

Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas*

Preventive Intervention School Mental Health in Adolescents: Challenges for a Public Program in the Educational Communities

Recibido: 1 de marzo de 2015 | Revisado: 1 de junio de 2015 | Aceptado: 1 de agosto de 2015

LORETO LEIVA **

MYRIAM GEORGE

Universidad de Chile, Santiago, Chile

ANA MARÍA SQUICCIARINI ***

ARIELA SIMONSOHN

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Santiago, Chile

JAVIER GUZMÁN

Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

RESUMEN

Se presenta la contribución del “Programa Habilidades para la Vida” a las prácticas de prevención de salud mental adolescente en escuelas de Chile. Se evalúa la intervención preventiva del programa, en particular observando si adolescentes que asistieron al taller preventivo ($N = 212$) muestran cambio en las variables desadaptación escolar (DE) y disfunción psicossocial (DP), según su asistencia y la de sus padres. El diseño fue *ex post facto*, longitudinal prospectivo, con mediciones pre y post. El análisis consideró ANOVA de medidas repetidas y pruebas *t* para muestras relacionadas. Los resultados indican disminución en algunos factores de riesgo asociados a DE y la estabilidad de la DP de los adolescentes. Se discuten las implicancias de este estudio para la ciencia preventiva y las políticas públicas.

Palabras clave

salud mental escolar; prevención; intervención preventiva en la escuela; talleres preventivos; Programa Habilidades para la Vida.

Abstract

This paper shows the contribution of “Skills for Life Program” to prevention practices adolescent mental health in schools in Chile. Study included a sample of adolescents ($N = 212$) who participated in the preventive intervention of the program. The goal was to examine changes in variables of school maladjustment (SM) and psychosocial dysfunction (PD) based on their attendance and their parents to the preventive intervention. Design was *ex-post-facto*, longitudinal prospective, pre and post measurements. Analysis considered repeated measures ANOVA and *t* tests for related samples. Results indicate a decrease in risk factors associated with SM and PD stability of adolescents. Study implications will be discussed for preventive science and public policy.

Keywords

school mental health; prevention; preventive intervention in school; preventive workshops; Skills for Life Program.

doi:10.11144/Javeriana.upsyl4-4.ipsm

Para citar este artículo: Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1285-1298. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsyl4-4.ipsm>

* Agradecimientos:

** loretoleivab@u.uchile.cl Departamento de Psicología, Universidad de Chile

*** asquicciarini@junaeb.cl

Es de público conocimiento que las enfermedades mentales continúan aumentando; si en el año 2000 explicaban el 13% de la discapacidad global, para el año 2020 explicarán el 15%. Las consecuencias para la salud, así como los costos sociales y económicos derivados son múltiples: desempleo, reducción de productividad e impacto en las familias y cuidadores. Adicionalmente, hay costos que son incalculables como los que se derivan de las oportunidades perdidas para los niños y adolescentes que sufren enfermedades mentales (Jané-Llopis & Barry, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Diversos estudios dan cuenta de que los niños/as y adolescentes con trastornos mentales no están recibiendo la atención especializada que requieren (Green et al., 2013; Mills, Stephan, Moore, Weist, Daly & Edwards 2006; Weist & Murray, 2008), existiendo una importante brecha asistencial entre niños y adolescentes que requieren de servicios especializados y no los buscan o reciben (Vicente, Saldivia, de la Barra, Melipillán, Valdivia & Kohn 2012; Weist & Murray, 2008).

Existen además limitaciones de orden familiar y de capacidad de los sistemas de salud para evaluar y tratar las psicopatologías (Offord & Bennett, 2002; Vicente et al., 2012). Estas limitaciones han motivado a los investigadores y encargados del diseño de políticas públicas a desarrollar programas promocionales y preventivos, especialmente si se considera que la mayoría de los trastornos que afectarían la salud mental comienzan en la infancia o adolescencia (de la Barra, 2011; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters 2005; O'Connell, Boat, & Warner, 2009; Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008).

Las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales y sociales que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo. Con la activación de las redes sociales, esta contribuye de manera significativa a la salud mental de las personas ya que brinda apoyo emocional e instrumental y aumenta la confianza y el valor para enfrentar los desafíos (Jané-Llopis & Barry, 2005)

Por otra parte, la prevención se basa en los principios de salud pública con enfoque en la reducción

de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia (Jané-Llopis & Barry, 2005; Jané-Llopis, Barry, Hosman, & Patel, 2005; Vicente et al., 2012). Las estrategias preventivas no solo hacen frente a los problemas de salud mental antes de que estos aparezcan, sino que además consideran en su aplicación al ámbito comunitario (Detels, Mcewan, Beaglehole & Tanaka, 2002).

La escuela es uno de los lugares óptimos para detectar precozmente factores de riesgo, trastornos y para realizar intervenciones protectoras, compensadoras y reparadoras. Además, este es el espacio más probable donde niños, niñas y adolescentes pueden recibir los servicios de salud mental, considerando la evidencia existente de la asociación entre aprendizaje y trastornos mentales (Domitrovich, Bradshaw, Greenberg, Embry, Poduska & Jalongo 2010; Macklem, 2014; Petras, Kellam, Brown, Muthén, Jalongo & Poduska 2008).

