

# Salut mental i adolescència des de la perspectiva de gènere

*Una revisió sistematitzada sobre el rol de la psicopedagogia en la prevenció i la intervenció.*

Víctor Pérez Segarra



Universitat  
Oberta  
de Catalunya

## Màster Universitari de Psicopedagogia

Treball Final de Màster: Perspectiva de Gènere

Tutora: Susana Jiménez Ouro

Universitat Oberta de Catalunya, 14 de gener de 2022

# ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ.....	4
2. JUSTIFICACIÓ I MOTIVACIÓ PERSONAL.....	5
2.1 Tema.....	5
2.2 Àmbit.....	5
2.3 Tipus d'investigació .....	6
3. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA.....	7
3.1 Context .....	7
3.2. Objectius de treball .....	7
3.2.1 Objectiu principal del treball .....	7
3.2.2 Objectius específics .....	8
3.3. Hipòtesis.....	8
4. MARC NORMATIU .....	10
4.1 La Salut, un dret de totes les persones .....	10
4.2 Promoció de la Salut mental al l'ESO .....	10
4.3 Perspectiva de gènere i inclusió.....	11
4.4 Els drets de l'alumnat.....	12
5. FONAMENTS TEÒRICS .....	13
5.1 Introducció .....	13
5.2 Psicologia i gènere.....	13
5.3 Socialització diferencial de gènere.....	13
5.4 Desenvolupament i adolescència.....	14
5.5 Neuropsicologia i adolescència .....	14
5.6 L'adolescència al segle XXI .....	15
5.7 Salut mental i adolescència.....	15
5.8 Promoció de la salut mental en l'àmbit educatiu .....	17
5.9 El rol del sistema educatiu .....	17
6. APORTACIÓ A LA SOCIETAT I A L'ÈTICA PROFESSIONAL .....	19
7. MARC METODOLÒGIC.....	20
7.1 Tipus d'investigació .....	20
7.2 Justificació del tipus d'investigació .....	20
7.3 Característiques de la Revisió Bibliogràfica Sistematitzada .....	21
8. DESTINATARIS, MATERIALS I CONTEXTOS .....	23

9. PLANIFICACIÓ I TEMPORITZACIÓ DEL PROCÉS DE TREBALL.....	24
9.1 Recerca.....	24
9.2 Avaluació .....	24
9.3 Anàlisi.....	24
10. TEMPORITZACIÓ.....	26
11. ANÀLISI DE RESULTATS.....	27
11.1 Estratègia d’anàlisi de dades.....	27
11.2 Selecció d’estudis .....	27
11.3 Síntesis.....	28
11.3.1 Prevalença i problemàtiques de salut mental en l’adolescència .....	28
11.3.2 Estudis sobre intervencions en salut mental en context escolar.....	29
11.3.3 Estudis seleccionats per l’investigador.....	29
11.4 Resultats.....	30
11.4.1 Estat de la salut mental de la població adolescent .....	30
11.4.2 Salut mental de la població adolescent segons el gènere.....	30
11.4.3 Salut mental i adolescència: factors de risc i factors de protecció .....	31
11.4.4 El gènere com a modulador de la salut mental.....	32
11.4.5 Promoció de la salut mental en la pràctica psicopedagògica .....	32
11.4.6 Perspectiva de gènere en la promoció de la salut mental .....	33
12. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS .....	34
12.1 Salut mental de la població adolescent .....	34
12.2 Salut mental i perspectiva de gènere: prevalença, factors de risc i de protecció .....	34
12.3 Promoció de la salut mental: Orientacions en el context escolar.....	36
13. LIMITACIONS, SUGGERIMENTS I PROPOSTES DE MILLORA .....	37
14. BIBLIOGRAFIA .....	39
15. ANNEX .....	47
15.1 Fitxa d’anàlisi.....	47
15.2 Taula de síntesi.....	48

## 1. INTRODUCCIÓ

La psicopedagogia és un element clau en el camp de l'educació, el rol que exerceix requereix una gran diversitat de coneixements teòrics i pràctics que permetin dur a terme de forma efectiva la detecció, intervenció, coordinació, assessorament, planificació, disseny, lideratge, presa de decisions i comunicació, amb l'objectiu de garantir el bon funcionament de tota la comunitat educativa i la consecució dels objectius marcats a diferents nivells, centre i departament (Mauri, Monereo i Badia, 2004). Amb els anys, la comunitat educativa ha anat detectant necessitats i assolint compromisos fruit de la inevitable, constant i accelerada transformació de la societat. Aquest fet ha suposat que la figura del psicopedagog/a hagi anat sumant nous reptes a una llista que, ja de per si, era extensa (Onrubia i Minguela, 2020). Actualment, una d'aquestes noves necessitats gira entorn de la preocupació per la salut mental, tot i que no és un problema recent.

La reducció dels problemes de salut mental és un dels reptes del segle XXI (OMS, 2010), les dades i estudis avalen aquest propòsit. La causa més prevalent de discapacitat a nivell mundial són els trastorns relacionats amb la depressió, al 2050 seran el principal problema de salut segons l'OMS (Sevillano, 2021). El suïcidi és la principal causa de mort no natural a Espanya i la segona causa de mort en persones d'entre 15 i 29 anys (Sevillano, 2021). Durant el 2019 a Espanya es van suïcidar 3671 persones, vers els 1755 morts per accidents de trànsit, es pot considerar una xifra a tenir en compte (Foraster, 2021).

En la població adolescent aquestes dades són encara més significatives, a més sabem que gran part d'aquests problemes es manifesten durant l'adolescència (Carta et al., 2015). Segons el Col·legi Oficial de la Psicologia de Madrid les consultes sobre suïcidi en adolescents van pujar un 250% durant la pandèmia (Foraster, 2021), i a l'Hospital Sant Joan de Déu han vist un augment de les urgències de salut mental en adolescents del 47% (Ricart, 2021). A més, és evident que les problemàtiques de salut mental afecten diferent segons el gènere de cada persona. Dades recents indiquen que 90% d'afectades per trastorn de la conducta alimentaria (TCA) són dones (Foraster, 21) i que 3 de cada 4 suïcidis es donen en homes (FSME, 2019), tot i que les dones tripliquen en nombre d'intents (Bacete, 2017). Dins del col·lectiu de persones LGTBIQ+, trobem que les persones transgènere presenten factors de risc i simptomatologies preocupants relacionades amb tendències suïcides, autolesions, símptomes depressius i baixa autoestima (Katz-Wise et al., 2018).

L'adolescència és una etapa clau quant a la presa de decisions determinants en la transició cap a l'edat adulta i respecte al futur personal i professional, a més, és un període durant el qual es desenvolupa la identitat, la sexualitat, l'adquisició de bons hàbits, i altres competències importants per a l'autonomia i benestar de la persona (Guerrero, 2021). Per tal de fer efectiva i eficient la tasca de la psicopedagogia en la promoció de la salut mental en adolescents, cal estudiar la realitat del problema i reflexionar amb perspectiva de gènere per poder donar resposta a aquest necessitat.

## **2. JUSTIFICACIÓ I MOTIVACIÓ PERSONAL**

El Treball de Final de Màster és una oportunitat per posar sobre la taula els coneixements teòrics adquirits durant tota la meva trajectòria formativa, personal i professional. Abans d'arribar a aquest treball he viscut diverses experiències. En primer lloc, experiències formatives, com a alumne he cursat l'educació bàsica obligatòria, la postobligatòria, el grau i el màster, on he après gran quantitat de conceptes teòrics i tècnics, entre els quals destaco la necessitat de basar-se en evidències en la pràctica educativa, planificar bé abans de començar una tasca complexa, crear grups de treball eficaços, i d'indagar constantment en nous coneixements teòrics i pràctics. En segon lloc, l'experiència professional, com a educador he experimentat el que és estar en un centre, coordinar-se amb altres professionals i conèixer a l'aula amb l'alumnat. D'aquesta experiència m'agradaria destacar la doble cara del treball amb altres docents, el qual pot ser tant un element facilitador com tot al contrari, i la relació amb l'alumnat, la qual m'ha ensenyat que és necessari dedicar temps en conèixer i tenir una gran sensibilitat cap a les seves inquietuds i preocupacions. Finalment, posar en relleu la meva experiència personal, ja que he vist en el meu entorn proper la importància de la salut mental en la vida de les persones, especialment en temes com: la gestió de l'estrès i les emocions, les addiccions, la resolució de conflictes, l'estigma, i la repercussió de les desigualtats en adolescents, joves i adults. Tots aquests elements han influït en l'elecció del tema, àmbit i tipus d'investigació.

