



Original

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



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

^a Universidad de La Rioja, España

^b Universidad Isabel I, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2023

Aceptado el 6 de noviembre de 2023

On-line el 26 de diciembre de 2023

Palabras clave:

Salud mental
Ansiedad
Depresión
Adolescentes
Evaluación
Contextos educativos

R E S U M E N

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

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

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

A B S T R A C T

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

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

Keywords:

Mental health
Anxiety
Depression
Adolescents
Assessment
Educational settings

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.fonseca@unirioja.es (E. Fonseca-Pedrero).

Introducción

La adolescencia es una etapa evolutiva esencial donde se desarrolla y consolida la personalidad, la identidad, las amistades y las funciones ejecutivas, aspectos asociados al bienestar psicológico y la salud mental (Bernaras et al., 2017). Los problemas emocionales, como la *ansiedad* y la *depresión*, constituyen una de las principales barreras para los sistemas familiar, educativo, sanitario y social (Beck et al., 2021). Mejorar los procedimientos de evaluación, mediante una detección e identificación temprana, utilizando herramientas fiables a partir de las cuales se puedan tomar decisiones informadas, puede ayudar tanto a prevenir los problemas de regulación emocional como a promover y valorar la eficacia de las intervenciones psicológicas.

Los problemas de regulación emocional parecen ser comunes entre los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 3.6% de los adolescentes con una edad de 10 a 14 años y el 4.6% de los de 15 a 19 años refieren problemas de *ansiedad*. Además, el 1.1% de los y las adolescentes entre 10 a 14 años y el 2.8% de los de 15 a 19 años refieren problemas de *depresión* (OMS, 2021). En los estudios llevados a cabo con adolescentes españoles por Canals-Sans et al. (2018) y Canals-Sans et al. (2019) se ha observado que el 11.8% han informado de problemas de *ansiedad* y el 11.6% de *depresión*. Asimismo, el pico de edad de inicio para el desarrollo de cualquier trastorno mental comienza durante la adolescencia ($M = 14.5$ años) (Solmi et al., 2022). El 50% de los casos de trastornos mentales en adultos comienzan antes de los 18 años, mientras que el 35% empiezan antes de los 14 años. Igualmente, la *ansiedad* y la *depresión* pueden darse de forma combinada, tanto a nivel clínico como subclínico, siendo su solapamiento más bien la regla y no la excepción (Sánchez Hernández et al., 2023). El 80% de los menores que reciben un diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentan también un trastorno de *ansiedad* (Canals-Sans et al., 2019). Dado el solapamiento de los síntomas de *ansiedad* y *depresión*, se ha propuesto la existencia de una dimensión general de desregulación emocional o una dimensión internalizante (Eaton et al., 2023; Piqueras et al., 2021).

El cribado de los problemas de regulación emocional, como la *ansiedad* y la *depresión*, en contextos educativos, tiene el potencial de mejorar la identificación temprana y fiable de estos fenómenos tanto a nivel subumbral como clínico. Más si cabe cuando se considera su naturaleza internalizante, la escasa búsqueda de ayuda profesional por parte de los menores que los sufren, la falta de protocolos estandarizados de evaluación o su moderada estabilidad temporal (Canals-Sans et al., 2019; Piqueras et al., 2021). Para ello es necesario contar con herramientas adecuadas que permitan tomar decisiones sólidas y fundamentadas en los datos. En la literatura se han desarrollado una amplia gama de instrumentos para valorar los problemas emocionales en población infanto-juvenil (Bernaras et al., 2019; Creswell et al., 2020). Algunos de los autoinformes que evalúan la *ansiedad* en adolescentes son la *Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños* (MASC) (March et al., 1997), la *Youth Anxiety Measure for DSM-5* (YAM-5) (Muris et al., 2017) o la *Screen for Child Anxiety Related Disorders* (SCARED) (Birmaher et al., 1997). Para la medición de la *depresión* en la adolescencia se encuentran, entre otros, el *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1992), la *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children and Adolescents* (Radloff, 1991) o la *Reynolds Adolescent Depression Scale-2* (Reynolds, 2002). Sin embargo, no existen muchos instrumentos que evalúen simultáneamente la *ansiedad* y la *depresión* en adolescentes. Entre los más empleados se encuentra la *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) (Chorpita et al., 2000) o, más recientemente, la *Escala DetectaWeb-Malestar* (Piqueras et al., 2021). Además de las herramientas de evaluación comentadas, también se han utilizado, sin ser medidas

específicamente para población infanto-juvenil, el *Generalized Anxiety Disorder Assessment-7* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) o el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). El GAD-7 y el PHQ-9 se han convertido en medidas estándar de la investigación y la práctica clínica de la *ansiedad* y la *depresión*. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente analizadas en estudios previos (Kroenke, 2021; Kroenke et al., 2010; Löwe et al., 2008; Muñoz-Navarro et al., 2017; Spitzer et al., 2006). El GAD-7 evalúa *ansiedad generalizada* mediante siete ítems. El PHQ-9 es un cuestionario de nueve ítems desarrollado para la evaluación de la *sintomatología depresiva*. Sus puntuaciones han mostrado adecuadas evidencias de validez y fiabilidad también en adolescentes (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez et al., 2023; Kivuruusu et al., 2023; Mossman et al., 2017). Se trata de dos instrumentos de medida que suman un total de 16 ítems, por lo que se han desarrollado también versiones breves (Kroenke et al., 2010). No obstante, dado que la finalidad última de estos autoinformes es la valoración conjunta de la *ansiedad* y la *depresión* (o la *sintomatología internalizante*) con distintos fines (epidemiológicos, de cribado, etc.), es relevante desarrollar una versión combinada reducida que pueda ser útil y de rápida administración en contextos aplicados y de investigación.