Varios países han reconocido esta relevancia y han dado prioridad en su agenda a la promoción y prevención de salud en la escuela, a través de iniciativas financiadas gubernamentalmente (Weist & Murray, 2008). Estas estrategias a largo plazo son más efectivas si se integran en las políticas de salud mental en la escuela, implementando tanto intervenciones promocionales como preventivas de salud mental (George, Guzmán, Flotts, Squicciarini, & Guzmán, 2012; Herrman & Jané-Llopis, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Informe Compendiado, Ginebra).

Las intervenciones promocionales y preventivas en el contexto escolar tienen efectos protectores en sus participantes. A nivel individual, estas intervenciones contribuyen a la disminución de problemas internalizantes y externalizantes y a fortalecer el desempeño académico. Además, generan efectos favorables en el ámbito de la familia y de la comunidad escolar, y son particularmente útiles cuando

se dirigen a poblaciones con mayores riesgos a través de sistemas integrales y con programas multicomponentes, combinando esfuerzos del aula, la escuela y de toda la comunidad (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Durlak & Wells, 1997; Weare & Nind, 2011).

Otros logros son un menor nivel de violencia y acoso escolar y un mayor comportamiento prosocial. Por ello, el vínculo que se puede establecer entre las escuelas y las estrategias implementadas para mejorar el bienestar de los estudiantes se transforma en un impulso a la promoción y prevención de la salud mental (Durlak et al., 2011; Hoagwood, Olin, Kerker, Kratochwill, Crowe & Saka 2007; Suldo, Gormley, DuPaul & Anderson-Butcher, 2014).

La combinación de esfuerzos de profesores, directivos, padres, madres, cuidadores en función del bienestar de los estudiantes es fundamental para la promoción y prevención en la escuela. Programas de intervención comprensivos en su abordaje, que combinan el aporte de diversos actores de la escuela hacen que sus efectos protectores sean sistémicos y no solo en la dimensión de aprendizaje.

En Chile, el esfuerzo de mayor escala realizado en la dirección mencionada ha sido el “Programa Habilidades para la Vida (HpV)” de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB], implementando en la escuela estrategias estables y permanentes de promoción y prevención de la salud mental infanto-adolescente.

Actualmente, este programa cuenta con cobertura nacional y en colaboración con los Gobiernos locales ha sido una respuesta pública estructurada de promoción y prevención en salud mental escolar de larga trayectoria (George, Guzmán, Hartley, Squicciarini, & Silva, 2006). En sus inicios (1998), el HpV se implementó en escolares de primer ciclo básico (6-9 años), luego incorporó coberturas del nivel pre-escolar (4-5 años) y posteriormente, a partir del 2008, el modelo de intervención se implementa en adolescentes (10-14 años) del segundo ciclo básico.

El propósito del programa a corto plazo es fortalecer competencias interpersonales sociales cognitivas y afectivas, para mejorar el desempeño escolar, disminuir la repetición y el abandono y lograr una convivencia escolar positiva. En el mediano y largo

plazo, es elevar calidad de vida (bienestar, competencias personales y esperanza de vida) y prevenir daños en salud mental asociados a conductas violentas, depresión y consumo abusivo de alcohol y drogas (George et al., 2006).

Para la implementación del Programa en el nivel local, JUNAEB trabaja en colaboración con los municipios en modalidad de proyectos, de acuerdo a orientaciones técnicas del Programa. Dada la presencia territorial de dichas entidades, la factibilidad de la sustentabilidad e inserción comunal del Programa es mayor.

El modelo del programa HpV incluye intervenciones universales (promoción), enfocadas a promover el bienestar y desarrollo psicosocial en toda la comunidad educativa (directivos, profesores, padres y estudiantes); actividades de pesquisa para detectar problemas psicosociales y conductas de riesgo en escolares (utilizando cuestionarios adaptados y validados para las distintas edades) e intervenciones preventivas (de tipo indicada) para los que presentan conductas de riesgo.

Además, el HpV implementa acciones para aquellos estudiantes detectados con alto riesgo y que requieren acceder a diagnóstico y tratamiento en salud mental en la red local de salud, con seguimiento por parte del programa de la respuesta de esta red de salud. Para una mejor inserción a nivel comunal, el HpV articula y refuerza una red de apoyo local que facilite y asegure la coordinación entre la escuela y los centros de apoyo y programas de atención psicosocial existentes en el nivel comunal, con acciones de sensibilización e información.

En lo referido a las intervenciones preventivas realizadas por el Programa, existe evidencia que sugiere efectos positivos en desempeño escolar y conducta en los niños y niñas participantes (Delgado, Zúñiga, & Jadue, 2006; Guzmán et al., 2011; Leiva et al., 2015; Murphy et al., 2014). Considerando que el Programa mantiene la misma estructura conceptual y operativa con adolescentes escolares, la estrategia preventiva en esta población no ha sido estudiada con la misma intensidad (Gallardo, Leiva, & George, 2015). Así, el foco del presente trabajo se concentra en la estrategia preventiva del Programa Habilidades para la Vida II, dirigido a población escolar entre 10 y 14 años.

