarrollo de relaciones sexuales no afectivas o prácticas sexuales deshumanizadas o violentas(39). Esto alerta de la necesidad de intervenir mediante programas de educación sexual.

Otros problemas de violencia recientes como el uso excesivo e incluso adictivo de internet, las redes sociales y los videojuegos o los teléfonos móviles, o la violencia ascendente o filio-parental son de actual preocupación(40), o el aumento de la precocidad en el consumo de sustancias tales como alcohol o cannabis(41) también es un factor a tener en cuenta en el desarrollo de las políticas de prevención en la población adolescente.

El estigma asociado a la salud mental

El estigma hace referencia a la atribución de cualidades negativas y despectivas sobre un colectivo de personas, que pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido sobre prejuicios y falta de información(42). Muchas personas con problemas de salud mental sufren por los síntomas y la discapacidad provocadas por estos problemas, y también por los estereotipos y prejuicios relacionados con la enfermedad mental. Como consecuencia, las personas con enfermedad mental pueden ser privadas de las mismas oportunidades educativas, sociales, familiares, laborales y económicas que otra persona sin ninguna enfermedad mental. El estigma y la discriminación asociada son algunos de los principales factores relacionados con la no búsqueda de tratamiento entre adolescentes con problemas de salud mental(43) y, como se ha mencionado, los adolescentes son una de las poblaciones con un mayor riesgo de estigma(44).

Existen dos tipos de estigma principales a los que los adolescentes están expuestos: (i) el estigma social, derivado de la reacción que tiene la población antes las personas que padecen una enfermedad mental; y (ii) el autoestigma, referido a los prejuicios que las mismas personas tienen hacia ellas mismas. Estos dos tipos de estigma se componen de estereotipos, prejuicios y discriminación(42). El estigma y la discriminación como consecuencia son la principal barrera que se encuentra en los pacientes con trastorno mental para su recuperación, bienestar y, en definitiva, para alcanzar una vida plena y normalizada.

Las consecuencias más comunes relacionadas con el estigma y la discriminación son: (i) aislamiento social, a menudo presentan dificultades para hablar sobre su salud mental por miedo a la incomprensión y, a veces, son rechazados o ignorados cuando lo manifiestan; (ii) exclusión de la vida social e interpersonal, mediante el rechazo de la participación en actividades sociales e interpersonales (por ejemplo, estudiar, ir de compras, alquilar una vivienda compartida, ir de vacaciones o unirse a una asociación o club); (iii) dificultades para conseguir o mantener un trabajo, llegando a ser despedidos

cuando descubren que tienen un trastorno mental; (iv) dificultades para solicitar ayuda por miedo a ser etiquetados. Hasta que no sufren una crisis severa no acuden a los servicios de salud mental, lo que conlleva una recuperación más lenta y difícil; y (v) interiorización de los estereotipos y prejuicios sociales externos como propios. Desde que son diagnosticados, se autolimitan, baja su autoestima y se reducen sus expectativas de recuperación.

Según la OMS, el estigma por razón de salud mental es un problema global y la lucha para erradicarlo tiene que ser una prioridad en cualquier sociedad democrática y libre(21).

El fracaso escolar y sus consecuencias

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada por las Naciones Unidas, reza en su artículo 26 que toda persona tiene derecho a una educación gratuita y en plena igualdad de condiciones, tiene que apuntar a un pleno desarrollo de la personalidad humana y a un refuerzo del respeto por los derechos del hombre y por las libertades fundamentales, y tiene que favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todos y todos los grupos raciales o religiosos(45).

La salud y el bienestar durante la adolescencia dependen, en gran medida, de las oportunidades disponibles para desarrollar determinadas habilidades emocionales y cognitivas que faciliten la consecución del mayor grado de autonomía posible. Esto se alcanza a través de una educación completa y una adecuada transición a la adquisición de empleo laboral que procure una red de conexiones duradera. Sin embargo, España es el país de la Unión Europea con la tasa de abandono escolar temprano más alta (23,5%), según datos del 2016(25).

La salud y la educación están estrechamente relacionadas. Los centros escolares no sólo proporcionan determinadas habilidades cognitivas y adquisición de conocimientos, sino que también son un espacio de promoción de la salud que puede contribuir al conocimiento esencial para la salud emocional, personal y mental. Por tanto, la escuela se presenta como un marco ambiental que favorece el desarrollo cognitivo, emocional y social del individuo. La educación ayuda a prevenir la pobreza, la enfermedad, minimizar los riesgos para la salud y promover el total desarrollo potencial del ser humano, previniendo los problemas emocionales, el consumo abusivo de alcohol, el consumo de sustancias, el suicidio y la mortalidad(46).