Los síntomas de *ansiedad* y *depresión* informados por los adolescentes se han asociado con una amplia amalgama de factores de riesgo y protección. Distintas investigaciones muestran la asociación que existe entre los problemas emocionales y variables educativas y socioemocionales (Suldo et al., 2014). Igualmente, y considerando el contexto educativo, los problemas emocionales que se experimentan durante la adolescencia afectan a los procesos de enseñanza-aprendizaje y, por lo tanto, al rendimiento académico (García-Escalera et al., 2020; Veldman et al., 2015), a las relaciones sociales y al propio sistema educativo y familiar (Quevedo-Blasco et al., 2023). Investigaciones previas señalan que los *problemas emocionales y conductuales* pueden predecir la *depresión* y la *ansiedad* clínicas (Bryant et al., 2020). En el estudio elaborado por Lacomba-Trejo et al. (2020) se muestra cómo los problemas con los compañeros y la falta de competencias emocionales predicen la *ansiedad* en un 41% y la *depresión* en un 72%. Por otro lado, se ha evidenciado la elevada capacidad del *afecto negativo* para predecir los síntomas de *ansiedad* (Zvolensky et al., 2016) y la relación entre un bajo *afecto positivo* y la *depresión* (Toro et al., 2018). La *ansiedad*, la *depresión* y o el estrés, pronostican una *baja calidad de vida* en la niñez y la adolescencia (Geng et al., 2020).

Los problemas de regulación emocional son prevalentes e impactan en los menores a múltiples niveles. Igualmente, los problemas internalizantes no suelen valorarse de forma estandarizada con sistemas de cribado breves y fiables en contextos educativos. Se hace necesario, por lo tanto, la implementación de estrategias de prevención de los problemas emocionales mediante su detección temprana (Fonseca-Pedrero, Pérez-Albéniz et al., 2023). En este contexto, el objetivo principal de este estudio ha sido analizar los síntomas de *ansiedad* y *depresión* autoinformados en contextos educativos. Con esta meta: (1) se ha validado una versión breve, denominada PHQ-GAD-8; (2) se ha examinado la prevalencia de síntomas de *ansiedad* y *depresión* autoinformados; y (3) se ha estudiado la relación entre la *ansiedad* y la *depresión* e indicadores psicométricos de ajuste psicológico. Siguiendo los estándares psicométricos internacionales, se espera desarrollar una versión breve para la evaluación de los síntomas *emocionales* autoinformados por los adolescentes. Se hipotetiza que la prevalencia de los problemas de *ansiedad* y *depresión* autoinformados será elevada. Igualmente, se espera encontrar que los síntomas de *ansiedad* y *depresión* se encuentren altamente relacionados y, al mismo tiempo, asociados con *problemas emocionales y conductuales* y *baja calidad de vida* percibida.

Método

Participantes

Se ha llevado a cabo un muestreo aleatorio estratificado a nivel de clase en toda la población estudiantil de La Rioja (región norte de España). El alumnado pertenece a diferentes centros educativos públicos y concertados. Se han conformado estratos en base a instituciones educativas públicas y subvencionadas y al nivel educativo. Han participado en el estudio un total de 34 escuelas y 98 aulas. La muestra inicial está compuesta por 2640 estudiantes. Se han eliminado de la muestra aquellos participantes que han alcanzado una puntuación alta en la *Escala de Respuesta Infrecuente de Oviedo* (más de 3 puntos) ($n = 175$) o son mayores de 18 años ($n = 247$). Así, la muestra final la forman 2235 participantes de los que 1045 son hombres (46.8%), 1183 (52.9%) son mujeres y siete participantes (0.3%) han declarado otra identidad de género. La media de edad ha sido 14.49 años ($DT = 1.76$), con un rango de 12 a 18 años. La distribución por edades es la siguiente: 12 años: $n = 280$; 13 años $n = 387$; 14 años, $n = 396$; 15 años, $n = 408$; 16 años, $n = 371$; 17 años, $n = 240$; y 18 años, $n = 153$. El 90.8% de la muestra se ha identificado como española.

Instrumentos

Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Se trata de un autoinforme conformado por siete ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0 = nada, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días y 3 = casi todos los días) que permiten valorar la gravedad de los síntomas del *trastorno de ansiedad generalizada* durante las últimas dos semanas. El GAD-7 ha sido validado al español (Muñoz-Navarro et al., 2017).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). Es un autoinforme compuesto por nueve ítems que valora la *sintomatología depresiva* según los criterios del DSM. Los ítems se responden según la frecuencia de los síntomas (0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad de los días, 3 = casi todos los días). El PHQ-9 ha sido validado en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez et al., 2023).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) versión autoinformada. Es un autoinforme que evalúa *problemas emocionales y conductuales* y comportamiento prosocial en adolescentes. Está compuesto por 25 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de tres opciones (0 = no, nunca, 1 = a veces, 2 = sí, siempre), distribuidos en cinco subescalas: *problemas emocionales*, *problemas de conducta*, *hiperactividad*, *problemas con los compañeros y conducta prosocial*. Las primeras cuatro subescalas ofrecen la puntuación total en *dificultades*. En el presente estudio se ha utilizado la versión española validada del SDQ (Ortuño-Sierra et al., 2022).

Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C) versión breve (Ebesutani et al., 2012). La PANAS-C se compone por un total de diez ítems que valoran *Afecto Positivo* (AP) y *Afecto Negativo* (AN). Cinco ítems evalúan el AP a través de adjetivos como: *alegre, animado, feliz, enérgico y orgulloso*; y otros cinco el AN: *deprimido, enojado, temeroso, asustado y triste*. El sistema de respuesta es tipo Likert de cinco opciones (1 = muy poco o nada a 5 = extremadamente o mucho). El PANAS-C mide cómo se sienten las personas durante las últimas semanas. Este instrumento ha sido validado con adolescentes españoles (Sanmartín et al., 2018).

Kidscreen-10 (Ravens-Sieberer et al., 2010). Este autoinforme evalúa la *calidad de vida* relacionada con la salud en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Consta de diez ítems en formato de respuesta Likert con cinco opciones de respuesta (1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = a veces; 4 = casi siempre; y 5 = siempre), donde una puntuación mayor es indicativa de mayor *calidad de vida* percibida. El Kidscreen-10 ha sido validado en España (Aymerich et al., 2005).

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (INF-OV-R) (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Se utiliza para detectar respuestas aleatorias, pseudoaleatorias o deshonestas. El instrumento INF-OV-R es un autoinforme compuesto por 10 ítems en formato dicotómico (1 = sí; 0 = no). Se han eliminado de la muestra los estudiantes con más de tres respuestas incorrectas en la escala INF-OV-R.

Procedimiento

La investigación ha sido aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEImLAR) y por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de La Rioja. Los cuestionarios se han administrado de forma colectiva, utilizando ordenadores personales, en grupos de 10 a 30 participantes, en horario escolar y en un aula especialmente habilitada para tal fin, bajo la supervisión de investigadores capacitados en un protocolo estándar. No se ha ofrecido ningún incentivo para la participación. En el caso de los participantes menores de 18 años, se ha pedido a las familias que den su consentimiento informado por escrito para la participación de su hijo o hija en el estudio. Se ha informado a los participantes de la confidencialidad de sus respuestas y el carácter voluntario del estudio.

Análisis de datos

En primer lugar, se ha dividido aleatoriamente la muestra total en dos submuestras. En la primera submuestra, para conocer los ítems más pertinentes para la nueva versión del GAD-7 y PHQ-9, se han llevado a cabo análisis factoriales confirmatorios (CFA, *Confirmatory Factor Analysis*) y modelos exploratorios de ecuaciones estructurales (ESEM, *Exploratory Structural Equation Modeling*) en las versiones extendidas. Se ha utilizado el estimador *weighted least square mean and variance adjusted* (WLSMV). Se han probado varios modelos dimensionales: (a) modelo unidimensional CFA; (b) modelo CFA bidimensional; (c) modelo ESEM de dos factores; y (d) modelo Bifactor CFA (un factor general y dos factores específicos no relacionados). Desde un punto de vista empírico, se han seleccionado cuatro ítems de cada escala en función de las cargas factoriales estandarizadas en el modelo que ha ofrecido un mejor ajuste. Asimismo, mediante un proceso iterativo se han analizado también los índices de discriminación de los ítems. Se han utilizado los siguientes índices de bondad de ajuste: chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) e intervalo confidencial al 90%, y residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR). Hu y Bentler (1999) sugieren que RMSEA debe ser .06 o menos para un buen ajuste del modelo. Los índices CFI y TLI deben ser .95 o más, aunque cualquier valor superior a .90 tiende a considerarse aceptable. En la segunda submuestra se han replicado los análisis con la versión corta de PHQ-9 y GAD-7. También se ha estimado la fiabilidad de las puntuaciones en las escalas mediante el coeficiente omega de McDonald. Por último, se ha calculado la relación entre las puntuaciones de *ansiedad* y *depresión* y los indicadores psicométricos de ajuste psicológico utilizando modelos de ecuaciones estructurales y las correlaciones de Pearson. Para el análisis del modelo predictivo se ha utilizado el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Robustos y valores de chi-cuadrado. La adecuación del modelo se ha estimado utilizando los mismos índices de bondad de ajuste que en los análisis factoriales y con criterios similares, añadiendo la raíz cuadrada media del residuo estandarizado (SRMR). Para el análisis de datos se han empleado los programas SPSS 25.0, MPLUS 7.2 y JASP.