El Programa Nacional Habilidades para la Vida II y su estrategia de Prevención de Salud Mental Escolar Adolescente

El HpV es un programa de salud mental escolar que responde a las necesidades y características de la realidad chilena, valorando la realidad local y considerando temáticas pertinentes al ciclo vital de los participantes (Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva, 2006).

Considera una fase de detección (pesquisa del riesgo) y otra de intervención. La detección o pesquisa del riesgo se realiza universalmente en el 6º año básico; permite identificar a adolescentes que presentan a) desadaptación escolar [DE] (medida a través del cuestionario TOCA-RR y b) disfunción psicosocial [DP] (medida a través del cuestionario PSC.Y). La combinación de estos instrumentos posibilita identificar a nivel individual a aquellos estudiantes que no están en riesgo de aquellos que sí lo están, ya sea en DE y/o DP.

Los criterios de inclusión para la intervención preventiva se basa en la pesquisa de riesgo a partir del cuestionario que evalúa la DE, estableciéndose intervenciones específicas con el fin de modificar las trayectorias de los riesgos detectados. Los adolescentes que presentan desadaptación escolar y que requieren asistir a los talleres preventivos son: (a) escolares con malas relaciones con sus compañeros o sus pares, y que no se integran ni interactúan con ellos en las actividades en la escuela; (b) adolescentes a quienes les cuesta persistir en las tareas propuestas para el curso, no les interesa el trabajo escolar y se distraen fácilmente; (c) escolares que no respetan las normas escolares, presentan baja tolerancia a la frustración y se comportan de manera agresiva tanto física como verbalmente y (d) jóvenes que dependen del profesor y de los compañeros para motivarse y participar de actividades escolares.

Con este enfoque, se identifican y abordan de manera temprana conductas de riesgo que han sido evaluadas como predictoras de trastornos mentales futuros (Guzmán et al., 2011; Murphy,

2014; Werthamer-Larsson, Kellam & Wheeler, 1991). Dada las características de este modelo de intervención (criterios de inclusión, riesgo específico e individual e intensidad de intervención), se adscribe a una intervención preventiva focalizada o indicada (Mrazek & Haggerty, 1994).

La intervención preventiva se realiza en 7.º básico. Su objetivo es desarrollar habilidades y conductas que previenen dificultades de orden psicosocial que afectan negativamente el desempeño escolar de los estudiantes con conductas de riesgo detectadas previamente. Consiste en un taller de 10 sesiones regulares (semanales y continuas) de 2 horas con los adolescentes, 3 sesiones con los padres y 2 sesiones con los profesores. Tiene una duración de aproximadamente 6 meses, es grupal, cerrado, mixto y se realiza en la escuela y está a cargo principalmente de psicólogos que son parte del equipo ejecutor del Programa. Se efectúan registros de asistencia y se registra el cumplimiento de objetivos por sesión. Para realizar estos talleres existe una normativa técnica y para su programación se cuenta con información que se recoge en el proceso de detección y que se encuentra informatizada.

A partir de los desafíos que conlleva el inicio de la adolescencia, esta intervención preventiva requiere una evaluación diferente respecto de la evaluación realizada con escolares del ciclo educativo anterior (Delgado et al., 2006; Guzmán et al., 2011; Leiva et al. 2015; Murphy et al., 2014). Teniendo presente que quienes participan de esta intervención preventiva son adolescentes escolares, este estudio también considera ajustes para trabajar aspectos subjetivos (socioafectivo emocionales, autopercepción o autoimagen) y la visión de su bienestar en los contextos naturales de desarrollo, por ello no solo se evalúa la DE sino también la DP (Gallardo et al., 2015). El evaluar variables relacionadas con aspectos más subjetivos de bienestar adolescente tales como DP, podría enriquecer la intervención y el programa, permitiendo realizar ajustes del modelo en caso de ser necesario.

Dadas estas condiciones, el presente trabajo tiene como objetivo examinar si los adolescentes

participes de los talleres preventivos (estrategia preventiva) presentan una diferencia pre post intervención en las variables de DE y DP, según su nivel de asistencia a la sesiones implementadas y según la asistencia de los padres a talleres organizados para ellos.

Método

Procedimiento

Se implementó un estudio *ex post facto*, longitudinal prospectivo, con mediciones pre y post (Campbell & Stanley, 1973). La primera medición se efectuó cuando los estudiantes cursaban 6º básico (año 2010). Luego, en 7º básico (año 2011), se realizó la intervención preventiva. Finalmente, la segunda medición se realizó en 8º básico (año 2012), posterior a la implementación del taller preventivo. El grupo en estudio asistió al taller preventivo descrito, y participó además de actividades de promoción de bienestar psicosocial que se aplican a toda la población de sus escuelas respectivas en el marco del programa HpV II.

Participantes

En la intervención preventiva participaron 472 adolescentes pertenecientes a 68 colegios de 11 comunas de todo el país. De este grupo, solo 212 tuvieron registro de asistencia a los talleres; el resto de los adolescentes ($n = 260$) igualmente fueron evaluados con los instrumentos utilizados en este estudio, pero al no contar con su registro de asistencia no fueron considerados en los análisis. En vista de lo anterior y considerando el sexo, la muestra quedó compuesta por 121 mujeres (55.1%) y 91 hombres (42.9%). La edad promedio del grupo al inicio del estudio fue de 12.02 años ($DE = 0.8$ años) y no se encontraron diferencias significativas en el promedio de edad según el sexo del adolescente ($t(210) = 1.07; p = 0.454$) ($n = 212$).