Los adolescentes con problemas emocionales tienen menos probabilidad de llegar a la escolarización secundaria, más riesgo de abandonar la escuela y, por tanto, menores posibilidades de alcanzar un adecuado rendimiento académico. La Comisión Europea, consciente de la importancia de otorgar una adecuada escolarización a los adolescentes, se ha propuesto reducir las tasas de abandono

escolar a menos del 10%, y alcanzar al menos un 40% de adultos entre 30 y 40 años con estudios superiores para el 2020(47).

Sin embargo, los problemas de salud mental no suelen detectarse tanto como los de salud física en el centro educativo. De hecho, en los protocolos de Atención Primaria suelen centrarse en variables e indicadores físicos. En esta línea, suelen llevarse a cabo actividades de sensibilización en torno a la importancia de la salud física, centradas en la nutrición, la higiene o el deporte. Sin embargo, pese a que la probabilidad de aparición de problemas de salud física y mental es similar, esta última no suele abordarse en el contexto escolar con la misma frecuencia(48).

Falta de hábitos saludables en la adolescencia

En las últimas décadas ha habido una disminución de los hábitos saludables en la población que reside en los países occidentales y también en España, especialmente en niños y jóvenes, y que puede afectar a la salud en un futuro. El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen un problema social, sanitario y psicológico de gran relevancia en el mundo industrializado por sus importantes repercusiones sobre la salud. Este problema ha experimentado un vertiginoso crecimiento, en particular, durante la última década. En la actualidad se calcula que, en España, en torno a un 40% de la población infantil se encuentra dentro del rango del sobrepeso o la obesidad(49). Desde una perspectiva psicológica, el sobrepeso y la obesidad infantil se asocia a conductas alimentarias de riesgo, alteraciones de la imagen corporal y creencias erróneas sobre su posible control(50).

También, se ha observado que la obesidad infantil se relaciona significativamente con un estilo de vida sedentario caracterizado por escasa actividad física, el uso excesivo de la televisión, los videojuegos y el ordenador como forma básica de entretenimiento, y que, a su vez, ese tipo de ocio viene explicado por la reducción de las horas de sueño y problemas relacionados(51).

La promoción de la salud mental y el bienestar emocional

Cada vez existe un mayor interés en el bienestar emocional como un indicador de progreso en la salud de las poblaciones(52). Organizaciones como la OCDE, la Comisión Europea y la Organización de las Naciones Unidas incluyen el bienestar emocional como un indicador de progreso social. El bienestar emocional es un constructo que se define como una disposición positiva que permite al individuo conseguir una mejor salud mental, incluso en circunstancias adversas. Este constructo se conceptualiza a partir de dos componentes principales: (i) hedonía, que se define como un estado psicológico y subjetivo de felicidad y que se refiere a las experiencias de placer *versus* dolor; y (ii) eudaimonia, que se focaliza en los aspectos cognitivos y morales que ocurren cuando las actividades relacionadas están en concordancia con sus valores de forma global y comprometida(53).

El bienestar emocional influye en diversos resultados de salud y social: unos altos niveles de bienestar emocional se asocian con una mayor calidad de vida relacionada con la salud, previene diversas enfermedades y trastornos mentales, se relaciona con menor discapacidad y menor uso de servicios sanitarios y se asocia con una menor mortalidad por cualquier causa(54,55).

Así, en los jóvenes (y también en cualquier franja de edad) el desarrollo de un adecuado bienestar emocional estaría asociado con unos hábitos saludables, una adecuada actividad física, una apropiada red de apoyo social y familiar, y con la adquisición de habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y de aprendizaje que servirán para afrontar las vicisitudes de la etapa adulta.

3. Objetivos

El objetivo general de este informe es diseñar una hoja de ruta basada en prioridades destinadas a la mejora de la salud y bienestar emocional de los adolescentes y la prevención de los problemas emocionales.

Para ello, se establecen los siguientes objetivos específicos: (i) identificar las carencias y necesidades asociadas a la salud y bienestar emocional de los adolescentes; (ii) desarrollar recomendaciones a partir de las carencias y necesidades identificadas anteriormente; y (iii) establecer prioridades para mejorar la salud y bienestar emocional de los adolescentes, gracias a las perspectivas y las opiniones no sólo de clínicos, expertos e investigadores de los miembros de la Red PROEM, sino también de los profesionales de la educación, profesionales de los servicios sociales, legisladores y técnicos de salud pública y comunitaria así como de los propios jóvenes, padres y usuarios.

4. Carencias y necesidades asociadas a la salud y bienestar emocional de los adolescentes

A continuación, y en relación al objetivo I, se delimitan las carencias y necesidades asociadas a la salud emocional que se han identificado en el *Encuentro Internacional e Interdisciplinar Red Pro-Emotion-Y* así como miembros y colaboradores de la Red PROEM.