### **2.1 Tema**

Està constituït per tres paraules clau: salut mental, adolescència i psicopedagogia. La meva formació base és el Grau de Psicologia, és un tema que em crea curiositat i m'entusiasma, és una ciència necessària per garantir el benestar personal i social i té un gran camp per recórrer. El context i rol de la psicopedagogia em semblen desafiants, motivadors i útils. Sempre he tingut interès i sensibilitat a l'hora de veure i empatitzar amb les dificultats que passaven les altres persones, però sovint no tenia els coneixements ni els recursos per poder-les ajudar. No només es tracta de bona voluntat, és un repte personal, igual que una enginyera, un artista o qualsevol altra professional afronta els seus. Per tal d'aconseguir aquest propòsit el primer pas és conèixer amb profunditat les diferents persones i contextos on es dona la problemàtica de salut mental, i les diferents mesures possibles per abordar-la. He escollit salut mental perquè crec que és un tema urgent, fora dels trastorns més greus o mediàtics, en general es menysprea i silenci, quan realment és un factor determinant per a la felicitat i el progrés de qualsevol persona, especialment en l'adolescència, una etapa on s'és més vulnerable i on es gesten els trastorns de la vida adulta.

### **2.2 Àmbit**

En segon lloc, l'àmbit, "perspectiva de gènere", respon a les meves inquietuds, idees i valors. Des de fa tres anys em dedico a dissenyar i impartir tallers sobre

prevenció de violències masclistes als instituts de Tàrraga, la meua ciutat. Aquesta experiència laboral, junt amb altres vivències m'han donat una visió força àmplia i crítica sobre les desigualtats, la voluntat de fer quelcom al respecte, i la necessitat tractar alguns temes de forma específica diferenciant gènere i/o sexe. Espero que aquesta investigació m'ajudi a mi i a altres professionals a perfeccionar i enriquir la nostra feina, la qual té un impacte directe sobre els i les adolescents, i indirectament sobre les seves famílies i el personal docent. Amb aquest document també pretenc contribuir a donar visibilitat al problema i conscienciar a la comunitat educativa de la importància de la perspectiva de gènere en el nostre camp professional.

### **2.3 Tipus d'investigació**

He decidit fer una revisió sistemàtica per diversos motius. En primer lloc, perquè el marge de temps per fer l'opció B (avaluar una proposta pràctica o d'innovació), la qual trobava molt interessant, em semblava molt just. Entre l'opció A (respondre i/o corroborar una hipòtesi) i l'opció C (reflexió crítica sobre aspectes teòrics o investigacions), he escollit la C perquè ja havia realitzat una investigació similar anteriorment. Això fa que m'hi senti més còmode i em requereixi menys temps de planificació, ja que no puc perdre de vista que he de conciliar els estudis amb la feina. Per últim, crec que aquest tipus de treball em permetrà descobrir investigacions pioneres, referents, models sobre intervenció i dades significatives que podran tenir una bona transferència cap a la millora de la meua pràctica professional.

### **3. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA**

Aquesta investigació té com a objectiu principal explorar l'àmbit de la salut mental en població adolescent des de la perspectiva de gènere. La informació obtinguda ha de servir per millorar la promoció de la salut mental en l'àmbit educatiu.

És cert que la psicopedagogia afronta molts més reptes a part d'aquest, aquest tema es considera prioritari pels motius següents:

- La salut mental és un factor que condiciona el rendiment escolar de l'alumnat, les seves expectatives de futur i el seu desenvolupament personal i professional. A més, indirectament ens afecta a tots i totes com a membres de la societat.
- La comunitat educativa constitueix un actor clau en la promoció de la salut mental, per tan cal optimitzar el seu rol en aquesta direcció.
- El sistema educatiu requereix la recerca psicopedagògica per promoure canvis basats en evidències i conscienciar sobre la importància d'afrontar noves necessitats. Sense perdre de vista el rigor científic, és important que la recerca psicopedagògica aportï arguments a través de documents, dades i reflexions en un llenguatge adaptat al context en el qual volem incidir, de forma sintètica i transferible a la pràctica educativa.
- El canvi cap a una societat igualitària requereix que la perspectiva de gènere s'incorpori a la promoció de la salut mental en l'adolescència.

#### **3.1 Context**

El context d'aquest treball és el camp de l'educació, concretament des del rol de la psicopedagogia i des de la perspectiva de gènere.

La recerca està caracteritzada per la revisió exhaustiva de bibliografia, especialment publicacions i estudis científics en bases de dades, però també notícies, llibres i estudis estadístics d'actualitat procedents de persones expertes o mitjans contrastats que puguin aportar dades rellevants en el nostre objecte d'estudi

La població diana en la qual se centra l'estudi és principalment tota la franja que es trobi en l'adolescència, entre els 10 i els 18 anys aproximadament, però també el seu context més proper, ja que no podem perdre de vista que viuen rodejats de la seva família, personal docent, xarxes socials i de molts altres factors.

#### **3.2. Objectius de treball**

##### **3.2.1 Objectiu principal del treball**

Promoció de la salut mental en adolescents des del rol de la psicopedagogia i des d'una perspectiva de gènere.

- Amb aquest objectiu general es volen respondre a les següents preguntes:

Què podem fer des dels centres educatius per millorar la salut mental de tot l'alumnat en termes de promoció, prevenció i detecció precoç?

### 3.2.2 Objectius específics

A) Donar visibilitat a la problemàtica de la salut mental en adolescents i conscienciar sobre la necessitat d'introduir-hi la perspectiva de gènere.

- Amb aquest objectiu específic es volen respondre a les següents preguntes:

La societat, i especialment el sistema educatiu, és conscient de les diferències entre les problemàtiques de salut mental de nois i noies i les seves causes? El personal docent té en compte la perspectiva de gènere com a element clau per a la promoció de la salut mental de l'alumnat?

B) Conèixer els principals problemes de salut mental dels i les adolescents.

- Amb aquest objectiu específic es volen respondre a les següents preguntes:

En la societat actual, quin és l'estat de la salut mental dels i les adolescents?, Quins són els principals problemes de salut mental dels i les adolescents?, Quina diferència hi ha entre persones de diferent sexe/gènere?

C) Conèixer els principals factors de risc i de protecció.

- Amb aquest objectiu específic es volen respondre a les següents preguntes:

Quins són els principals factors de risc i de protecció dels i les alumnes?, Quins factors de risc i de protecció de l'alumnat cal treballar més en funció del sexe i gènere? Quines són les causes d'aquesta diferència entre gèneres?

D) Aportar informació contrastada, clara i transferible sobre mesures i recursos orientats a la promoció de la salut mental en la pràctica psicopedagògica.

- Amb aquest objectiu específic es volen respondre a les següents preguntes: Des d'un context d'educació formal i/o informal, quines són les mesures i estratègies que podem prendre des de la psicopedagogia?, Quines s'ha demostrat que són útils?, Serveixen les mateixes mesures per tots/totes?

### 3.3. Hipòtesis

Les hipòtesis formulades com a punt de partida són les següents:

A) Existeixen una gran quantitat de simptomatologies en població adolescent de perfil clínic que cal abordar amb urgència (Objectiu específic B).

B) Els principals problemes de salut mental de l'alumnat estan relacionats amb l'ansietat i la depressió (Objectiu específic B).

C) Els i les adolescents tenen tendència a patir problemàtiques diferents. Aquesta tendència està relacionada amb la socialització diferencial de gènere (Objectiu específic B).

D) El gènere és una variable significativa en la probabilitat de patir un determinat trastorn o problema de salut mental (Objectiu específic C).

E) En la promoció de la salut mental en adolescents el gènere és una característica rellevant a l'hora de plantejar una intervenció (Objectiu específic D).



F) Sovint les mesures dutes a terme per a la promoció de la salut mental són insuficients o estan mancades d'evidències que les avalin (Objectiu específic D).

## 4. MARC NORMATIU

Aquest treball reflexiona sobre salut mental i el rol de la psicopedagogia en l'àmbit educatiu. Aquest context inclou totes les lleis a nivell europeu, de país, i en gran manera de la Generalitat de Catalunya, concretament la normativa que referent a l'Educació Secundària Obligatòria. En totes les institucions i organismes públics esmentats, la salut mental es considera un dret fonamental de totes les persones, independentment de la seva condició.

### 4.1 La Salut, un dret de totes les persones

Segons l'Organització Mundial de la salut (OMS) (2014), la salut és:

*“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”* (p. 7)

L'article 43 de la Constitució Espanyola afirma que la salut és un dret fonamental en l'estat espanyol, el qual té l'obligació de vetllar per la prevenció i gestió en termes de salut, també té l'obligació de fomentar l'educació sanitària, l'educació física de l'esport i la correcta utilització de l'oci (BOE núm. 311, de 29 de desembre de 1978). Tot i això, actualment la majoria d'accions de promoció de la salut mental de caràcter públic es basen exclusivament en la intervenció davant la presència de trastorns o simptomatologies greus, i no en la promoció del benestar a través de recursos i estratègies que potenciïn els factors de protecció i redueixin els factors de risc.