Tabla 1
Índices de bondad de ajuste de las versiones extendida y breve: Patient Health Questionnaire-9 y Generalized Anxiety Disorder Assessment-7

Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI	RMSEA (90% IC)	SRMR
<i>Versiones extendidas (Submuestra 1)</i>						
Modelo de 1 factor (CFA)	1102.47	104	.951	.944	.093 (.088-.098)	.060
Modelo de 2 factores (CFA)	680.32	103	.972	.967	.071 (.066-.076)	.048
Modelo de dos factores (ESEM)	447.39	89	.983	.976	.060 (.055-.066)	.031
Modelo Bifactor (CFA)	450.50	88	.982	.976	.061 (.055-.066)	.031
<i>Versión breve (Submuestra 2)</i>						
Modelo de 1 factor (CFA)	522.90	20	.961	.946	.150 (.139-.162)	.078
Modelo de 2 factores (CFA)	61.36	19	.997	.995	.045 (.033-.058)	.022
Modelo de dos factores (ESEM)	65.36	13	.996	.991	.060 (.046-.075)	.014
Modelo Bifactor (CFA)	47.36	13	.997	.994	.049 (.034-.064)	.013

Nota. χ^2 = Chi cuadrado; gl = grados de libertad; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confianza; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Tabla 2
Cargas factoriales estandarizadas de los ítems de la versión breve del Patient Health Questionnaire-9 y el Generalised Anxiety Disorder Assessment-7: PHQ-GAD-8

FI	Carga factorial	Error estándar	p	FII	Carga factorial	Error estándar	p
PHQ1	.789	.063	< .001	PHQ1	.144	.076	.057
PHQ2	.744	.060	< .001	PHQ2	-.035	.070	.612
PHQ6	.813	.062	< .001	PHQ6	.060	.075	.427
PHQ9	.834	.024	< .001	PHQ9	-.014	.013	.273
GAD1	-.011	.038	.776	GAD1	.840	.034	< .001
GAD2	.004	.026	.867	GAD2	.912	.025	< .001
GAD3	-.002	.023	.918	GAD3	.878	.023	< .001
GAD5	.033	.048	.485	GAD5	.745	.042	< .001

Tabla 3
Prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad autoinformados en la muestra total

	M	DT	% Nunca	% Algunos días	% Más de la mitad de los días	% Casi todos los días
PHQ1: Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza.	0.89	0.88	37.25	44.39	10.55	7.81
PHQ2: Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas.	0.94	0.91	36.13	42.95	11.94	8.98
PHQ6: Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia.	0.69	0.95	56.55	26.44	8.48	8.53
PHQ9: Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño.	0.26	0.65	82.49	11.27	3.55	2.69
GAD1: Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	1.14	0.90	24.86	45.78	19.61	9.75
GAD2: No has podido dejar de preocuparte.	1.11	1.01	33.80	34.16	19.61	12.43
GAD3: Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas.	1.18	1.03	31.55	33.12	21.36	13.88
GAD5: Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a.	0.69	.909	55.29	27.38	10.73	6.60

Resultados

Validación de la versión breve para evaluar la ansiedad y la depresión: PHQ-GAD-8

En la primera submuestra, se han sometido a prueba diferentes modelos factoriales. El modelo que ha presentado mejores índices de bondad de ajuste ha sido el ESEM con dos factores relacionados. A partir de este modelo ESEM, utilizado en las versiones extendidas del GAD-7 y PHQ-9, se han seleccionado los cuatro ítems de cada factor latente (*depresión* y *ansiedad*) con mayor carga factorial. A continuación, en la segunda submuestra se han sometido a prueba diferentes modelos factoriales hipotéticos sobre los ocho ítems. Los resultados de los índices de bondad de ajuste para estos modelos se recogen en la **Tabla 1**. Como se puede ver, los modelos que mejor se han ajustado a los datos son el modelo ESEM con dos factores y el modelo Bifactor. No obstante, al igual que ha ocurrido con las versiones extendidas del PHQ y el GAD, para el modelo Bifactor las cargas factoriales en el factor general han sido elevadas, si bien las cargas factoriales en los factores específicos han resultado en muchos casos inferiores a .30 e incluso algunas negativas. Por este motivo se ha seleccionado el modelo ESEM como el más parsimonioso. Las cargas factoriales estandarizadas obtenidas en la segunda

submuestra en los ítems seleccionados para el modelo ESEM se muestran en la **Tabla 2**. La correlación entre los dos factores latentes ha sido .78 ($p < .01$).

La consistencia interna de las puntuaciones del PHQ-9, estimada mediante el coeficiente omega de McDonald ha sido .86 (IC 95% .85-.87). La consistencia interna de las puntuaciones del GAD-7 ha sido .89 (IC 95%: .88-.90). La consistencia interna de las puntuaciones del PHQ-4, GAD-4 y PHQ-GAD-8 ha sido .82 (IC 95% .80-.84), .87 (IC 95% .85-.88) y .89 (IC 95% .88-.90), respectivamente. Tanto en las versiones extendidas como en el PHQ-GAD-8, los índices de discriminación han resultado superiores a .30.

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión autoinformados

En la **Tabla 3** se presentan los estadísticos descriptivos para los ítems del PHQ-GAD-8. Como se puede observar, el 11.94% de la muestra indica que tiene poco interés o encuentra poco placer en hacer las cosas, el 19.61% que se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a o no ha podido dejar de preocuparse y el 21.36% que se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas más de la mitad de los días en las últimas dos semanas.

Tabla 4
Correlaciones de Pearson entre el Generalised Anxiety Disorder Assessment-7, el Patient Health Questionnaire-9, y la versión breve PHQ-GAD-8 e indicadores psicométricos de ajuste psicológico

	PHQ-9	GAD-7	PHQ-GAD-8	SDQ	PANAS-C Afecto Negativo	PANAS-C Afecto Positivo
GAD-7	.766**					
PHQ-GAD-8	.881**	.930**				
SDQ	.735**	.734**	.741**			
PANAS-C Afecto Negativo	.708**	.739**	.757**	.684**		
PANAS-C Afecto Positivo	-.666**	-.595**	-.677**	-.568**	-.616**	
Kidscreen-10	-.552**	-.471**	-.519**	-.496**	-.460**	.655**

Nota. ** $p < .01$; PHQ-9= Patient Health Questionnaire; GAD-7= Generalised Anxiety Disorder Assessment; PANAS-C= Positive and Negative Affect Schedule for Children; SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire, puntuación total en dificultades.