Pobre alfabetización de la salud y bienestar emocional del adolescente

Los datos recogidos muestran el escaso conocimiento de la relevancia de la salud mental para un pleno desarrollo; lo que es la salud mental y sus trastornos mentales tanto por los adolescentes y padres, como por los profesionales de la educación. Además, los/as médicos/as y enfermeros/as de atención primaria, aun teniendo los conocimientos de la situación actual sobre salud mental, no disponen de las habilidades necesarias, ni el tiempo, ni los recursos necesarios para realizar intervenciones psicoterapéuticas eficaces que puedan reducir el uso excesivo y, a veces, inapropiado de los fármacos.

Los adolescentes y sus padres mencionan que no conocen o conocen poco acerca de lo que son los trastornos mentales y los problemas emocionales, y que no saben bien cómo actuar cuando los adolescentes presentan algún problema de este tipo, ni hacia dónde dirigirse. Mencionan que, debido a este desconocimiento, cuando aparece algún problema emocional, no saben cómo afrontar esas dificultades ni manejarlas de manera adecuada. Además, investigadores de otras disciplinas sugieren el potencial papel de la epigenética, análisis de redes sociales o análisis del lenguaje de los jóvenes en la detección temprana de problemas emocionales y la importancia de los hábitos saludables en su prevención.

Tanto los profesionales de la educación como los de atención primaria de la salud se quejan de que no tienen el conocimiento suficiente y/o necesario para poder tratar adecuadamente a los adolescentes cuando presentan problemas emocionales, y menos aun cuando presentan comportamientos tan demandantes de atención especializada como, por ejemplo, las autolesiones o las conductas suicidas.

Además, esta escasa formación y quizás pobre alfabetización produce un aumento o mantenimiento del estigma asociado con la salud mental, etiquetando a los pacientes en el ámbito institucional, aumentando el riesgo de victimización por los compañeros, y demorando la consulta con un profesional especializado y, por tanto, la posibilidad de tener una intervención eficaz.

Identificación tardía de los problemas mentales en las escuelas y herramientas poco adecuadas

Se detecta demasiado tarde a los adolescentes que presentan problemas emocionales o que han sido víctimas de violencia. Es frecuente que cuando se presenta el problema ya se haya desencadenado un trastorno mental u otros problemas más graves que dificultan la remisión de los síntomas y la eficacia de la intervención. Los profesionales de la educación y de atención primaria de la salud desconocen o disponen de poca información sobre herramientas rápidas, válidas y fiables que se puedan administrar a

los adolescentes y sus entornos, desde los padres a los educativos, para detectar de manera precoz los problemas emocionales.

Además, se detecta una falta de atención al lenguaje empleado en el contexto educativo por parte del alumnado, ya que el lenguaje utilizado puede contribuir a identificar miembros de la comunidad escolar en riesgo de sufrir un problema o que ya están sufriendolo.

También se especifica que los profesionales de salud y su correspondiente red de salud están demasiado alejados del ámbito escolar, lo que dificulta la detección precoz, el uso de herramientas adecuadas para su detección y el uso de intervenciones psicoterapéuticas adecuadas. Esto a su vez, facilita el intrusismo laboral en los centros escolares de otros colectivos profesionales no suficientemente cualificados o especializados.

Falta de recursos y de coordinación entre diversos actores y regiones en el ámbito del bienestar y salud emocional

Los profesionales de la salud y de la educación se quejan de la ausencia de recursos necesarios y de tiempo para poder atender a las demandas de la población adolescente y poder detectar e intervenir de manera temprana y eficaz. Además, cuando se detecta a algún adolescente con problemas emocionales para su evaluación y posterior tratamiento, con frecuencia, no se realiza la derivación del contexto escolar y el de salud de una manera ágil (e incluso a veces ni se produce), lo que ocasiona una demora en el tiempo entre la visita con el orientador escolar y el profesional de salud. Esta falta de agilidad es debida, tanto a una escasa o una falta de coordinación y comunicación entre los diversos profesionales y dispositivos como a la escasez de recursos sanitarios y educativos con ausencia, muchas veces, de pedagogos, psicopedagogos o psicólogos en el ámbito escolar. Estas carencias perjudican al adolescente cuyas demandas no son atendidas, lo que agrava sus síntomas y empeora su salud mental, su bienestar y calidad de vida.

Esto da lugar a que dentro del ámbito público sólo se atienden los problemas o trastornos graves mientras que los de corte leve y moderado están infradetectados y no se actúa sobre ellos hasta que se produce un empeoramiento clínico significativo.