### 4.2 Promoció de la Salut mental al l'ESO

La llei obliga a educar totes les persones fins als 16 anys, aquest període de formació finalitza a l'Educació Obligatòria Secundària (ESO). Assolir i dominar les denominades competències bàsiques és el principal objectiu durant el període educatiu, segons el Decret 187/2015 de 25 d'agost d'ordenació dels ensenyaments de l'Educació Obligatòria Secundària de la Generalitat de Catalunya. L'article 2 d'aquest mateix document, Decret 187/2015 de 25 d'agost, afirma que l'ESO persegueix l'objectiu de:

*“Assegurar un desenvolupament personal i social sòlid amb relació a l'autonomia personal, la interdependència amb altres persones i la gestió de l'afectivitat... Desenvolupar en el nivell adequat, com a forma de coneixement reflexiu, de formació de pensament i d'expressió d'idees, les habilitats i competències culturals, personals i socials... (p.2)*

Aquest currículum s'estructura en diverses matèries i àmbits de coneixement que faciliten l'assoliment de les competències bàsiques, de les quals, set estan relacionades directament amb matèries concretes i dos són transversals. Dins de les competències transversals trobem les de l'àmbit personal i social, i les de l'àmbit digital.

En l'àmbit personal i social és on podem situar els continguts clau que poden actuar com a prevenció o tractament de les problemàtiques de salut mental:

“ L’autoconeixement i la construcció de la pròpia personalitat són factors fonamentals per a l’adaptació de l’adolescent a l’entorn escolar i social. L’autoconeixement, que s’inicia a la infantesa i continua al llarg de la vida, inclou, entre d’altres aspectes, l’acceptació de la imatge d’un mateix i l’autoconcepte, el coneixement dels trets fonamentals de la pròpia personalitat, la valoració de les qualitats personals, l’adquisició d’hàbits saludables, l’enfortiment de l’autoestima, la gestió positiva de l’estrès i les emocions, el descobriment de la pròpia sexualitat, el reconeixement de les pròpies limitacions i el compromís de millora amb el creixement personal. “ (Generalitat de Catalunya, 2018, p. 9).

El domini d’aquestes competències és rellevant, ja que augmenta la capacitat de l’alumnat a l’hora d’identificar i afrontar qualsevol problemàtica de salut mental. A més, contribueix a donar visibilitat, trencar estereotips i debilitar les barreres que dificulten l’expressió de les emocions o l’exteriorització del malestar que precedeix a qualsevol trastorn. A pesar de ser incloses al currículum, el pes d’aquestes competències és mínim, ja que no existeixen en exercicis o tasques que permetin detectar quin és el nivell, l’aptitud i els coneixements en l’àmbit personal i social que són capaços de transferir a la realitat. L’absència de mal comportament fa apte a l’alumnat, ignorant quines són les seves vivències o experiències més enllà de la seva actitud a l’aula i vers la tasca acadèmica. Aquest fet, també redueix les possibilitats de fer una detecció precoç o d’obtenir informació sobre quin és l’estat general de la salut mental dels i les alumnes.

### **4.3 Perspectiva de gènere i inclusió**

Segons el Decret 150/2017, de 17 d’octubre el sistema educatiu està obligat a garantir la igualtat d’oportunitats de tot tipus de persona independentment de la seva condició, això implica la igualtat de gènere, sexe, origen o característiques diverses, per exemple l’alumnat amb problemàtiques de salut mental. Seguint l’article 6 del mateix document, Decret 150/2017, de 17 d’octubre, en referència a les funcions dels centres trobem el següent:

“...Actuar de manera preventiva i proactiva i detectar les necessitats dels alumnes al més aviat possible, a fi d’ajustar i agilitzar les actuacions pertinents en cada cas... Adequar les mesures i els suports a les característiques dels alumnes i del context, promovent el compromís de cada alumne amb el seu procés d’aprenentatge, el desenvolupament personal i social....” (p. 5).

Tot i que la tasca del personal docent és encomiable, cal dir que els recursos humans i materials, i les estructures destinades a atendre a la diversitat (Aula d’Acollida, Aula d’Educació Especial, Unitat d’Escolarització Compartida, etc.) veuen limitada la seva tasca d’atenció a aquelles persones que presenten dificultats diagnosticades, a les urgències o als problemes greus. En moltes ocasions la resta d’alumnat no pot rebre cap tipus d’atenció més enllà d’intervencions puntuals o jornades com el 25 N (Dia Internacional de l’Eliminació de la Violència contra la Dona) que visibilitzen problemàtiques, però no impliquen un treball de base durant la resta del curs. La normativa sobre atenció a la diversitat planteja una mirada molt superficial amb relació a la perspectiva de gènere, deixant de banda els diferents riscos que comporta pertànyer a un sexe o un gènere determinats, i de tenir orientacions sexuals o expressions de gènere, normatives o no, durant l’adolescència.

#### **4.4 Els drets de l'alumnat**

Segons l'article 8 del Decret 279/2006, de 4 de juliol, sobre drets i deures de l'alumnat i regulació de la convivència en els centres educatius no universitaris de Catalunya, tot l'alumnat té, entre d'altres, el dret a "L'educació emocional que el capaciti per al desenvolupament de relacions harmòniques amb ell mateix i amb els altres" (p.1). Tot i això, la normativa referent al currículum no especifica el nombre d'hores que s'ha de dedicar a aquest tipus de formació, tampoc especifica cap tipus d'avaluació concreta. D'aquesta manera la salut mental, així com els factors personals i socials, queden subjectes al criteri dels docents.

El pla i la consecució d'aquestes competències d'àmbit personal i social són gestionades de forma autònoma per cada centre i s'especifiquen en diversos documents: el Projecte Educatiu de Centre (PEC), les Normes d'Organització i Funcionament del Centre (NOFC), el Projecte de Direcció (PdD) i la Programació General Anual (PGA), documents obligatoris segons el Decret 102/2010, de 3 d'agost.

Les diferents lleis i normes revisades són molt clares al respecte, la salut mental és un dret de totes les persones, i els organismes públics, entre ells el sistema educatiu, tenen l'obligació de vetllar-la. A pesar d'aquest fet, la realitat és que més enllà de la normativa, la formació del personal docent, els recursos i les accions que han de garantir el compliment d'aquesta normativa són, almenys, insuficients.

La falta d'una legislació clara i concisa sobre totes aquestes qüestions posa en dubte la garantia dels drets de l'alumnat respecte a l'assoliment de les seves competències personals i socials. La realitat és que els recursos dels serveis d'atenció públics són insuficients per atendre a totes les demandes, i la promoció del benestar, mencionada al punt 4.1, es redueix a petites conferències, tallers o activitats puntuals a les hores de tutoria, provocant que el suport psicològic i els recursos per a la prevenció recaiguin en la família. D'aquesta manera tot dependrà del fet que l'entorn de l'adolescent disposi de formació i experiència en aquest camp, o que aquest sigui conscient de les seves mancances i tingui capacitat adquisitiva per a buscar ajuda a una professional. El personal docent, generalment, tampoc disposa de formació en aquests àmbits, i la pressió dels objectius acadèmics dificulta que puguin dedicar temps a aquestes competències, tot i ser de caràcter transversal.

És per aquest motiu que cal realitzar investigacions i aportar documents que puguin servir per orientar aquestes pràctiques educatives enfocades a la promoció de la salut mental, especialment al personal docent, ja que forma part de la seva tasca i del currículum de l'ESO.

## 5. FONAMENTS TEÒRICS

### 5.1 Introducció

L'objectiu d'aquest estudi s'emmarca en el rol de la psicopedagogia com a promotora de la salut mental en l'àmbit de l'educació, concretament en l'alumnat adolescent i des d'una perspectiva de gènere. A continuació s'exposen els principals conceptes que caracteritzen aquest treball i que serviran de guia per a la recerca i reflexió posteriors.

### 5.2 Psicologia i gènere

És una obvietat assumir que totes les persones som diferents i que aquestes diferències estan condicionades per multiplicitat de factors que històricament podem classificar en dos grups, la part biològica o herència, i la part social o psicològica, aquests dos factors incideixen en el nostre psiquisme provocant que cada individu presenti conductes i respostes diferents davant de l'estrès, l'alimentació, la malaltia o qualsevol altre context o situació (Halpern i LaMay, 2000).

La psicologia sempre ha tractat d'estudiar les diferències psicològiques i comportamentals entre les persones de diferent sexe/gènere, <<enfoc diferencial>> (Barberà i Martínez, 2004), en el qual podem diferenciar dues estratègies; el sexe com una <<variable subjecte>> o com una <<variable estímulo>> (Unger, 1979). L'enfocament del sexe com a <<variable subjecte>> té un punt de vista sociobiologista, el sexe és la principal causa del gènere i de les característiques no només físiques sinó també cognitives i conductuals de cada grup. L'enfocament del sexe com a <<variable estímulo>> adopta un punt de vista construccionista considerant la societat, la cultura i el medi les principals causes de les diferències cognitives i conductuals (Barbera i Martínez, 2004, p. 34).