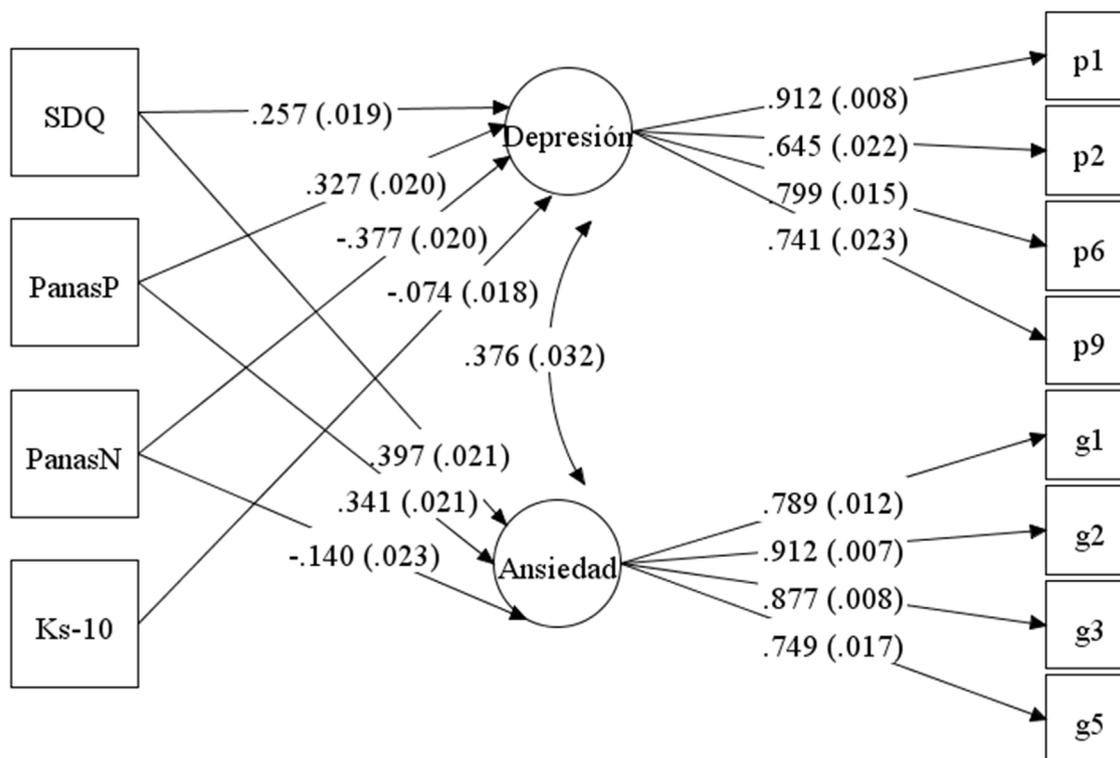


Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales: factores de ajuste psicológico como predictores de la depresión y la ansiedad.
Nota. SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire, puntuación total en dificultades; PANAS-P= Positive and Negative Affect Schedule for Children, afecto positivo; PANAS-N= Positive and Negative Affect Schedule for Children, afecto negativo; Ks-10= Kidscreen-10. Efectos significativos mostrados como coeficientes estandarizados (β). Se representan solo los valores estadísticamente significativos ($p < .001$).

Relación entre síntomas de depresión, ansiedad e indicadores de ajuste psicológico

Se ha estudiado la correlación entre las puntuaciones del PHQ-9, el GAD-7 y el PHQ-GAD-8, y los indicadores psicométricos de ajuste psicológico. Como se muestra en la **Tabla 4**, la puntuación PHQ-GAD-8 ha correlacionado de forma positiva y estadísticamente significativa con el *afecto negativo* y los *problemas emocionales y conductuales*, y se ha asociado negativamente con el *afecto positivo* y la *calidad de vida*. Las versiones extendidas del PHQ-9 y el GAD-7 y la versión breve han mostrado una correlación elevada.

La **Figura 1** representa el modelo SEM de las dimensiones latentes de la versión breve del cuestionario (*depresión* y la *ansiedad*) y los indicadores de ajuste psicológico utilizados. Los índices de ajuste CFI y TLI en el modelo desarrollado son .937 y .911 respectivamente. El valor de RMSEA es .061 (.056-.067) y de SRMR .058. Se observa cómo las dificultades emocionales y conductuales, el afecto positivo y negativo y la calidad de vida predicen la varianza de la

sintomatología depresiva en un 77.5% ($R^2 = .775, p < .001$), mientras que las dificultades emocionales y conductuales y el afecto positivo y negativo pronostican la *sintomatología ansiosa* en un 61.1% ($R^2 = .611, p < .001$).