Excesiva medicalización de la salud mental y los costes asociados

La falta o escasez de habilidades psicoterapéuticas, de tiempo y de recursos por parte de los profesionales de la educación y de la salud, facilita la sobremedicalización en los adolescentes, con los efectos secundarios que ello conlleva. Además, como no se enseñan herramientas para gestionar los

síntomas relacionados con los problemas mentales, existe un riesgo de empeoramiento de los síntomas, encareciendo los costes sanitarios relacionados con la sobremedicalización.

Otro aspecto a destacar es que la administración de intervenciones estandarizadas, prescindiendo de las peculiaridades de los pacientes respecto de la especificidad de sus síntomas, su entorno y sus experiencias vitales, conlleva una menor eficacia, una deshumanización hacia el paciente, y una menor adherencia a la intervención. Asimismo, en muchas ocasiones, no se realiza una adecuada selección de la mejor intervención o tratamiento de elección según el problema o trastorno del menor, tal y como indican las últimas investigaciones y ensayos clínicos de tratamientos basados en la evidencia.

Carencia de políticas de salud y bienestar emocional, unido a un presupuesto insuficiente

Existe consenso en que no hay suficientes políticas para la promoción de la salud mental, ni tampoco para la detección precoz y para la prevención del trastorno mental y de la conducta suicida, a pesar de que la realidad nos dice que existe una alta prevalencia de problemas emocionales en los adolescentes y que el presupuesto destinado no está equiparado con las enfermedades físicas. En las políticas actuales enfocadas a la mejora de la salud mental, no se destina el suficiente presupuesto para implementar estos programas dirigidos a la promoción de la salud mental y el bienestar emocional, con la finalidad de incidir de forma significativa en la calidad de vida de esta población y en la mejora de los servicios de salud y educación. Esta situación es aún más deficiente si comparamos los recursos y actuaciones en salud mental destinados para la población adulta frente a los disponibles para la población infantil y juvenil. Un ejemplo puede observarse en el número de Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJs) cuyo número y profesionales está muy por debajo de la población diana a la que potencialmente deberían atender, sobre todo si lo comparamos con adultos.

Falta de sensibilización con determinados grupos en situación de vulnerabilidad y minorías sociales

Finalmente, menciona la falta de sensibilización existente hacia diversos grupos en situación de vulnerabilidad y minorías sociales, como son las poblaciones infanto-juveniles del sistema de protección a la infancia y adolescencia, las mujeres, el colectivo LGTBI o las minorías étnicas, y las poblaciones migratorias, entre otros. Estos grupos presentan un mayor riesgo de problemas emocionales, de victimización y estigma, tanto durante la adolescencia como en posteriores etapas de su vida. Por tanto, se trata de un grupo de alto riesgo para la incidencia de trastornos mentales y para el incremento de la conducta suicida. Las intervenciones preventivas y psicoterapéuticas dirigidas a estos grupos deberían administrarse teniendo en cuenta las peculiaridades y especificidades de cada uno de estos colectivos para

mejorar la eficacia de las intervenciones. Hay que concienciar al personal de la comunidad educativa de la importancia que tiene el lenguaje empleado por el alumnado como el lenguaje que se utiliza con ellos.

Aumento de los malos hábitos en los jóvenes y uso abusivo de las nuevas tecnologías de la comunicación

Se menciona que muchos jóvenes españoles invierten demasiado tiempo en actividades sedentarias y comen alimentos procesados y excesivamente calóricos comiendo a cualquier hora y de cualquier manera lo que aumenta la obesidad, y la escasa actividad física practicada se lleva a cabo a una intensidad muy ligera. Además, los adolescentes se acuestan excesivamente tarde, lo que repercute en su rendimiento académico y afecta en su salud emocional. Así como la mayoría de esas actividades sedentarias giran en torno al uso extensivo, desproporcionado y desmesurado de las nuevas tecnologías de la comunicación.

Esta falta de hábitos saludables debe ser responsabilidad no sólo de los jóvenes, sino también de los padres o tutores, personal educativo y sanitario y también de políticas que favorezcan la adquisición de hábitos saludables en esta población.

5. Recomendaciones a partir de las carencias y necesidades identificadas anteriormente

En este apartado, y en relación al objetivo II, se especifican las recomendaciones surgidas a partir del debate entre los expertos y participantes que asistieron al *Encuentro Internacional e Interdisciplinar Red Pro-Emotion-Y*, así como miembros y colaboradores de la Red PROEM. La finalidad es que estas recomendaciones puedan concretarse en una hoja de ruta destinada a servir para la mejora de la salud y bienestar emocional de los jóvenes, y así disminuir las tasas de trastorno mental y de ideación y conducta suicidas identificadas en esta población.