Seguint a les mateixes autores, Barberà i Martínez (2004), aquesta investigació parteix del <<model biopsicosocial>>, el qual no considera correctes cap dels dos models anteriors i renuncia a la necessitat d'investigar quina és la influència de l'herència genètica i del component social i psicològic en les diferències entre sexe i gènere. Barberà i Martínez (2004) anomenen <<condicionament circular>> a aquesta interacció entre el que és biològic o social, un sistema en el qual no hi ha una variable independent, sinó que totes estan influenciades constantment i alternen el seu rol de causa i efecte.

Des d'aquesta perspectiva ens centrarem en aquells elements que en puguin ser útils per explicar les causes dels problemes de salut mental dels i les adolescents així com possibles intervencions o accions per abordar-los. En un context educatiu aquests factors seran més de tipus social, ja que és on el personal docent disposa de competències i té més capacitat d'incidir. Aquest fet no significa que no sigui necessari estudiar i indagar en el caràcter biològic de l'adolescència.

### 5.3 Socialització diferencial de gènere

Encara ara, en la societat europea del segle XXI, en nàixer una persona, o inclús abans, quan el morfisme sexual del fetus es revela, generalment se li assigna automàticament un gènere associat, mascle-home o femella-dona a partir d'aquest moment l'entorn comença a condicionar-la en consonància amb els

valors i expectatives atribuïts al sexe-gènere del nadó, que dependran de la cultura a la qual pertany (Barberà i Martínez, 2004). Aquest condicionament determina les decisions i actituds que tindrà la família, els docents i la resta de membres de la societat respecte a aquella persona: el nom, la forma de tractar-la, la roba, les expectatives, etc. Tot aquest procés tindrà un impacte en la construcció en el desenvolupament cognitiu i conductual de la persona, és el que anomenem <<socialització diferencial de gènere>>.

En aquest document quan parlem de gènere, home o dona, ens referirem al sexe, mascle o femella, perquè tot i no estar d'acord en aquesta associació binària i limitant, és la que predomina en la societat i en la població adolescents a la qual pretenem estudiar.

L'alumnat adolescent, que encara està desenvolupant la seva personalitat, la seva identitat i les bases de la seva conducta en general, arriba a l'Educació Secundària Obligatòria presentant unes diferències evidents entre nois i noies, les quals només fan que accentuar-se amb l'arribada dels canvis biològics de la pubertat (Barbera i Martínez, 2004; Perinat, 2003). Tot i que aquestes diferències s'han anat reduint amb el pas dels anys, segueixen sent significatives a molts nivells, fet rellevant, ja que totes aquestes característiques afectaran el seu psiquisme i, per tant, a la seva salut mental, factors protectors, factors de risc o en la predisposició a patir trastorns mentals de qualsevol tipus (Barbera i Martínez, 2004; Bisquerra i Pérez, 2012; Perinat, 2003).

A continuació s'esmenten algunes de les característiques masculines i femenines segons l'estereotip predominant (Barbera i Martínez, 2004):

- Homes: Dominant, sexualment actiu, fred, dinàmic, agressiu, protector, fort, valent, predomini de l'àmbit científic i tecnològic, prioritza l'èxit professional i personal, heterosexual, entre molts d'altres.

- Dones: Submissa, sexualment passiva, emocional, conciliadora, cuidadora, dèbil físicament, poruga, predomini de l'àmbit social i humanístic, prioritza l'àmbit familiar i la bellesa, heterosexual, entre molts d'altres.

#### **5.4 Desenvolupament i adolescència**

L'adolescència és una etapa clau del desenvolupament personal i es caracteritza per canvis significatius a nivell físic, endocrí i neuronal (Guerrero, 2021). També es produeixen canvis en la identitat, en els interessos i motivacions, debilitant la vinculació amb la família en favor de la del grup d'iguals (Guerrero, 2021).

#### **5.5 Neuropsicologia i adolescència**

Qualsevol persona adolescent parteix d'una naturalesa evolutiva que sens dubte incideix en el seu desenvolupament, i condiona en major o menor mesura la construcció de la seva identitat en l'àmbit interpersonal i intrapersonal. Actualment, sabem que el cervell humà no madura fins als 25 -30 anys, durant la vida d'una persona hi ha dues grans fases de reorganització cerebral, dels 0 als 3 anys i dels 10 als 15 aproximadament, és el que es coneix com a <<poda neuronal>> (Guerrero, 2021). L'objectiu d'aquesta poda neuronal és aconseguir un cervell més eficient, i es basa en un principi que s'anomena <<use it or lose it>>, significa que les neurones i connexions que no s'utilitzen o són dèbils es perden i les que s'utilitzen més es reforcen (Guerrero, 2021), Aquest fet és rellevant a l'hora de prioritzar l'entrenament en competències emocionals durant

aquesta etapa del desenvolupament sociocognitiu. El cervell dels i les adolescents es caracteritza per tenir un sistema límbic o part emocional (amígdales cerebrals, nucli accumbens, ganglis basals, etc.) hiperactivada, i un còrtex prefrontal immadur, el qual és responsable de gestionar i coordinar totes les dades que provenen de la resta de l'encèfal (Guerrero, 2021). Aquesta estructuració cerebral fa més vulnerable a la persona adolescent, ja que en general serà més impulsiva, desafiant, inestable, influenciable, infravalorarà els perills i serà més propensa a desenvolupar una addicció, per la tendència a prioritzar la recompensa immediata (Guerrero, 2021).

### **5.6 L'adolescència al segle XXI**

Com ja hem comentat existeix un component social i cultural molt important en el desenvolupament cognitiu i conductual de les persones, especialment en l'adolescència, on la necessitat de pertinença i de vincle al seu grup d'iguals els converteix en individus més fàcilment influenciables, amb una gran necessitat de compartir sensacions i emocions, però amb una gran quantitat de prejudicis i limitacions que dicten quines conductes poden expressar i quines no en funció de si són noies o nois. (Perinat, 2003).

Durant aquesta etapa la construcció de la seva autoestima i autoimatge depèn en gran mesura de la validació del seu grup d'iguals, en detriment de la valoració de la família o persones adultes, tot i que aquesta segueix sent molt rellevant (Perinat, 2003).

Pel que fa al context social en general, actualment vivim en una societat molt canviant, on les tecnologies i xarxes socials tenen una gran repercussió, la incertesa, la immediatesa i l'allau d'informacions deformen la realitat i les expectatives de futur, el compromís, els valors tradicionals de la família, la comunitat o la ciutadania estan desdibuixats en favor de la individualitat i la competència com a mitjà per a obtenir l'èxit a tots nivells, professional, afectiu i social (Bauman, 2000).

Tot aquest ecosistema conformat per la naturalesa l'adolescència, la socialització diferencial de gènere i la realitat social del segle XXI, ràpida, tecnològica i individualista són elements que cal tenir en compte a l'hora d'entendre i reflexionar sobre com afrontar la promoció de la salut mental des de la perspectiva de gènere.

### **5.7 Salut mental i adolescència**

La salut mental és un camp d'estudi complex, avui dia desconexem l'origen d'una gran quantitat de trastorns i problemàtiques d'aquesta tipologia, tot i que la ciència està avançant molt en el coneixement de les causes i tractaments, moltes de les principals qüestions segueixen sent una incògnita.

Durant anys la psicologia s'ha centrat a estudiar i intervenir en aquelles persones que presentaven psicopatologies, però actualment ha quedat demostrat que des del punt de vista de la promoció i prevenció això no és suficient i que cal atendre a la resta de persones que, tot i no presentar simptomatologia, tampoc podem assegurar que experimentin benestar. Aquest enfocament és el que planteja la psicologia positiva (Bisquerra, 2011), i és el que adoptarem majoritàriament en aquesta investigació.

La psicologia positiva comença formalment el 1999 amb l'objectiu d'estudiar científicament les emocions, experiències, trets de personalitat i entitats que promouen la millora de la qualitat de vida de les persones i actuen com factors protectors de les psicopatologies, alguns dels seus antecedents són: la investigació de les estratègies d'afrontament de l'estrès (Lazarus, 1966); el primer estudi sobre el sentir-se bé i la seva relació amb la disposició per ajudar a altres persones (Isen i Levin (1972); la descripció de l'experiència òptima de Csikszentmihalyi (1975); o la creació del concepte d'autoeficàcia, Bandura (1977), va crear el qual s'ha aplicat en l'àmbit laboral, sanitari, educatiu i esportiu entre d'altres (Bisquerra, 2011).

En aquest document farem referència a l'educació emocional, concepte anterior a la psicologia positiva (Bisquerra, 2017), i amb el qual guarda una estreta relació, alguns dels seus antecedents són el primer article sobre la intel·ligència emocional de Salovey i Mayer (1990), i el best-seller de Daniel Goleman (1995), "*Emocional Intelligence*" (Bisquerra, 2011).