Discusión

Considerando los datos de prevalencia de los problemas emocionales presentes en la adolescencia, el impacto a nivel personal, familiar, educativo y social asociado, y la necesidad de disponer de instrumentos breves y sencillos para identificar las dificultades emocionales en contextos educativos, el objetivo principal de este estudio ha sido analizar los síntomas de *ansiedad* y *depresión* en adolescentes escolarizados. En particular, se valida una versión breve con fines de cribado, se examina la prevalencia de síntomas emocionales autoinformados y se analiza su relación con variables afectivas, de ajuste psicológico y calidad de vida.

Para identificar a los adolescentes que presentan síntomas de *ansiedad* y *depresión* en contextos educativos se ha desarrollado y validado una versión corta combinada de los cuestionarios *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y *Generalized Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), denominada PHQ-GAD-8 compuesta por cuatro ítems de cada uno de los test. En la literatura consultada no se ha encontrado ningún estudio que haya desarrollado una versión breve combinada de PHQ-9 y GAD-7 para la evaluación de los problemas de regulación emocional en adolescentes españoles. El análisis de la estructura interna de las puntuaciones sugiere la presencia de dos factores relacionados (*depresión* y *ansiedad*). Los resultados obtenidos en estudios previos que han analizado la estructura interna de las puntuaciones de los dos cuestionarios de forma separada muestran la presencia de un factor subyacente (Kroenke et al., 2010; Muñoz-Navarro et al., 2017; Spitzer et al., 2006). Igualmente, dada la alta comorbilidad de los trastornos de *ansiedad* y *depresión* y el elevado solapamiento a nivel subclínico encontrado entre los síntomas de *ansiedad* y *depresión* (Sánchez Hernández et al., 2023), es coherente la propuesta de modelos que postulan un factor general referido a la desregulación emocional o de dimensión internalizante. Las dos dimensiones encontradas en el presente estudio muestran congruencia con el espectro de disfunción emocional (*Emotional Dysfunction Superspectrum*) del modelo *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP) (Kotov et al., 2021), así como con los modelos transdiagnósticos (Eaton et al., 2023). Desde este marco más amplio, el malestar subjetivo informado por los adolescentes puede estar determinado en gran medida por la presencia de síntomas emocionales -o internalizantes- como la *ansiedad* y la *depresión* (Piqueras et al., 2021). Por otra parte, los valores estimados para analizar la fiabilidad de las puntuaciones han resultado satisfactorios en el PHQ-GAD-8, tal como se ha encontrado en estudios previos que estiman la fiabilidad del PHQ-9 y el GAD-7 en muestras de adolescentes (Burdzovic-Andreas y Brunborg, 2017; Fonseca-Pedrero, Díez-Gómez et al., 2023; Leung et al., 2020). Al igual que las asociaciones internacionales, se puede indicar que se recomienda el cribado de la *ansiedad* y *depresión* en niños y adolescentes (Forman-Hoffman et al., 2016; Mangione et al., 2022).

La prevalencia de la *sintomatología depresiva* y *ansiosa* informada por los adolescentes en este trabajo indica que es un fenómeno predominante en los contextos educativos. Estos resultados son congruentes con trabajos previos (p.ej., Canals-Sans et al., 2019; Merikangas et al., 2010; Shorey et al., 2022). Por ejemplo, estudios previos han encontrado que la tasa de prevalencia puntual global de síntomas depresivos elevados autoinformados es del 34% (Shorey et al., 2022). En España, los síntomas de *ansiedad* son los registrados más frecuentemente con cifras que alcanzan el 8.7% en chicos y el 11.11% en chicas entre 10 y 14 años, y el 17.8% en chicos y el 36% en chicas entre los 15 y los 19 años. Por su parte, la *sintomatología depresiva* aparece en el 1.1% en chicos y el 1.2% en chicas entre 10 y 14 años y en el 4% en chicos y el 6.8% en chicas entre los 15 y los 19 años (Sistema Nacional de Salud, 2020). Como se puede observar, los problemas emocionales son comunes en este grupo de edad, extendiéndose más allá de las fronteras clínicas establecidas por los manuales diagnósticos. Igualmente, desde un modelo dimensional, estos fenómenos se expresan en un continuum de gravedad por lo que no se tienen que asociar necesariamente con discapacidad o búsqueda de tratamiento. Para su comprensión y significado hace falta considerar otras variables como la frecuencia y malestar asociado, su posible impacto en otras áreas o el contexto biográfico y cultural del menor.

Los síntomas de *ansiedad* y *depresión* se han asociado positivamente con *afecto negativo* y *psicopatología*, y negativamente con *afecto positivo* y *calidad de vida*. Estos resultados son congruentes con estudios previos que muestran una relación negativa entre

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

La protección y cuidado de la salud mental de los jóvenes en contextos educativos requiere la implementación de programas para la promoción del bienestar psicológico y la prevención de los problemas psicológicos. Más si se tiene en cuenta, por un lado, que existe una elevada probabilidad de que los trastornos mentales más comunes en los adultos emerjan por primera vez en la niñez y la adolescencia (Solmi et al., 2022), y por otro, que los síntomas emocionales en adolescentes suelen diagnosticarse erróneamente y tratarse de forma insuficiente. Por ello es importante disponer de instrumentos de cribado fiables y adaptados a edades tempranas que permitan su detección e identificación temprana, y posteriormente, si fuera el caso, implementar una intervención preventiva con la meta no sólo de reducir la *sintomatología* sino también optimizar su desarrollo personal, escolar, familiar y social. A este respecto, la investigación previa ha mostrado la efectividad de programas para la prevención universal de la *ansiedad* y la *depresión* en entornos escolares. Asimismo, los programas específicos de prevención selectiva o indicada han mostrado tamaños del efecto significativamente mayores que los obtenidos con programas universales (Werner-Seidler et al., 2017). No cabe duda de que los centros educativos son entornos esenciales para la adquisición de habilidades socioemocionales (por ejemplo, autorregulación y resiliencia). No obstante, en contextos educativos sigue siendo necesario desarrollar políticas públicas que promuevan el bienestar psicológico, que estén basadas en la evidencia y que tengan como pilares esenciales la detección temprana mediante procedimientos de cribado estandarizados, y la implementación de intervenciones psicológicas preventivas (Fazel y Sonesson, 2023; Fonseca-Pedrero, Pérez-Albéniz et al., 2023).