Para conseguir esta finalidad se especifican las siguientes recomendaciones y acciones a implementar:

Aumentar la alfabetización sobre salud y bienestar emocional en los jóvenes

- Diseñando intervenciones a los alumnos, y padres/tutores de alfabetización sobre salud mental, sus factores de riesgo y protectores; así cómo saber identificar y manejar sus síntomas adecuadamente.

Estas intervenciones deberían llevarse a cabo en todas las fases de la prevención: universal, selectiva e indicada.

- Concienciando a los adolescentes y adultos de la importancia del bienestar emocional y la promoción de la salud, así como los factores que los mantienen y favorecen: estilos de vida saludables (actividad física, nutrición, hábitos de sueño, uso adecuado de las nuevas tecnologías), red de apoyo familiar y social, escuela, sociedad, etc.
- Promocionando el respeto y reduciendo el estigma asociado hacia las poblaciones en situación de vulnerabilidad y las minorías sociales y personas con trastorno mental, incrementando la empatía y la tolerancia de los adolescentes hacia lo “diferente” y la diversidad.
- Concienciando al personal de la comunidad educativa y sanitario de la importancia que tiene tanto el lenguaje empleado por el alumnado y usuarios como el lenguaje que se utiliza con ellos.
- Implicando a los medios de comunicación mediante la difusión de información a través de redes de profesionales de la salud mental y orientadores, asociaciones de padres, usuarios, etc. para eliminar cualquier tipo de estigmatización.

Promocionar la detección precoz en los jóvenes y las intervenciones psicoterapéuticas eficaces, efectivas, eficientes y basadas en la evidencia disponible y las buenas prácticas

- Disponiendo de un repositorio de instrumentos de evaluación e intervención para la mejora de la detección precoz y de las intervenciones con evidencia científica para aumentar la transparencia y disminuir el intrusismo laboral.
- Implicando a los adolescentes, familias, así como al resto de agentes sociales en la toma de decisiones para la promoción de la salud mental, y la prevención y el tratamiento del trastorno mental.
- Desarrollando e implementando protocolos de detección temprana para la prevención selectiva e indicada, e intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia en centros educativos y de salud para el tratamiento de los trastornos mentales, (ciber)victimización, las autolesiones y la ideación y conductas suicidas en adolescentes por profesionales sanitarios especialistas en salud mental
- Empleando un análisis del lenguaje y desarrollando sistemas computacionales de ayuda a la decisión en los que se puedan apoyar los profesionales para detectar precozmente problemas emocionales en adolescentes.
- Desarrollando programas de prevención universal para la promoción de la salud mental, el bienestar emocional y los hábitos saludables (por ejemplo, actividad física, nutrición, hábitos de sueño, etc.), así como para el fomento del respeto y la tolerancia entre compañeros.

- Desarrollando intervenciones para reducir cualquier estigma asociado, sea hacia los grupos en situación de vulnerabilidad, las minorías sociales, el trastorno mental o de cualquier otra índole.
- Desarrollando programas para prevenir la victimización y cualquier tipo de violencia interpersonal.
- Potenciando las colaboraciones entre equipos para la realización de ensayos multicéntricos mediante diseños rigurosos en distintos contextos (atención primaria, centros educativos, etc.).
- Evaluando el potencial papel de la interdisciplinariedad (por ejemplo, TICs, epigenética, análisis del lenguaje, etc.) tanto en la detección precoz, como en el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas.
- Ayudando en la transición de la adolescencia a la adultez en personas con problemas emocionales o en riesgo de presentarlos.
- Desarrollando programas de promoción, detección precoz y tratamiento teniendo en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño.

Desarrollar una red eficiente para mejorar la detección precoz, la intervención temprana y el mejor tratamiento a los problemas emocionales y de salud mental en los jóvenes

- Acercando la red de salud mental y los profesionales de la salud al ámbito educativo y a la población general para: (i) empoderar al ciudadano; (ii) mejorar la detección precoz; y (iii) desarrollar mejores intervenciones psicoterapéuticas y adaptadas a la persona.
- Explorando las necesidades de los jóvenes con problemas emocionales por parte de los profesionales educativos y sanitarios.
- Aumentando los esfuerzos para involucrar a todos los actores para mejorar la eficiencia de la red de salud. Se recomienda no sólo oír las voces de investigadores y profesionales de salud mental sino también escuchar las de profesionales de otras disciplinas, el sector educativo, social y comunitario, padres, jóvenes, usuarios, y legisladores.
- Aumentando la formación en salud mental de los profesionales de la educación y la sanidad y del ámbito social y comunitario (todos los actores/agentes que están en contacto con los jóvenes) por parte de especialistas en salud mental (por ejemplo, psicólogos sanitarios).
- Atendiendo al uso y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación entre los adolescentes, dado que es en el entorno *online* donde se producen buena parte de las interacciones sociales y a través del cual se canalizan diferentes problemáticas de salud mental (depresión, ansiedad, etc.).