Recolección de información

Se utilizaron dos instrumentos de pesquisa, y los registros de asistencia a la intervención preventiva. Los instrumentos ocupados fueron los siguientes.

Teacher Observation of Classroom Adaptation Revised (TOCA-RR)

Informa acerca de la conducta en la sala de clases y es respondido por el profesor en el contexto de una entrevista realizada por entrevistadores capacitados. Mide la desadaptación escolar (DE) y permite identificar factores de riesgo y conductas desadaptativas asociadas con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de presentar desórdenes psiquiátricos (Kellam, Mayer, Rebok, & Hawkins, 1998; Kellam et al., 2008).

En la adaptación local de este instrumento (JUNAEB, 2011) se identifican cuatro dimensiones de riesgo para la población adolescente: (1) malas relaciones con pares (MRP), que da cuenta de una baja integración e interacción con pares y participación en actividades, (2) baja autonomía (BA) entendida como dependencia del profesor para actividades escolares y dependencia de compañeros para integrarse, (3) pobre desempeño escolar (PDE), que se traduce en baja motivación en el trabajo escolar, en la persistencia de la tarea y alto grado de distractibilidad y (4) respuestas agresivas (RA), donde el adolescente es evaluado como desobediente, con baja tolerancia a la frustración y con reacciones agresivas físicas y verbales. Cada una de estas condiciones informa acerca de la conducta en la sala de clases. Ejemplos de preguntas son: “daña o hiere a otros físicamente”, “presta atención” o “tiene muchos amigos”. Este instrumento ha sido recientemente validado en Chile y presenta una confiabilidad, para cada subescala, determinada con alfa de Cronbach, que fluctúa entre 0.81 y 0.95 (Leiva, George, Guzmán, Squicciarini, Simonsohn & Antivilo 2015a).

Pediatric Symptom Checklist- Youth Report (PSC-Y)

Mide la disfunción psicosocial (DP), entendida como las dificultades en el cumplimiento de los esperado para la edad o bien las dificultades surgidas en el establecimiento de relaciones con los pares y/o con la familia (Jellinek, Murphy, & Burns,

1986; Jellinek, Murphy, Robinson, Feins, Lamb & Fenton 1988; Murphy & Jellinek, 1988; Murphy, Jellinek, & Milinsky, 1989). El PSC-Y es la versión para adolescentes del PSC (Jellinek et al., 1986; Murphy & Jellinek, 1988; Jellinek et al., 1988; Murphy et al., 1989). En el caso de los adolescentes, la disfunción psicosocial se evalúa por medio de autorreporte en una escala ordinal de 3 puntos desde 1 (*nunca*) hasta 3 (*seguido*). Ejemplo de estas preguntas son “te quejas de malestares y dolores”, “tienes poca energía/te cansas fácilmente” y “eres irritable y enojón”. Este instrumento fue desarrollado como un instrumento de tamizaje para ser utilizado en la población infantil (Gall, Pagano, Desmond, Perrin, & Murphy, 2000), posteriormente se creó la versión adolescente (Pagano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000); existiendo en la actualidad una versión autoadministrada validada en Chile (Leiva, George, Guzmán et al., 2015) que presenta una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.97).

Si bien el criterio de inclusión a los talleres es el resultado obtenido en DE vía TOCA-RR, todos los adolescentes escolares contestaron PSC-Y, cuyo puntaje sirve como medida de comparación en una dimensión distinta y complementaria a DE.

Asistencia a los talleres

Se consignó la asistencia de los adolescentes, de sus padres y profesores jefes al taller. El número de participantes así como las categorizaciones utilizadas para los análisis efectuados se detallan en la Tabla 1.

Análisis de datos

Se utilizaron ANOVA de dos factores, con medidas repetidas en un factor y Test de t de Student para muestras independientes y dependientes. Los análisis fueron realizados considerando los puntajes brutos o directos arrojados por los instrumentos.

TABLA 1
Asistencia de adolescentes, padres y profesores a las sesiones del taller

N=212	Asistencia adolescentes		Asistencia padres		Asistencia profesores	
	1-7 sesiones (A1)	8-10 sesiones (A2)	0 Sesiones (P1)	1-3 Sesiones (P2)	0 Sesiones (PR1)	1-2 Sesiones (PR2)
N	85	127	70	142	2	210
%	40.1	59.9	33	67	0.9	99.1

Fuente: elaboración propia

TABLA 2
Promedios y desviaciones estándar en cada variable evaluada pre-post taller