"La educación emocional tiene como objetivo el desarrollo de competencias emocionales. Entendemos las competencias emocionales como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Dentro de las competencias emocionales están la conciencia y regulación emocional, autonomía emocional, competencias sociales, habilidades de vida y bienestar" (Bisquerra, 2011, p. 12)

Seguint a Bisquerra i Pérez (2012) podem afirmar que actualment hi ha una gran prevalença de problemàtiques que tenen un substrat emocional: "ansietat, estrès, depressió; que hi ha conflictes, suïcidis, consum de drogues, comportaments de risc, etc." (p. 1). A més també sabem que alguns dels principals trastorns que coneixem com la depressió, l'estrès, l'ansietat i els trastorns de conducta alimentària es donen més en homes o en dones (Perinat, 2003).

Power (2010) planteja la salut mental com una combinació de: problemàtiques derivades de la interacció amb l'ambient i dels trastorns mentals. Per abordar aquestes problemàtiques trobem multiplicitat de tasques: "la promoció, la prevenció primària, la detecció precoç i el tractament" (Molina et al., 2017, p. 6).

En aquesta investigació adoptarem un enfocament centrat en l'abordatge de la salut mental des de la perspectiva de la resiliència a través de la promoció i prevenció precoç i, en menor mesura, la detecció precoç, concretament en aquelles accions que puguin dur-se a terme dins de l'àmbit educatiu, el qual està més vinculat a factors relacionats amb la interacció amb l'ambient <<relacions interpersonals i intrapersonals>>. Els factors més vinculats al trastorn mental per se, per exemple els que recull el conegut Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (DSM5) d'àmbit clínic, no es tindran tant en compte, ja que el personal docent no té formació ni competències en aquest àmbit.

La perspectiva de la resiliència, concepte popularitzat per Cyrulnik (2001), es basa en la capacitat d'adaptació a l'ambient a través de factors de protecció individuals com les habilitats socials, l'autoestima, la gestió de l'estrès i les emocions, l'autoconeixement i la fortalesa emocional (Molina et al, 2017).



## 5.8 Promoció de la salut mental en l'àmbit educatiu

Existeixen diverses estratègies útils per promocionar la salut mental; basar les pràctiques en l'evidència científica, augmentar els recursos destinats a prevenció i promoció en població infantil i adolescent, i educar en competències que augmentin al resiliència individual i familiar, pel que fa a la pràctica educativa podem parlar de tres estratègies fonamentals (OMS, 2017):

A) Aproximació: que en funció del tipus d'alumnat al qual es dirigeix la intervenció farem tres tipus d'aproximacions: *Universal, selectiva o indicada* (Fazel et al., 2014).

- **Universals:** Igual per a tot l'alumnat. Promouen habilitats socials i emocionals, estratègies i eines per a la resolució de conflictes, la inclusió social i promouen comportaments positius. Es treballen a nivell de centre o per franges d'edat.
- **Selectives:** Es dirigeixen a persones amb factors de risc concrets (consum de substàncies o addicions, violència masclista, trastorns de conducta...) i es treballen a l'aula o en grups reduïts.
- **Indicades:** Destinades a alumnat que presenta algun problema de salut mental; ansietat, depressió, estrès, autolesions, etc.

B) **Whole-School Approach (WSA):** és la dificultat que experimenta l'alumnat a l'hora de demanar ajuda al seu entorn per fer front a la preocupació, l'estrès, l'ansietat o d'altres problemàtiques de tipus psicològic (Lubman et al., 2016).

## 5.9 El rol del sistema educatiu

La funció del sistema educatiu durant l'ESO és promoure el correcte desenvolupament de totes les persones, garantint el seu benestar i autonomia, a nivell sanitari, professional i social. La pràctica d'aquesta tasca ha de partir de la naturalesa i la realitat de l'alumnat adolescent comentada en l'apartat anterior, amb de les seves característiques, vulnerabilitats i necessitats.

L'alumnat i el personal docent conviuen a l'escola, centre neuràlgic de l'educació, això converteix el sistema educatiu en un agent clau en la promoció de la salut mental (Lubman et al., 2016), ja que té una gran influència sobre tota la població adolescent i la responsabilitat de preparar-la per fer front a la diversitat de situacions i conflictes que es presentaran a la seva vida, les quals les poden alterar el seu estat emocional i requerir atenció psicopedagògica (Bisquerra, 2016). Així ho indica la normativa (Decret 187/2015 de 25 d'agost) que determina els objectius de les Competències Bàsiques, concretament els àmbits transversals; personal i social, i digital, però també en àmbits com la cultura i valors.

La família és el pilar de l'educació de qualsevol menor d'edat, tot i això, a diferència dels centres escolars, les famílies no disposen de lleis que determinin els seus coneixements previs, els seus recursos o el seu sistema de valors i planificació anual. Aquest fet dona protagonisme a l'escola i el seu rol com a agent educador, ja que el personal docent és conscient que cada alumne o alumna parteix d'una realitat diferent i que aquesta té una repercussió directa sobre el seu benestar i desenvolupament.

Segons al Llei Orgànica 3/2020, del 29 de desembre (BOE, 2020), l'itinerari educatiu de la gran majoria de persones passa per diferents etapes, Educació Infantil (EI), Educació Primària (EP) i Educació Secundària Obligatòria (ESO). Els i les adolescents, alumnat entre 10 i 18 anys, passen una gran quantitat d'hores a l'escola. Com afirma Gilbert (2005), durant la primària treballen aquest tipus d'aprenentatges i competències emocionals i personals, però en arribar a la secundària només aprenen assignatures. A més sabem que durant l'adolescència es desenvolupen la majoria de trastorns mentals i que és quan les diferències entre sexes i gèneres prenen més protagonisme en tots sentits (Molina et al., 2017). A partir d'aquest moment el rendiment de l'alumnat s'avalua principalment en funció dels resultats en matèries o àmbits com llengua o matemàtiques. Prioritzar les assignatures en detriment dels d'aprenentatges considerats transversals, els quals ens aporten resiliència, provoca el que Bisquerra i Perez (2011), anomenen *analfabets emocionals* i deixa en una situació de vulnerabilitat a l'alumnat.

Partint del <<model biopsicosocial>>, des d'una perspectiva de gènere enfocada en la capacitat de resiliència, i fonamentada en la psicologia positiva i l'educació emocional, aquesta investigació pretén indagar i reflexionar sobre la salut mental dels i les adolescents, sobre la necessitat de dur a terme accions psicopedagògiques vinculades a la promoció de la salut mental, i sobre les estratègies, metodologies i programes de l'àmbit educatiu més contrastats per l'evidència científica.

## 6. APORTACIÓ A LA SOCIETAT I A L'ÈTICA PROFESSIONAL

La salut mental és un pilar bàsic del benestar, ja que d'ella en depèn la felicitat de totes les persones tant a nivell individual com col·lectiu. Amb aquest document es persegueixen diverses finalitats que són de gran interès en l'actualitat.

En primer lloc, visibilitzar una problemàtica, la salut mental, un tema que porta anys silenciats i que sembla que ara després de la pandèmia de la COVID-19 i de l'augment alarmant de nous casos està prenent protagonisme. Aquest propòsit és necessari per produir un canvi en la consciència social, que es tradueixi en recursos, lleis i mesures de calat.

En segon lloc, aportar informació rellevant respecte a l'estat en el qual es troba la salut mental dels nostres adolescents. El primer pas del tractament o de la intervenció sobre qualsevol problemàtica és aportar dades i fer-ne un diagnòstic, aquest ens ha de facilitar la presa de decisions fonamentades, prioritzar actuacions i desenvolupar projectes a mitjà i llarg termini que permetin fer front a aquestes necessitats.

En tercer lloc, investigar i determinar quines estratègies són útils i transferibles a la pràctica educativa, quins recursos humans i materials són necessaris per aplicar-les, i a quin tipus d'alumnat i/o context cal dirigir cada una d'aquestes accions per obtenir els resultats desitjats. En aquest sentit, es vol conscienciar de la necessitat d'adoptar una perspectiva de gènere, no per un tema d'ideologia en favor de la igualtat, una causa que creiem tant justa com necessària, sinó per una qüestió de pragmatisme. Avui dia la societat necessita veure resultats quan inverteix en recursos i programes en "favor de", i adoptar una perspectiva de gènere és un pas cap a l'excel·lència i cap a l'èxit. A més, també es vol destacar un tema transcendent, el qüestionament dels models binaris i normatius del sexe/gènere i la seva repercussió en la salut de les persones, especialment cas dels i les adolescents.

Per últim, èticament es vol fer un exercici d'autocrítica i reflexió sobre la tasca del nostre sistema educatiu, carregat de bones intencions, però que sovint per la pressa i dels vells costums queda obsolet i s'oblida d'aspectes fonamentals de l'educació com són els valors, les emocions, la identitat, i la sexualitat entre d'altres. Cal revisar que s'ha fet fins ara, quins resultats s'han obtingut i cap a on volem anar. El tractament de totes aquestes qüestions que ha de permetre donar perspectiva a totes les persones implicades en els processos d'aprenentatge, des de l'àmbit polític i institucional, a àmbits més concrets com el de la pràctica docent o el familiar.