Aumentar el presupuesto para investigar en la prevención y tratamiento de los problemas mentales y promoción de la salud mental y el bienestar emocional

- Dotando tanto a los centros educativos, sistemas de salud, como a los servicios sociales, de conocimientos y recursos para identificar y tratar a los adolescentes con problemas emocionales o en riesgo de desarrollarlos, prestando especial atención a las minorías y poblaciones en situación de vulnerabilidad y atendiendo a las necesidades particulares de los adolescentes.
- Aumentando la financiación para disminuir la brecha entre salud mental y física, teniendo en cuenta tanto las necesidades sanitarias y la carga de enfermedad, como la prevalencia y gravedad de trastornos emocionales en los jóvenes.
- Fomentando el desarrollo e implementación de psicoterapias para la salud mental en los adolescentes y centros educativos, así como de programas de psicoeducación enfatizando la interdisciplinariedad y la inclusividad, en vez de la medicalización como única y/o prioritaria alternativa.
- Llevando a cabo políticas sociales y educativas y aumentando esfuerzos para implementarlas de forma más efectiva para atajar desigualdades entre jóvenes con problemas emocionales o en riesgo psicosocial.
- Incentivando la financiación de entidades públicas o privadas para investigar y ofrecer programas de prevención de salud emocional en los centros escolares y sanitarios, incluyendo la identificación temprana de problemas emocionales, la (ciber)victimización, las autolesiones y suicidio.
- Implementando políticas para que la salud y bienestar emocional sean más fácilmente accesibles para los jóvenes (alfabetización en salud mental, inclusión en los currícula escolares, evaluación y tratamiento *online*).
- Incrementando el presupuesto para desarrollar políticas educativas y sociales con el fin de evitar la desigualdad en los jóvenes con problemas emocionales.

6. Prioridades para mejorar la salud mental de los adolescentes

Finalmente, y siguiendo el objetivo III del informe, se menciona una lista de **acciones** que la Red PROEM ha considerado como **prioritarias** para mejorar la salud y el bienestar emocional de los adolescentes:

Tabla 1. Lista de acciones prioritarias ordenadas de mayor a menor importancia mediante consenso por la Red PROEM

| Prioridades | Dimensión |
|--|--|
| Desarrollando e implementando protocolos de detección temprana para la prevención selectiva e indicada, e intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia en centros educativos y de salud para el tratamiento de los trastornos mentales, (ciber)victimización, las autolesiones y la ideación y conductas suicidas en adolescentes por profesionales sanitarios especialistas en salud mental | Promocionar detección precoz y psicoterapias |
| Diseñando intervenciones a los alumnos, y padres/tutores de alfabetización sobre salud mental, sus factores de riesgo y protectores; así cómo saber identificar y manejar sus síntomas adecuadamente. Estas intervenciones deberían llevarse a cabo en todas las fases de la prevención: universal, selectiva e indicada | Aumentar la alfabetización y bienestar |
| Disponiendo de un repositorio de instrumentos de evaluación e intervención para la mejora de la detección precoz y de las intervenciones con evidencia científica para aumentar la transparencia y disminuir el intrusismo laboral | Promocionar detección precoz y psicoterapias |
| Aumentando la formación en salud mental de los profesionales de la educación y la sanidad y del ámbito social y comunitario (todos los actores/agentes que están en contacto con los jóvenes) por parte de especialistas en salud mental (por ejemplo, psicólogos sanitarios) | Desarrollar una red eficiente |
| Promocionando el respeto y reduciendo el estigma asociado hacia las poblaciones en situación de vulnerabilidad y las minorías sociales y personas con trastorno mental, incrementando la empatía y la tolerancia de los adolescentes hacia lo “diferente” y la diversidad | Aumentar la alfabetización y bienestar |
| Dotando tanto a los centros educativos, sistemas de salud, como a los servicios sociales, de conocimientos y recursos para identificar y tratar a los adolescentes con problemas emocionales o en riesgo de desarrollarlos, prestando especial atención a las minorías y poblaciones en situación de vulnerabilidad y atendiendo a las necesidades particulares de los adolescentes | Aumentar el presupuesto |
| Concienciando a los adolescentes y adultos de la importancia del bienestar emocional y la promoción de la salud, así como los factores que los mantienen y favorecen: estilos de vida saludables (actividad física, nutrición, hábitos de sueño, uso adecuado de las nuevas tecnologías), red de apoyo familiar y social, escuela, sociedad, etc. | Aumentar la alfabetización y bienestar |
| Desarrollando programas de prevención universal para la promoción de la salud mental, el bienestar emocional y los hábitos saludables (por ejemplo, actividad física, nutrición, hábitos de sueño, etc.), así como para el fomento del respeto y la tolerancia entre compañeros | Promocionar detección precoz y psicoterapias |
| Implementando políticas para que la salud y bienestar emocional sean más fácilmente accesibles para los jóvenes (alfabetización en salud mental, inclusión en los currícula escolares, evaluación y tratamiento online) | Aumentar el presupuesto |
| Implicando a los medios de comunicación mediante la difusión de información a través de redes de profesionales de la salud mental y orientadores, asociaciones de padres, usuarios, etc. para eliminar cualquier tipo de estigmatización | Aumentar la alfabetización y bienestar |
| Aumentando los esfuerzos para involucrar a todos los actores para mejorar la eficiencia de la red de salud. Se recomienda no sólo oír las voces de investigadores y profesionales de salud mental sino también escuchar las de profesionales de otras disciplinas, el sector educativo, social y comunitario, padres, jóvenes, usuarios, y legisladores. | Desarrollar una red eficiente |