	Grupos	Pre intervención		Post- intervención		Pre-intervención		Post-intervención	
		A1	A2	A1	A2	P1	P2	P1	P2
DE	MRP	12.4 (5.88)	13.43 (5.84)	20.46 (5.4)	20.08 (5.72)	20.03 (5.46)	20.33 (5.66)	14.1 (5.62)	12.48 (5.79)
	BA	20.51 (5.04)	19.8 (4.29)	16.62 (6.38)	15.87 (5.38)	20.59 (4.69)	19.82 (4.57)	16.87 (5.01)	15.83 (6.13)
	PDE	14.26 (4.45)	12.89 (4.48)	17.6 (7.49)	16.6 (6.12)	13.41 (3.98)	13.45 (4.76)	18.26 (5.6)	16.38 (7.21)
	RA	16.98 (4.91)	18.02 (5.34)	16.51 (7.96)	16.04 (7.25)	17.92 (4.9)	17.42 (5.33)	17.43 (5.19)	15.63 (7.56)
DP	PSC	54.94 (18)	55.61 (14.35)	55.37 (15.89)	53.86 (16.6)	54.43 (18)	55.79 (14.77)	55.49 (16.8)	53.97 (16.53)

Fuente: elaboración propia

Resultados

Para evaluar el efecto del taller preventivo se compararon pre-post intervención todos los factores de riesgo identificados por el TOCA-RR, así como la disfunción psicosocial evaluada mediante el PSC-Y. Esto según (1) la asistencia de los adolescentes al taller preventivo (grupo A1 y A2) y (2) la asistencia de los padres al taller preventivo (grupo P1 y P2). La asistencia de los profesores al taller preventivo no fue considerada, pues tal como se observa en la Tabla 1 la mayoría de los profesores asiste a las sesiones.

Para visualizar los cambios en las variables evaluadas según la asistencia de los adolescentes (A1-A2) y padres a los talleres (P1-P2), se presentan los promedios y desviaciones estándar por cada dimensión evaluada, pre y post taller (Tabla 2).

Para saber si los cambios en los puntajes promedios resultaron ser significativos al comparar los grupos según la asistencia de los adolescentes y de los padres a los talleres, se aplicó un análisis de varianza de dos factores, con medidas repetidas en un factor (Tabla 3).

Al analizar el impacto de la asistencia a los talleres de los adolescentes, los resultados mostraron que hubo cambios favorables a través del tiempo (pre-post taller preventivo) en las dimensiones BA y RA, es decir, los adolescentes de ambos grupos (A1 y A2) aumentaron su nivel de autonomía y disminuyeron sus respuestas agresivas. En cambio, las dimensiones MRP y PDE empeoraron a través del tiempo; esto se traduce en adolescentes que muestran peores relaciones con sus pares y un pobre desempeño escolar. El tamaño efecto de estas diferencias fue pequeño para todas las variables evaluadas.

Al observar el impacto de la asistencia de los padres a los talleres a través del tiempo, se encontró que tanto en el grupo P1 y P2 los resultados fueron favorables en las dimensiones MRP, BA y RA; esto indica que todos los puntajes obtenidos por los adolescentes en las variables mencionadas mejora, más allá de si sus padres asisten o no a las sesiones implementadas por el Programa. En específico, se logra que los adolescentes establezcan mejores relaciones con sus pares, presenten una mayor autonomía y expresen menos conductas agresivas. Por el contrario, se produce una baja en el desempeño

TABLA 3
Valores F observados en la comparación de grupos en las variables de DE y DP pre-post taller preventivo

	Variable	Asistencia de adolescentes al taller		Asistencia de padres al taller		
		F	η^2	F	η^2	
Tiempo	MRP	133.4**	0.39	108.22**	0.34	
	BA	72.3**	0.26	65.1**	0.24	
	DE	PDE	32.65**	0.14	36.92**	0.15
	RA	5.23*	0.02	4.33*	0.2	
Tiempo * grupo	DP	PSC	0.18	0.05		
	MRP	1.22		2.11		
	BA	0		0.09		
	DE	PDE	0.09		2.24	
Grupo	RA	1.99		1.24		
	DP	PSC	0.49		0.78	
	MRP	0.44		1.69		
	BA	1.64		2.28		
DE	PDE	5.47*	0.03	3		
	RA	0.16		2.4		
	DP	PSC	0.06		0	

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Fuente: elaboración propia

TABLA 4
Comparación de promedios pre-post taller, según sexo

Factor	Mujer (n = 121)						Hombre (n = 91)						
	Media		t	p	d	95% IC	Media		t	p	d	95% IC	
	pre	post					pre	post					
MRP	19.55	14.26	6.83	0	0.61	[3.75; 6.82]	21.14	11.36	10.1	0	1.05	[7.85; 11.7]	
DE	BA	19.36	15.85	6.37	0	0.58	[2.42; 4.6]	21.02	16.6	5.94	0	0.62	[2.94; 5.89]
	RA	14.13	17.12	-4.34	0	0.4	[-0.03; 2.02]	12.52	16.85	-4.06	0	0.42	[3.90; 1.86]
	PDE	16.59	15.60	1.91	0.05			18.96	17.07	1.86	0.07		
DP	PSC	57.65	53.94	1.83	0.07			52.2	55.2	-1.31	0.19		

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

Fuente: elaboración propia

escolar (PDE). Sin embargo, el tamaño efecto de estas diferencias fue pequeño (Tabla 3).