## 7. MARC METODOLÒGIC

Aquesta investigació té com a principal objectiu la promoció de la salut mental en la població adolescent. El següent document planteja la metodologia per a dur a terme l'exploració i descripció de les principals problemàtiques de salut mental en aquest sector de la població en funció del gènere i sexe, els factors de risc i de protecció i de les estratègies per promocionar-la, tot en el marc de la perspectiva de gènere i centrat en l'àmbit escolar.

Les qüestions que es volen abordar són les següents:

- **Quin és l'estat de la salut mental de l'alumnat adolescent? Quina diferència hi ha entre gèneres?**
- **Quins són els principals factors de risc i de protecció generals? I per gèneres?**
- **Com es pot abordar la salut mental des dels centres educatius a través de la perspectiva de la resiliència?**

### 7.1 Tipus d'investigació

Per a la consecució d'aquest propòsit es du a terme una Revisió Bibliogràfica Sistematitzada, concepte que deriva dels autors Grant i Booth (2009) i Booth, Sutton i Papaioannou (2016) (citats en Codina, 2018). Tot i que existeix més literatura respecte a aquest procés, en aquesta investigació ens basarem en els autors mencionats. A continuació es descriu i justifica l'elecció d'aquest tipus d'investigació (RBS) i les principals característiques d'aquesta metodologia (Codina, 2018).

### 7.2 Justificació del tipus d'investigació

El currículum i la metodologia en l'Educació Secundària Obligatòria s'han anat modificant lleugerament els últims anys, però parlar de canvis no sempre es tradueix en millores, i algunes d'aquestes millores sovint no tenen un impacte positiu diferencial. A part de l'experiència i la bona voluntat, la veritable millora de la pràctica docent s'obté amb l'aplicació de l'evidència científica, en el nostre cas en els àmbits de la salut i de l'educació. Aquestes evidències cal que siguin actuals i transferibles als contextos als quals es dirigeixen.

Els i les professionals dels centres educatius, concretament de l'Educació Secundària Obligatòria (ESO), dediquen gairebé el cent per cent de la seva jornada laboral a tasques de docència, això dificulta que puguin invertir temps a formar-se, innovar i navegar per l'allau de publicacions científiques que tenen disponibles. Davant d'aquest fet, neix la necessitat de desenvolupar estratègies que facilitin aquesta tasca de formació, oferint documents més àgils que connectin la recerca científica i la pràctica docent.

En resum, la següent proposta persegueix el propòsit de generar un informe que sintetitzi tota la informació possible referent a la promoció de la salut mental en l'alumnat adolescent i a les preguntes plantejades inicialment: principals problemàtiques per gènere, factors de risc i de protecció, i possibles mesures des d'un model de resiliència i a través de la perspectiva de gènere. El motiu de

la metodologia escollida és produir un document que permeti a qualsevol docent o persona que formi part de la xarxa educativa accedir a les idees i dades més significatives sobre la salut mental en adolescents, a la seva valoració crítica, i als estudis que la precedeixen, en un llenguatge adaptat al públic destinatari i garantint el rigor característic de la recerca científica.

### 7.3 Característiques de la Revisió Bibliogràfica Sistematitzada

La RBS és una metodologia adequada al context d'aquesta investigació, el Treball de Final de Màster, perquè proporciona un marc de treball sistematitzat i acurat, condicions imprescindibles per a qualsevol recerca científica. A continuació es descriuen les principals característiques (Codina, 2018):

- **Estructura el procés en quatre fases:** Recerca, Avaluació, Anàlisi i Síntesi.
- **Estableix els procediments específics per a cada fase:** cada una de les fases consta d'un mètode concret prèviament dissenyat per a la seva correcta execució.
- **Garanteix la sistematització:** disposa d'una seqüència clara durant tot el desenvolupament de la investigació.
- **Promou la transparència:** permet a altres investigadors replicar la investigació, almenys en les seves dues primeres fases.

Per contra aquesta metodologia i sistema de treball també comporta desavantatges:

- **Les fases d'Anàlisi i Síntesi estan subjectes al criteri de l'investigador:** per tan no aporten un rigor procedimental tan elevat com les dues primeres Recerca i Avaluació.
- **No és la metodologia més indicada per l'àmbit de la salut:** els tractaments o intervencions en àmbit de salut es realitzen amb Revisions Sistemàtiques. Tot i que en aquest document es tracta la salut des d'una perspectiva del comportament, cal tenir-ho en compte, ja que és una limitació.
- **Aporten informació poc concreta:** aquesta proposta no aporta detalls sobre mètodes concrets, així docs s'entén que el resultat d'una RBS no es pot utilitzar com a única referència a l'hora de prendre decisions, sinó que més aviat serveix com guia per a una recerca més específica centrada en el problema que volem resoldre.

L'adequació de la RBS al tema, àmbit i objectius de la investigació s'argumenta de la següent manera (Codina, 2018):

En primer lloc, podem afirmar que permet explorar l'evidència científica sobre un tema, les bases, les últimes tendències, el seu abast i rellevància, i els principals debats sobre la matèria en qüestió, és el que Codina (2018) denomina "los estados de la cuestión" (p. 21). També promou la identificació de les mancances de dades i/o evidències sobre un tema en concret, i proporciona arguments per plantejar la necessitat de realitzar, o no, més estudis. En relació amb el propòsit d'aquesta recerca, aquests trets possibiliten l'acompliment dels següents objectius específics: *Conèixer els principals problemes de salut mental dels i les adolescents (B)*, *Conèixer els principals factors de risc i de protecció (C)*, i *Donar*

*visibilitat a la problemàtica de la salut mental en adolescents i conscienciar sobre la necessitat d'introduir-hi la perspectiva de gènere (A). En Segon lloc, fa possible sintetitzar i resumir la informació clau sobre un tema, facilitant la seva transferència a la pràctica professional en un àmbit concret, a més promou la divulgació dels principals coneixements disponibles sobre l'objecte d'estudi. En relació amb el propòsit d'aquesta recerca, aquests trets possibiliten l'acompliment del següent objectiu específic: *Aportar informació contrastada, clara i transferible sobre mesures i recursos orientats a la promoció de la salut mental en la pràctica psicopedagògica (D).**

Com es comenta en l'apartat anterior, una RBS ofereix una aproximació sobre l'estat d'un tema en concret. Per tant, tot i aportar una gran quantitat d'informació valuosa per a l'abordatge del nostre objectiu, si es vol garantir una pràctica educativa responsable i acurada, cal que després s'aprofundeixi més en aquelles qüestions que es consideren rellevants a través d'una recerca o formació més específica.

## **8. DESTINATARIS, MATERIALS I CONTEXTOS**

### **Destinataris**

Les destinatàries d'aquest document són totes les persones que treballen en l'àmbit educatiu, principalment aquelles que es dediquen a l'orientació psicopedagògica, a la recerca, o a la docència.

També es dirigeix a tots els agents que conformen els contextos educatius dels i les adolescents, mares, pares, familiars, tutors i responsables d'àrees d'igualtat, joventut o salut que estiguin en contacte amb adolescents i que puguin o vulguin desenvolupar accions enfocades a la promoció de la seva salut mental.

### **Context**

El context en el qual es pretén incidir amb aquest Treball de Final de Màster és el de l'educació, concretament l'educació formal, i en segon terme el de l'educació informal. De forma indirecta també es pot aportar en contextos com el familiar, polític i social en general.

Des d'un punt de vista global els resultats i conclusions han de tenir un impacte positiu en el treball en xarxa, permetent una millor comprensió de les necessitats dels i les adolescents, i l'establiment d'acords i objectius comuns entre els diferents agents implicats.

Pel que fa al context de la investigació en si, es durà a terme a través de revisió de bibliografia, per tan aquest no estarà subjecte a un lloc en concret sinó que es realitzarà mitjançant l'ús de diverses plataformes, fonts i recursos disponibles a través de la xarxa. Els aspectes concrets d'aquesta recerca es concreten al punt (9).

### **Materials**

Per a l'anàlisi i la síntesi d'informació s'utilitzaran dues eines característiques de les RBS, una fitxa d'anàlisi (vegeu annex 1) i una taula de síntesi (vegeu annex 2), la seva funció serà sistematitzar i garantir la màxima transparència possible en fases que pel tipus de metodologia són menys rigoroses en quant a la transparència i reproductibilitat. Els continguts de cada una d'aquestes eines estarà dissenyat ad hoc per a l'acompliment dels objectius mencionat.

## 9. PLANIFICACIÓ I TEMPORITZACIÓ DEL PROCÉS DE TREBALL

Les fases descrites a continuació estan basades en el model de Grant i Booth (2009) (citades en Codina, 2018).