Tabla 1. Lista de acciones prioritarias ordenadas de mayor a menor importancia mediante consenso por la Red PROEM (continuación)

| Prioridades | Dimensión |
|---|-------------------------------|
| Acercando la red de salud mental y los profesionales de la salud al ámbito educativo y a la población general para: (i) empoderar al ciudadano; (ii) mejorar la detección precoz; y (iii) desarrollar mejores intervenciones psicoterapéuticas y adaptadas a la persona. | Desarrollar una red eficiente |
| Incentivando la financiación de entidades públicas o privadas para investigar y ofrecer programas de prevención de salud emocional en los centros escolares y sanitarios, incluyendo la identificación temprana de problemas emocionales, la (ciber)victimización, las autolesiones y suicidio. | Aumentar el presupuesto |

7. Conclusiones

Gracias al esfuerzo de los miembros, colaboradores y otros usuarios de la Red PROEM, se ha observado que hay un problema de salud mental en los adolescentes y que existen deficiencias para abordarlo adecuadamente tanto en el ámbito educativo como de la salud. Estas carencias se manifiestan con falta de recursos, de formación y de disponibilidad de programas de alfabetización, con una ausencia de herramientas para detectar precozmente a los sujetos en riesgo e intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia científica, y una red de salud ineficiente cuando se realiza la derivación.

Desde la Red PROEM se aboga para promocionar la salud mental en todos los adolescentes y personas que están en contacto con esta población, detectar precozmente sus síntomas, e intervenir ante la incidencia de los trastornos mentales estableciendo sinergias entre los adolescentes, los adultos y los profesionales de la educación promocionando la interdisciplinariedad y las sinergias.

Con tal de cubrir estas deficiencias, se lanza un mensaje de que es necesario incrementar la alfabetización en salud mental, aumentar el personal especializado en salud mental en los centros educativos, formar a los profesionales educativos y de atención primaria, y aumentar el presupuesto para implementar políticas de salud mental, desarrollar una red de salud más eficiente y fomentar la investigación para identificar sus factores de riesgo, promover la salud mental y desarrollar intervenciones eficaces y eficientes.

A partir de las acciones que se han definido en este informe se pretende involucrar a todos los actores implicados, y desarrollar grupos de trabajo interdisciplinarios para llevar a cabo las acciones propuestas.

8. Referencias

1. Coppens E, Vermet I, Knaeps J, de Clerck M, de Schrijver I, Matot JP, et al. Adolescent mental health care in Europe : state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network. 2015.
2. ROAMER. Boosting impact of mental health policies and services for European people , communities and economies Joint statement to invest in mental health research and a European Implementation Partnership on Mental Health and Wellbeing. 2017;1–14.

3. Organización Mundial de la Salud. Mental health promotion in young people: an investment for the future. Who. 2010.
4. Coughlan H, Duffy M, Gavin B, Keeley H. The International Declaration on Youth Mental Health: Summary. 2011.
5. World Population Prospects. Health for the worlds's adolescents: a second chance in the second decade. 2017.
6. Organización Mundial de la Salud. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Heal Organ [Internet]. 2017;1–24. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
7. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *WwwTheLancetCom*. 2016;0366(16):1–10.
8. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859–77.
9. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;21(10):718–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
10. European Action for Mental Health. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016.
11. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. England; 2015 Mar;56(3):345–65.
12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. United States; 2005 Jun;62(6):593–602.
13. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl*. England; 2013 Jan;54:s5-10.
14. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. United States; 2007 Jul;20(4):359–64.