Respecto a la interacción entre el tiempo y la asistencia de los adolescentes (grupo A1 y A2) y la asistencia de los padres (grupo P1 y P2), no se observaron efectos de interacción para ninguna de las variables evaluadas. Respecto al análisis por grupo, en la mayoría de las variables evaluadas tampoco se encontraron diferencias según la cantidad de sesiones a las cuales asisten los adolescentes y sus padres; sólo el desempeño escolar presentó cambios significativos; el cual, si bien empeora en ambos grupos (A1 y A2) pre-post intervención, mejora comparativamente en aquellos adolescentes que asisten a 8-10 sesiones; no obstante el tamaño del efecto es bajo ($\eta^2 = 0.03$). Respecto a la DP, no se encontraron diferencias en el tiempo y tampoco en los grupos.

Igualmente, se evaluó la existencia de diferencias pre-post aplicación del taller según el sexo de los adolescentes. Se encontró que postintervención tanto en hombres como en mujeres mejoraban las relaciones con los pares, aumentaba su autonomía pero empeoraba su desempeño escolar. Respecto al nivel de respuestas agresivas y la disfunción psicosocial no se encontraron diferencias en ninguno de los sexos. No obstante, hay que observar que respecto a la disfunción psicosocial (PSC-Y) el promedio de las mujeres postintervención tiende a mejorar mientras que el de los hombres empeora (Tabla 4).

En términos generales, los adolescentes postintervención mostraron cambios favorables en su nivel de autonomía y respuestas agresivas, siendo

estos dos aspectos los que se ven más favorecidos por las estrategias preventivas implementadas.

Discusión

Este trabajo examinó y evaluó la intervención preventiva en relación con su capacidad de revertir y modificar favorablemente las condiciones de riesgo iniciales, identificando elementos que pudiesen afectar el éxito de su implementación en el contexto educacional dentro de un programa público, de alcance nacional en Chile.

Aquellos adolescentes inicialmente identificados con DE en riesgo y que asistieron a los talleres preventivos muestran mejora postintervención en el nivel de autonomía y respuestas agresivas. La asistencia de los padres al taller influye positivamente para mejorar las relaciones con los pares, el nivel de autonomía y los niveles de respuestas agresivas en los adolescentes intervenidos. Respecto a la frecuencia de asistencia, solo se encontró una diferencia en el desempeño escolar, el cual si bien no mejora con la intervención, es comparativamente mejor en aquellos adolescentes que asisten a 8-10 sesiones.

Globalmente, se observa cambio estadísticamente significativo ($p < 0.001$) en la mayoría de las variables relacionadas en DE producto de la intervención preventiva. Este resultado sugiere que las intervenciones realizadas en colegio basadas en el riesgo psicosocial pesquizado por el profesor son efectivas para su propósito: aumentar competencias psicosociales que se expresan en el colegio.

Por su parte, la variable DP no presenta diferencias pre y postintervención preventiva. Este resultado se explica parcialmente debido a que DP no fue criterio de inclusión a la intervención, por lo que cambios en esta variable acentúa la no coincidencia entre la subjetividad de estudiantes y la observación que profesores realizan de la conducta. Además, el taller fue diseñado con énfasis mayor en desarrollar competencias de impacto en el contexto escolar, lo que posiblemente redujo el repertorio de actividades realizadas. Esto último sugiere la idea de que trabajar adaptación escolar no necesariamente aumenta el nivel de funcionamiento psicosocial autopercebido en adolescentes.

Al analizar el impacto que tuvo la asistencia de los adolescentes y los padres a los talleres en las variables evaluadas, el resultado es similar, pues en ambas situaciones los adolescentes mejoraron sus índices de DE: aumentaron nivel de autonomía, disminuyeron respuestas agresivas y mejoraron desempeño escolar. No obstante, la relación que los adolescentes establecen con sus pares resulta diferente, pues su asistencia a los talleres no tiene un impacto en la mejora de las relaciones establecidas; por el contrario, cuando los padres asisten a los talleres la relación que establecen los adolescentes con sus pares mejora, al comparar los valores medios obtenidos pre-post intervención.

Estos resultados dan cuenta de la consistencia del diseño de la intervención preventiva respecto del cambio en DE, pues la estrategia preventiva logra revertir y modificar favorablemente ciertas dimensiones la DE; pero además, el uso de medidas estandarizadas de DE como TOCA-RR permite identificar aquellos aspectos que requieren ser trabajados con mayor profundidad para revertir las condiciones de riesgo identificadas inicialmente de modo significativo.

Ahora, si la intervención preventiva busca generar cambio en DP, es necesario expandir tanto su diseño como las posibilidades de apoyo a quienes tienen mayor riesgo en DP. La subjetividad de los adolescentes no cambia significativamente con la intervención, lo que es particularmente relevante para temáticas de alta incidencia en adolescentes como son los problemas internalizantes (depresión,

ansiedad) y sus consecuencias en salud física. Los resultados obtenidos refuerzan los aprendizajes del trabajo de Gallardo et al. (2015) sobre la misma intervención preventiva, dado que también se identificó que el área afectiva y de manejo de emociones requiere de mayor atención en el diseño y ejecución de la intervención preventiva.