### 9.1 Recerca

Està composta de tres *subfases* per garantir l'eficàcia de la recerca (Codina, 2018):

- La primera *subfase* d'aquest procés és *Facetar*, realitzada en els punts 2, 3, 4, 5, 6, 7 i 8 d'aquest document
- La segona *subfase* és *Derivar*, en la qual cal establir les paraules clau per a la recerca, en les diferents llengües, i amb variacions i sinònims.
- La tercera *subfase* és *Combinar*: en la qual, a partir de les paraules claus, es creen diferents grups d'equació per la recerca.

### 9.2 Avaluació

En aquesta fase es porta a terme una selecció dels articles i documents que produeixen els paràmetres de la recerca en funció dels criteris de:

- Pragmatisme: adequació dels documents trobats al tema i objectius de la investigació. S'acceptaran documents a partir del 2011. S'exclouran els següents documents: tots aquells documents que parlin d'administració de fàrmacs, tots els documents que no aportin dades rellevants en el coneixement de l'estat de la salut mental en adolescent, donant preferència a aquelles que donin informació en base al gènere i/o sexe, tots els documents que parlin exclusivament de persones adultes o d'infants fora de la franja dels 10 als 20 anys aproximadament, es donarà preferència als documents sobre programes que aportin informació relacionada amb la promoció de la resiliència o amb la detecció i prevenció dels factors de risc, i tots els documents que aportin informació, estratègies o mesures no transferibles o rellevants per a la pràctica educativa.
- Qualitat: verificar que la informació de la recerca garanteixen uns criteris procedimentals rigorosos i validats per la comunitat científica. En utilitzar bases de dades fonts fiables es donarà per fet que aquestes disposen d'uns criteris de qualitat fiables. No tindria sentit que un estudiant de màster hagi de certificar la qualitat de les publicacions d'altres professionals més qualificats, ja que segons Booth, Papaionnou i Sutton (2016) podria crear biaixos (citats en Codina, 2018)

### 9.3 Anàlisis

Es tracta d'analitzar totes les publicacions seleccionades de manera sistematitzada. Per fer-ho s'emprarà una fitxa o esquema d'anàlisi (vegeu annex 1) que recollirà la informació clau de cada document. La fitxa d'anàlisi es crearà



ad hoc per a la investigació tenint en compte les informació més rellevant de cada document bibliogràfic.



## 11. ANÀLISI DE RESULTATS

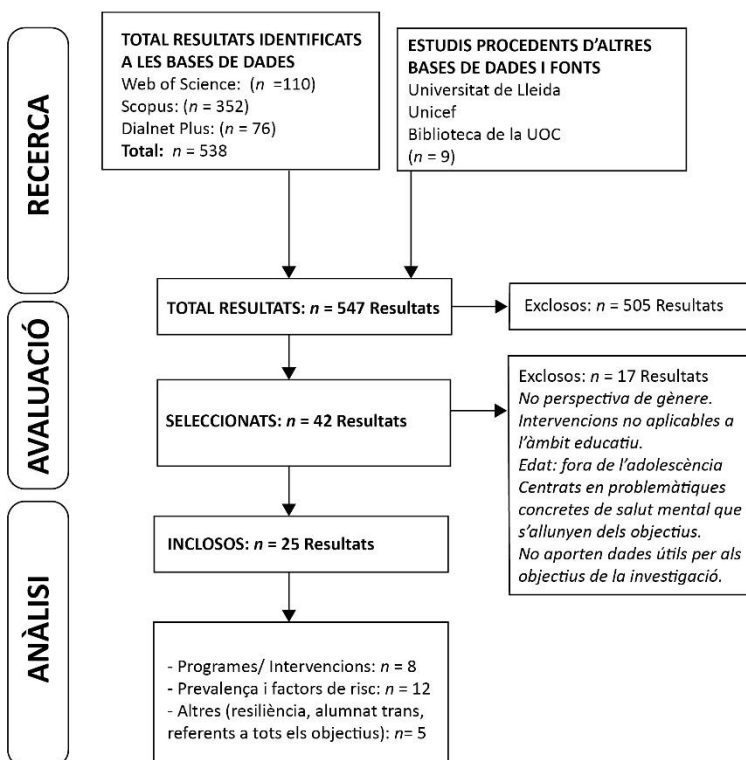
### 11.1 Estratègia d'anàlisi de dades

Es realitza una cerca exhaustiva a les bases de dades: Web of Science, Scopus i Dialnet Plus, mitjançant paraules clau (keywords) : “adolescent i/o teenagers”, “intervention”, “gender i/o gendered”, “male i/o female”, “mental health”, “prevalence”, “anxiety”, “depression” “emotional”, “resilience”, “prevention”, “programs”, “education i/o school”. A Dialnet Plus s'utilitzen sinònims en espanyol (*adolescència, intervenció, gènere i/o perspectiva de gènere, salut mental, ansiedad, depresión, educación emocional, resiliència, prevenció, programas i educación*).

### 11.2 Selecció d'estudis

D'un total de 538 resultats se seleccionen 37 articles, dels quals s'inclouen 25 en la revisió final. Els paràmetres de recerca següents han permès acotar el nombre de resultats: “Rang de dates, de 2011-2021”, “articles d'accés obert”, “articles de revisió”, “referents al camp de la psicologia, ciències de la salut i ciències socials”. La qualitat dels articles no s'avalua en aquesta investigació (vegeu punt 10.2). Pel que fa al pragmatisme s'ha donat preferència als articles de revisió, perquè permeten accedir a conclusions provinents d'estudis més amplis aportant informació valuosa per als objectius plantejats inicialment. En els resultats de la recerca s'han tingut en compte els documents que aportaven dades sobre: prevalença en problemàtica de salut mental en adolescents, factors de risc i de protecció, i intervencions transferibles a la pràctica educativa, sobretot

Figura 2: Diagrama de Flux



programes escolars, però també de l'àmbit comunitari. Després de l'anàlisi dels documents, s'ha inclòs aquelles estudis que aportaven dades referents a la perspectiva de gènere, informació significativa per a la població adolescent, tot i no contemplar una distinció entre gèneres, i als que podien ser d'utilitat per a la pràctica psicopedagògica. Davant del dubte s'ha prioritzat els articles relacionats amb problemàtiques de més incidència com l'ansietat, la depressió i el suïcidi, per la major repercussió que pot tenir

en la pràctica educativa la comprensió d'un fenomen amb més prevalença entre adolescents, pel mateix motiu també s'ha procurat seleccionar aquelles investigacions vinculades a contextos semblants als del nostre territori (Catalunya, Espanya, Europa). A l'hora d'escollir entre articles que feien referència a diversos objectius, s'ha optat per fer un repartiment que permetés abordar-los de forma equilibrada, escollint per cada objectiu els articles que es consideraven més rellevants (*vegeu taules 1 i 2, apartat 11.3*). Finalment, també s'ha inclòs alguns estudis procedents de fonts fiables, bases de dades i biblioteques d'institucions oficials: Universitat de Lleida, UNICEF, i la Biblioteca de la UOC (*vegeu taula 3, apartat 11.3*).

### 11.3 Síntesis

La síntesi es realitza mitjançant una eina, la taula de síntesis (*vegeu annex 2*) on es sintetitza de forma ordenada la informació de les fitxes de cada document inclòs en la revisió sistematitzada.

#### 11.3.1 Prevalença i problemàtiques de salut mental en l'adolescència

El total d'articles inclosos s'estructuren en un primer grup d'11 estudis, referents a diferents problemàtiques de salut mental que a trets generals es refereixen a: ansietat, depressió i conducta suïcida, prevalença entre adolescents, factors de risc i de protecció, diferències entre gèneres, context, edat i tipus d'intervencions (*vegeu taula 1*).