Los resultados obtenidos en el presente estudio deben interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. Primero, la adolescencia es un período de desarrollo en el que el cerebro, la cognición y la personalidad aún se están consolidando. En segundo lugar, la *ansiedad* y la *depresión* se han evaluado mediante autoinformes. En tercer lugar, la naturaleza del estudio no permite hacer inferencias de causa-efecto. Futuros estudios pueden utilizar esta escala abreviada en estudios epidemiológicos o analizar la eficacia de intervenciones psicológicas. Igualmente, se debe seguir obteniendo nuevas evidencias de validez, así como implementar nuevos avances en evaluación y medición psicológica de la mano de las tecnologías de la información y comunicación (Cubillo-Leivas et al., 2022; Elosua et al., 2023; Fonseca-Pedrero et al., 2022).

En conclusión, el cuestionario PHQ-GAD-8, parece ser un instrumento breve, sencillo y con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de las dificultades emocionales en contextos educativos. Esta herramienta de cribado breve y fiable permite soslayar las dificultades de la evaluación de un fenómeno prevalente en la adolescencia y en un contexto donde los recursos temporales y materiales son limitados. Es necesario disponer de procedimientos estandarizados de cribado para la evaluación de problemas de regulación emocional en contextos educativos que permitan su prevención, mitigar el posible impacto a diferentes niveles (familiar,

escolar, etc.), optimizar los procesos de enseñanza-aprendizaje y potenciar su bienestar y calidad de vida.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por un proyecto nacional subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España y la Agencia y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Proyecto PID2021-127301OB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 FEDER, UE).

Anexo. CUESTIONARIO BREVE DE CRIBADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: PHQ-GAD-8

¿Con qué frecuencia has sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas?	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Te sientes desanimado/a, deprimido/a, irritado/a o sin esperanza.				
2. Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas.				
3. Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo/a o a tu familia.				
4. Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que quieres hacerte daño.				
5. Te has sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a				
6. No has podido dejar de preocuparte.				
7. Te has preocupado excesivamente por diferentes cosas.				
8. Te has sentido tan intranquilo/a que no podías estar quieto/a.				

Nota. Los ítems 1 al 4 evalúan síntomas de depresión; los ítems 5 al 8 evalúan síntomas de ansiedad. Sistema de puntuación: 0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad de los días, 3 = casi todos los días.

Referencias

Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93–102. <https://doi.org/10.1157/13074363>

Beck, A., LeBlanc, J. C., Morissette, K., Hamel, C., Skidmore, B., Colquhoun, H., Lang, E., Moore, A., Riva, J. J., Thombs, B. D., Patten, S., Bragg, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Nicholls, S. G., Pajer, K., Potter, B. K., Meeder, R., Vasa, P., y Stevens, A. (2021). Screening for depression in children and adolescents: A protocol for a systematic review update. *Systematic Reviews*, 10(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01568-3>

Bernaras, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Sorro, M., y Sarasa, M. (2017). Desajustes escolar y clínico, y ajuste personal de adolescentes de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 22(2), 118–127. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.05.003>

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545–553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>

Bryant, A., Guy, J., & The CALM Team., y Holmes, J. (2020). The Strengths and Difficulties Questionnaire predicts concurrent mental health difficulties in a transdiagnostic sample of struggling learners. *Frontiers of Psychology*, 11, 587821. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587821>

Burdzovic-Andreas, J., y Brunborg, G. S. (2017). Depressive symptomatology among Norwegian adolescent boys and girls: The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) psychometric properties and correlates. *Frontiers in Psychology*, 8, 887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00887>

Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., y Arijá-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>

Canals-Sans, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., y Arijá, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>

Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and Therapy*, 38, 835–855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8)

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

Cubillo-Leivas, A. M., Olivares-Olivares, P. J., y Rosa-Alcázar, Á. (2022). Telepsychological mobile applications in the Spanish android market. *Psicothema*, 34(4), 498–507. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.384>

Eaton, N. R., Bringmann, L. F., Elmer, T., Fried, E. I., Forbes, M. K., Greene, A. L., Krueger, R. F., Kotov, R., McGorry, P. D., Mei, C., y Waszczuk, M. A. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nature Reviews Psychology*, 1–15. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00218-4>

Ebesutani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C., y Chorpita, B. F. (2012). The 10-item positive and negative affect schedule for children, child and parent shortened versions: Application of Item Response Theory for more efficient assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 34, 191–203. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9273-2>

Elosua, P., Aguado, D., Fonseca-Pedrero, E., Abad, F. J., y Santamaría, P. (2023). New trends in digital technology-based psychological and educational assessment. *Psicothema*, 35(1), 50–57. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.241>

Fazel, M., y Sonesson, E. (2023). Current evidence and opportunities in child and adolescent public mental health: A research review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13889>

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Díez-Gómez, A., Ortuño-Sierra, J., y Lucas-Molina, B. (2019). *Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta- Revisada*. Documento no publicado. Universidad de La Rioja.