En términos generales, los adolescentes postintervención mostraron cambios favorables en su nivel de autonomía y respuestas agresivas, siendo estos dos aspectos los que se ven más favorecidos por la estrategia preventiva. Estos resultados serían relevantes pues en las escuelas, por lo general, estos son aspectos que generan confusión y desorientación en los equipos directivos y docentes, proponiendo, a veces, soluciones más cercanas a la exclusión que a la inclusión de estudiantes que presentan conductas agresivas o que son poco autónomos en su desempeño escolar. Más aún, estudios recientes muestran que estas consecuencias patologizantes pueden generar mucha violencia, tanto en el plano físico como psíquico para la población escolar más vulnerable (Berger, Álamos, Milicic, & Alcalay, 2014; Rojas & Leiva, 2015).

Los resultados obtenidos además alertan respecto a que el impacto de una intervención preventiva en salud mental escolar, aun en población adolescente, dependería no sólo de la aplicación de un buen diseño y de una buena fidelidad en su ejecución, sino también del compromiso y participación de los adultos significativos para estos, al asistir a las sesiones propuestas en esta estrategia preventiva (Leiva et al. 2015).

En el mismo sentido, muestra la importancia (mutua y recíproca) del compromiso de todos los subsistemas de la comunidad educativa. De ahí surgen nuevos desafíos para la implementación de estrategias preventivas en salud mental como es lograr involucrar a los diferentes actores de la comunidad educativa y no sólo al adolescente, para así producir un efecto aditivo o sinérgico en el logro de resultados favorables en el corto y mediano plazo respecto a la reducción del riesgo (Ialongo, Poduska, Werthamer, & Kellam, 2001).

Estos resultados refuerzan la importancia de evaluar, en un futuro, desde una perspectiva cua-

litativa las acciones preventivas de la salud mental del programa, identificar por ejemplo qué contenidos son recurrentes en el escenario de la intervención para los y las adolescentes que participan y especialmente profundizar en cómo y qué evalúan como positivo o negativo para ellos de las distintas actividades del taller preventivo.

Como parte de las limitaciones de este estudio se debe señalar que no fue posible contar con un grupo control. Dada las características y particularidades del programa HpV II y las estrategias implementadas en su ejecución, es complejo contar con grupos diferidos de intervención o con grupos controles aleatorizados; de ahí la imposibilidad de establecer otro tipo de diseño. No obstante, fue posible evaluar qué es lo que logra o no la intervención preventiva en salud mental adolescente y también sirvió para orientar un programa nacional de amplia cobertura, el cual requiere contar con investigaciones que identifiquen sus logros y orienten futuros estudios.

Los resultados de este estudio muestran que el modelo que implementa el programa HpV es una alternativa interesante que puede transformarse, con los ajustes necesarios en aquellas áreas que no se obtuvieron cambios favorables, en una oportunidad para la política pública, reforzando y apoyando la promoción de la salud mental y la prevención de riesgos en adolescentes escolares en contextos vulnerables. Igualmente, los resultados de este estudio podrían ser utilizados en la construcción de una política pública que se oriente al bienestar psicosocial de los adolescentes y de su comunidad escolar, con un trabajo intersectorial al convocar a los diferentes actores locales para el desarrollo de una Red de Apoyo Comunal de la Salud Mental en la Escuela, permitiendo la construcción conjunta de un objetivo común.

Las dinámicas del sistema educativo contribuyen a la formación de patrones de interacción que tanto los niños/as como los adolescentes utilizan en sus relaciones sociales. Además, las prácticas sociales que se dan al interior de la escuela son un excelente aprendizaje no sólo para convivir con otros y ser solidarios, sino también para organizarse, coordinarse y ejercer ciudadanía. En este sentido, la escuela se constituye en sí misma como una red

social significativa en el contexto comunitario, permitiendo que confluyan múltiples acciones centrales y locales, a nivel de políticas sociales y públicas (George et al., 2012).

Finalmente, los principales desafíos para esta línea de investigación aplicada se asocian con el examen de nuevas cohortes de estudiantes y la exploración de diferencias según distinciones geográficas, experticia de los profesionales ejecutores de las intervenciones y los potenciales efectos que la prevención tiene en el rendimiento académico (tanto en la promoción de curso como en las pruebas estandarizadas), así como aspectos relacionados con la contribución específica de la asistencia de profesores a los talleres.

Referencias

- Berger, C., Álamos, P., Milicic, N., & Alcalay, L. (2014). Rendimiento académico y las dimensiones personal y contextual del aprendizaje socioemocional: evidencias de su asociación en estudiantes chilenos. *Universitas Psychologica*, 13, 627-638. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.radp
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M. J., & Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psykhé*, 15(1), 57-65. doi:10.4067/S0718-22282006000100005
- de la Barra, F. (2011). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile: estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Delgado, I., Zúñiga, V., & Jadue, L. (2006). *Estudio comparativo de escolares que participaron del Programa Habilidades Para la Vida y SIMCE cuarto básico 2005: resumen ejecutivo*. Santiago: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Detels R., Mcewan J., Beaglehole R., & Tanaka, H. (2002). *Oxford textbook of public health* (4.^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M., & Jalongo, N. S. (2010). Integrated models of school-based prevention:

- Logic and theory. *Psychology in the Schools*, 47, 71-88. doi:10.1002/pits.20452
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Durlak, J., & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152. doi: 10.1023/A:1024654026646
- Gall, G., Pagano, M., Desmond, M. S., Perrin, J., & Murphy, M. (2000). Utility of psychosocial screening at a School-based Health Center. *Journal of School Health*, 70, 292-298. doi: 10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254
- Gallardo, I., Leiva, L., & George, M. (2015). *Evaluación de la aplicación piloto de una intervención preventiva de salud mental en la escuela: variaciones en la desadaptación escolar y en la disfunción psicossocial adolescente*. Artículo aceptado.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Scquicciarini, A. M., & Guzmán, M. P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 21(2), 55-81.
- George, M., Guzmán, M. P., Hartley, M., Scquicciarini, A. M., & Silva, C. (2006). *Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB: Patente ISBN 956-8586-01*. Santiago: JUNAEB. Disponible en <http://www.junaeb.cl/habilidades-para-la-vida>
- Green, J., McLaughlin, K., Alegría, M., Costello, E., Gruber, M., Hoagwood, K.,... Kessler, R. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(5), 501-510. doi:10.1016/j.jaac.2013.03.002
- Guzmán, M. P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Scquicciarini, A. M., Canenguez, K. M., ... Murphy, J. M. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 401-411. doi: 10.1007/s00787-011-0191-3
- Herrman, H., & Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Global Health Promotion*, 12, 42-47. doi: 10.1177/10253823050120020107
- Hoagwood, K. E., Olin, S. S., Kerker, B. D., Kratochwill, T. R., Crowe, M., & Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 66-92. doi:10.1177/10634266070150020301
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L., & Sheppard, K. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 9(3), 146-161. doi: 10.1177/106342660100900301
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*, 12(2), 47-54. doi: 10.1177/10253823050120020108
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: A review. *Promotion & Education*, 12(2), 9-25. doi: 10.1177/10253823050120020103x
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., & Burns, B. J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*, 109(2), 371-378.
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S., & Fenton, T. (1988). Pediatric symptom checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, 112(2), 201-209. doi: 10.1016/S0022-3476(88)80056-8
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P.,... Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Supl. 1), S5-S28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004
- Kellam, S. G., Mayer, L. S., Rebok, G. W., & Hawkins, W. E. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two preventive interventions: An investigation of causal paths. En B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 486-505). New York: Oxford University Press.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A., Simonsohn, A., Vargas, B., & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectiva. Individuo y Sociedad*, 15(1), 31-41. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/508/402>
- Leiva, L., George, M., Guzmán, J., Squicciarini, A., Simonsohn, A., & Antivilo, A. (2015). *Propiedades psicométricas del Teacher Observation of Classroom Adaptation (TOCA-RR) y Pediatric Symptom Checklist Scale (PSC) en una muestra de adolescentes escolarizados que participan en el Programa Nacional Habilidades para la Vida II*. Manuscrito en preparación.
- Macklem, G. (2014). *Preventive mental health at school: Evidence-based services for students*. Nueva York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8609-1
- Mills, C., Stephan, S. H., Moore, E., Weist, M. D., Daly, B. P., & Edwards, M. (2006). The president's new freedom commission: Capitalizing on opportunities to advance school-based mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3), 149-161.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Murphy, J. M., & Jellinek, M. (1988). Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: Further validation of the Pediatric Symptom Checklist. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 450-456.
- Murphy, J. M., Jellinek, M., & Milinsky, S. (1989). The Pediatric Symptom Checklist: Validation in the real world of medium school. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(4), 629-639.
- Murphy, M., Guzmán, J., McCarthy, A., Squicciarini, A. M., George, M., Canenguez, K.,... Jellinek, M. (2014). Mental health predicts better academic outcomes: A Longitudinal study of elementary school students in Chile. *Child Psychiatry Human Development*, 1, 1-12. doi: 10.1007/s10578-014-0464-4
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Offord, D. R., & Bennett, K. J. (2002). Prevention. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4.^a ed., pp. 881-899). Oxford, Reino Unido: Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas* (Informe compendiado). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias/Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht). Ginebra, Suiza: Autor. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Pagano, M., Cassidy, L., Little, M., Murphy, M., & Jellinek, M. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The pediatric symptom checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91-106. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:23.0.CO;2-3
- Petras, H., Kellam, S., Brown, H., Muthén, B., Jalongo, N., & Poduska, J. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: Effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Supl. 1), S45-S59. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.10.015
- Rojas, R., & Leiva, L. (2015). Psicopatología y victimización ocasional entre pares en una muestra de estudiantes chilenos. *Universitas Psychologica*, 14(1), 165-176. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-1.pvop
- Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J., & Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*, 6, 84-98. doi:10.1007/s12310-013-9116-2

- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457. doi:10.4067/S0034-98872012000400005
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(Suppl. 1), i29-i69. doi:10.1093/heapro/dar075
- Weist, M. D., & Murray, M. (2008). Advancing school mental health promotion globally. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1(Supl. 1), 2-12. doi:10.1080/1754730X.2008.9715740
- Werthamer-Larsson, L., Kellam, S., & Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 585-602.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Supl. 1), 133-147. doi:10.1007/s00787-008-1015-y