15. UNICEF. Bienestar Infantil en España 2016 [Internet]. Unicef. 2016. Available from: http://www.webquestcreator2.com/majwq/public/files/files_user/49695/indicadores_de_bienestar_infantil_2016.pdf
16. Glied S, Pine DS. Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2002;156(10):1009–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12361447>
17. University of Rochester Medical Center. Mood Disorders in Teens [Internet]. 2018 [cited 2018 May 14]. Available from: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P01634>
18. Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1036–42.
19. Observatorio Social de La Caixa. ¿Responde la investigación a las necesidades de salud? [Internet]. 2018 [cited 2018 May 14]. Available from: https://observatoriosociallacaixa.org/es/print/-/asset_publisher/edPcfhH3hjBh/content/responde-la-investigacion-a-las-necesidades-de-salud
20. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people’s health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*. England; 2016 Jun;387(10036):2383–401.
21. Organización Mundial de la Salud. The European Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. 2015. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide. *CMAJ*. 2014;143(7):609–10.
23. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. [Internet]. 2005. 195 p. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
24. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G. Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. United States; 1998 May;37(5):488–94.
25. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2018 [cited 2018 May 14]. Available from: <http://www.ine.es/>

26. Mollà L, Vila SB, Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2015;20(1):51–61.
27. Daher M. World report on violence and health. *J Med Liban* [Internet]. 2002;51(2):59–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15298158>
28. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse.* United States; 2009 Jul;10(3):198–210.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding teen dating violence: Fact sheet 2012. 2012;0–1. Available from: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/TeenDatingViolence2012-a.pdf>
30. Garaigordobil M. *Bullying y Cyberbullying: Definición, prevalencia, consecuencias y mitos.* Fundació per la Universitat Oberta de Catalunya, editor. Barcelona: Fundació per la Universitat Oberta de Catalunya; 2017.
31. Gamez-Guadix M, de Santisteban P, Resett S. Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema.* Spain; 2017 Feb;29(1):29–34.
32. Cushing BS, Kramer KM. Mechanisms underlying epigenetic effects of early social experience: the role of neuropeptides and steroids. *Neurosci Biobehav Rev.* United States; 2005;29(7):1089–105.
33. Organización Mundial de la Salud. Preventing youth violence: an overview of the evidence [Internet]. 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf
34. Castellvi P, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;135(3):195–211.
35. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernandez-Gutierrez M, Poza-Mendez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs.* United States; 2017 Feb;31(1):111–21.
36. Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* England; 2017 Aug;211(2):77–87.
37. Lucassen MF, Stasiak K, Samra R, Frampton CM, Merry SN. Sexual minority youth and

- depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Aust N Z J Psychiatry*. England; 2017 Aug;51(8):774–87.
38. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud [Internet]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87060/1/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf
 39. Collins RLR, Lamb S, Roberts T-A, Tolman DL, Ward LM, Blake J, et al. Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls APA Task Force on the Sexualization of Girls. *Am Psychol Assoc* [Internet]. 2007;1–72. Available from: <http://www.psych.yorku.ca/leeat/3480/documents/SexualizationofWomentaskforce.pdf>
 40. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi a B, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* [Internet]. 2003;45:130–130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652003000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 41. Eurosurveillance editorial team. EMCDDA publishes 2012 report on the state of the drugs problem in Europe. Vol. 17, *European communicable disease bulletin*. 2012.
 42. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. Italy; 2002 Feb;1(1):16–20.
 43. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. England; 2010 Dec;10:113.
 44. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. England; 2015 Jan;45(1):11–27.
 45. Naciones Unidas. Declaración de los derechos humanos [Internet]. Nueva York; 1948. Available from: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
 46. Davidson LE, Rosenberg ML, Mercy JA, Franklin J, Simmons JT. An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. *JAMA*. United States; 1989 Nov;262(19):2687–92.
 47. Comisión Europea. EUROPE 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. 2014.
 48. Comisión Europea. Focus on: Mental Health in education: an unspoken issue of our age [Internet]. 2017 [cited 2018 May 14]. Available from: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/focus-mental-health-education-unspoken-issue-our-age_en

49. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Madrid; 2005.
50. Amigo I, Concepción V, Rodríguez F, Rodríguez E, Ana N, Santamarta R, et al. Creencias sobre las estrategias para el control del peso. 2005;17:418–21.
51. Busto R. La relación entre la falta de sueño, el ocio sedentario y el sobrepeso infantil. *Análisis y Modif Conduct*. 2006;32:391–401.
52. New Economics Foundation. *Measuring well-being: a guide for practitioners*. 2011.
53. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. United States; 1995 Apr;68(4):653–63.
54. Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am J Public Health*. United States; 2010 Dec;100(12):2366–71.
55. Keyes CLM, Simoes EJ. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health*. United States; 2012 Nov;102(11):2164–72.