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A., y Debbané, M. (2023). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clinica y Salud*, 34(1), 15–22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>

Fonseca-Pedrero, E., Ródenas-Perea, G., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Pérez, M., y Muñoz, J. (2022). La hora de la evaluación ambulatoria. *Papeles del Psicólogo*, 43(1), 21–28. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., y Debbané, M. (2023). Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 328, 115486. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115486>

Forman-Hoffman, V., McClure, E., McKeeman, J., Wood, C. T., Middleton, J. C., Skinner, A. C., Perrin, E. M., y Viswanathan, M. (2016). Screening for major depressive disorder in children and adolescents: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 164(5), 342–349. <https://doi.org/10.7326/M15-2259>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., y Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de Psicodidáctica*, 25(2), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>

Geng, Y., Gu, J., Zhu, X., Yang, M., Shi, D., Shang, J., y Zhao, F. (2020). Negative emotions and quality of life among adolescents: A moderated mediation model. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.02.001>

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Kiviruusu, O., Haravuori, H., Lindgren, M., Therman, S., Marttunen, M., Suvisaari, J., y Aalto-Setälä, T. (2023). Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021-Trend and the impact of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 330, 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.010>

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

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., y Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>

- Kroenke, K. (2021). PHQ-9: Global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*, 20(1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/WPS.20821>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., y Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., y Pérez-Marín, M. (2020). Psychosocial factors and chronic illness as predictors for anxiety and depression in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 11, 568941. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568941>
- Leung, D. Y. P., Mak, Y. W., Leung, S. F., Chiang, V. C. L., y Loke, A. Y. (2020). Measurement invariances of the PHQ-9 across gender and age groups in Chinese adolescents. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(3), e12381. <https://doi.org/10.1111/appy.12381>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., y Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M., Coker, T. R., Davidson, K. W., Davis, E. M., Donahue, K. E., Jaén, C. R., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Ruiz, J. M., Silverstein, M., Stevermer, J., Wong, J. B., & US Preventive Services Task Force. (2022). Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 328(14), 1438–1444. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.16936>
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mossman, S. A., Luft, M. J., Schroeder, H. K., Varney, S. T., Fleck, D. E., Barzman, D. H., Gilman, R., DelBello, M. P., y Strawn, J. R. (2017). The Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069107/>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., y Ramírez-Manent, I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., y Schmeitz, K. (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(1). <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0648-1>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud mental del adolescente*. WHO.
- Ortuño-Sierra, J., Pérez-Sáenz, J., Mason, O., Pérez de Albeniz, A., y Fonseca Pedrero, E. (2022). Problematic Internet Use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Adicciones*, 0(0), 1801. Advance online publication. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1801>
- Piqueras, J. A., García-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Martínez-González, A. E., y Cuijpers, P. (2021). DetectaWeb-Distress Scale: A global and multidimensional web-based screener for emotional disorder symptoms in children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 627604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627604>
- Quevedo-Blasco, R., Díaz-Román, A., y Quevedo-Blasco, V. J. (2023). Associations between sleep, depression, and cognitive performance in adolescence. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 501–511. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020038>
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 149–166. <https://doi.org/10.1007/BF01537606>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., y Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/S11136-010-9706-5>
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale–2nd Edition*. Professional manual. Odessa.
- Sánchez Hernández, M. O., Carrasco, M. A., y Holgado-Tello, F. P. (2023). Anxiety and depression symptoms in Spanish children and adolescents: An exploration of comorbidity from the network perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(3), 736–749. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01286-4>
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C. J., Díaz-Herrero, A., Granados, L., y García-Fernández, J. M. (2018). Positive and Negative Affect Schedule-Short Form: Factorial invariance and optimistic and pessimistic affective profiles in Spanish children. *Frontiers in Psychology*, 9, 392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00392>
- Sanmartín, R., Vicent, M., González, C., Inglés, C. J., Reinoso-Pacheco, R., y García-Fernández, J. M. (2020). Factorial invariance, latent mean differences of the PANAS and affective profiles and its relation to social anxiety in Ecuadorian sample. *Sustainability*, 12(7), 2976. <https://doi.org/10.3390/su12072976>
- Shorey, S., Ng, E. D., y Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Sistema Nacional de Salud (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seaman, M. V., Correll, C. U., y Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/S41380-021-01161-7>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J., y 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(2), 84–98. <https://doi.org/10.1007/s12310-013-9116-2>
- Toro, R., Alzate, L., Santana, L., y Ramírez, I. (2018). Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 24(2–3), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.09.001>
- Veldman, K., Reijneveld, S. A., Ortiz, J. A., Verhulst, F. C., y Bültmann, U. (2015). Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: Results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 588–593. <https://doi.org/10.1136/ECH-2014-204421>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Zvolensky, M. J., Paulus, D. J., Bakhshae, J., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Medvedeva, A., y Schmidt, N. B. (2016). Interactive effect of negative affectivity and anxiety sensitivity in terms of mental health among Latinos in primary care. *Psychiatry Research*, 243, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.006>