**Taula 1.** Prevalença i problemàtiques de salut mental en l'adolescència

Nº	Autors	Any	Tipus Investigació, nº articles	Conceptes clau
<a href="#">1</a>	Kieling et al.,	2011	Revisió sistemàtica (132)	Prevalença trastorns salut mental: Prevenció, F. Risc i Protectors, intervencions en infants i adolescents (escala global)
<a href="#">2</a>	Pickering et al.,	2020	Revisió sistemàtica (24)	El rol dels iguals i l'ansietat social en noies adolescents: Prevenció, F. Risc i Protectors.
<a href="#">3</a>	Platt et al.,	2013	Revisió sistemàtica (48)	Rebuig dels iguals i depressió en adolescents Prevenció, F. Risc i Protectors.
<a href="#">4</a>	Olivari i Mellado,	2019	Estudi exploratori descriptiu transversal	Reconeixement de trastorns de salut mental en adolescents (Xile): estigma, educació emocional
<a href="#">5</a>	Gul i Demirci,	2021	Revisió sistemàtica (68)	Efecte confinament COVID-19 adolescents: ansietat, estrès, depressió, sobreexposició a les pantalles, F. Risc i Protectors. (escala global)
<a href="#">6</a>	Pizarro-Ruiz i Ordoñez-Cambor,	2021	Estudi transversal	Efecte confinament COVID-19 adolescents espanyols: ansietat, depressió, autoestima, regulació emocional, habilitats socials, ús TIC, F. Risc i Protectors.
<a href="#">7</a>	Surace et al.,	2021	RS amb Metanàlisis (10)	Conducta i pensament suïcida en adolescents amb identitat de gènere no normativa (Europa): Prevenció, F. Risc i Protectors.
<a href="#">8</a>	Mc Loughlin et al.,	2015	Revisió sistemàtica (103)	Suïcidi en població adolescent (2003 a 2014): gènere, ètnia, edat, F. Risc i Protectors (escala global)
<a href="#">9</a>	Orri et al.,	2020	Estudi longitudinal	Prevalença suïcidi en adolescents i la correlació amb problemàtica de salut mental, edat i gènere (Canadà)
<a href="#">10</a>	Mendizabal et al.,	2019	Revisió sistemàtica (67)	Conducta suïcida adolescents i joves: diferències entre gènere, F. Risc i Protectors ( escala global)
<a href="#">11</a>	De Raggi et al.,	2017	Revisió sistemàtica	Autolesions / adolescència: Gènere, edat, F. Risc i Protectors, relació amb suïcidi. (Canadà)

### 11.3.2 Estudis sobre intervencions en salut mental en context escolar

Després, trobem un segon grup de 9 estudis referents a la promoció de la salut mental, majoritàriament dins de l'àmbit educatiu, a trets generals es refereixen a: prevenció, diferents intervencions, programes i teràpies, efectes, programes mixtes i no mixtes, estigma i recerca d'ajuda i gènere (*vegeu taula 2*).

**Taula 2.** Estudis sobre intervencions en salut mental en context escolar

Nº	Autors	Any	Tipus Investigació, nº articles	Conceptes clau
<a href="#">12</a>	Feiss et al,	2019	RS amb Metanàlisi (42)	Programes escolars prevenció: estrès, ansietat, depressió
<a href="#">13</a>	Das et al,	2016	Revisió sistemàtica (38)	Intervencions salut mental adolescents: suïcidi, depressió, ansietat, trastorns conducta alimentària
<a href="#">14</a>	Werner-Seidler et al.,	2017	Revisió sistemàtica (81)	Programes escolars prevenció: ansietat, depressió
<a href="#">15</a>	Dray et al.,	2017	Revisió sistemàtica (57)	Efecte intervencions en l'àmbit escolar basades en la Resiliència, infants i adolescents: ansietat, depressió, trastorns de conducta
<a href="#">16</a>	Andre i Mc Carthy,	2021	Revisió sistemàtica (293)	Problemàtica derivada de l'ús del Smartphone: gènere, edat, F.Risc i Protectors, Intervencions
<a href="#">17</a>	Tejada-Gallardo et al.,	2020	Revisió sistemàtica (9)	Efecte programes escolars basats en Psicologia Positiva
<a href="#">18</a>	Gwyther et al.,	2019	Revisió sistemàtica (40)	Multicomponent en: benestar, ansietat, depressió, estrès
<a href="#">19</a>	Radez et al.,	2021	Revisió sistemàtica (53)	Efecte programes escolars no mixtes (homes): intervenció, masculinitat, estereotips, benestar, estigma, prevalença simptomatologia i trastorns en nois adolescents i joves
<a href="#">20</a>	Kanga et al.,	2018	Disseny experimental	Barreres i resistències dels adolescents a la recerca d'ajuda professional davant problemàtica de salut mental: estigma, accés als serveis, gènere, orientació en intervenció escolar
				Entrenament en <i>mindfulness</i> a adolescents en l'àmbit escolar: diferències entre gèneres, afectivitat negativa en noies, ansietat i depressió, preadolescència.

### 11.3.3 Estudis seleccionats per l'investigador

Per últim, trobem un últim grup amb 5 estudis, una Tesi Doctoral procedent de la recerca sistematitzada en les bases de dades Dialnet Plus (Pont, 2008) i quatre documents seleccionats per l'investigador, procedents de d'altres fonts fiables (*vegeu taula 3*).

**Taula 3.** Estudis seleccionats per l'investigador: no classificables

Nº	Autors	Any	Tipus Investigació, nº articles	Conceptes clau
<a href="#">21</a>	Molina,	2017	Revisió bibliogràfica	Promoció salut mental en els centres educatius: Resiliència, barreres i resistències en la recerca d'ajuda, tipus d'aproximacions,
<a href="#">22</a>	Rodríguez-Pérez,	2020	-	Alumnat trans*: F. Risc i protectors
<a href="#">23</a>	Echeburúa,	2017	-	Abús d'internet i adolescència: diferències gènere, F. Risc i protectors, regulació emocional
<a href="#">24</a>	Pont,	2008	Tesi Doctoral	Resiliència: Estrès, F.Risc i protectors, estratègies d'afrontament, gènere
<a href="#">25</a>	UNICEF,	2021	Informe	Prevalença salut mental adolescència i infància: estigma, resiliència, intervenció.

## 11.4 Resultats.

### 11.4.1 Estat de la salut mental de la població adolescent

Tots els estudis revisats indiquen que en l'adolescència es desenvolupen una gran part dels trastorns de l'etapa adulta, l'ansietat i la depressió són les simptomatologies amb més prevalença entre adolescents (entre un 10% i un 30% del total), i es detecta un increment en el deteriorament de la salut mental a partir de la mitja adolescència (1, 3, 14, 11, 4, 12, 2, 17, 5, 19, 25). Entre un 10% i un 50% de les simptomatologies i trastorns es cronifiquen i comporten comorbiditat (14). Els resultats indiquen una alta prevalença de conductes autolesives, entre un 15 i un 25% afirma haver-les practicat algun cop, i entre un 6 - 7% afirma haver-ho fet durant l'últim any, segons una revisió amb adolescents del Canadà (11).

### 11.4.2 Salut mental de la població adolescent segons el gènere

Les dades autoreportades apunten que l'ansietat i la depressió són més comuns en les noies (3, 2, 5, 6), i assenyalen la baixa autoestima i símptomes somàtics com a principals símptomes en les noies. L'autocrítica, els trastorns de conducta alimentària i les estratègies afectives desadaptatives són més freqüents en noies (24, 20). En les dades autoinformades dels nois, els indicadors aporten xifres inferiors a les noies en ansietat i depressió, tant en quantitat com en intensitat, a escala comportamental s'apunta a una major tendència a l'aïllament i problemes d'externalització del malestar a través de conductes desadaptatives, hostilitat, pèrdua del control, irritabilitat, agressivitat i un major abús de substàncies que les noies (24, 23, 18, 6, 5, 16). El comportament estereotipat masculí està associat a una major prevalença de comportaments agressius i problemes de salut en general (24, 18). Els resultats indiquen una major taxa de conductes autolesives entre noies, que tendeix a igualar-se amb els nois cap als 15 anys (11). En la població adolescent transgènere, la problemàtica de salut mental té més presència que en la resta d'adolescents (7, 22), les investigacions destaquen una multiplicitat de simptomatologies, nivells de cortisol més elevats, practiques sexuals de risc, depressió, ansietat, TDAH, TCA, trastorn bipolar i conducta suïcida (7).

El suïcidi en adolescents ha disminuït a escala mundial durant els últims 20 anys, excepte el període 2008-2010 amb la crisi econòmica on les dades reflecteixen un lleuger augment (8), però segueix sent la segona causa de mort en persones d'entre 15 i 29 anys (10), amb una prevalença de 0,6 suïcidis per cada 100000 habitants en infants i adolescents, i de 7,4 per cada 100000 habitants en adolescents, xifres que arriben als seus pics més alts a partir dels 15 anys (8). Espanya, Grècia, Portugal i Itàlia són els països amb menys suïcidi en població adolescent (8). Les revisions també indiquen una tendència a l'alça en pensament suïcida, intents i suïcidis consumats durant el pas de la preadolescència a l'adolescència (8, 10, 9). Les dones adolescents tenen el doble de taxa d'intents de suïcidi que els homes, però els homes tenen més del doble de suïcidis consumats (8, 10, 25), 4,1 suïcidis per cada 100000 dones, vers 10,5 suïcidis per cada 100000 homes (8). La prevalença en les noies augmenta fins als 15 anys, mentre que en els nois augmenta dels 15 anys fins a l'edat adulta (10). En població adolescent transgènere s'estima que a Europa un 25% del total té idees de suïcidi, intents i/o autolesions, un 11% en població no clínica (7). El mateix

estudi <sup>(7)</sup> aporta dades d'una investigació als Estats Units amb 100000 adolescents transgènere, 43.9% tenien idees suïcides i el 34,6% havien comès algun intent de suïcidi.

#### **11.4.3 Salut mental i adolescència: factors de risc i factors de protecció**

Existeixen diversos factors que actuen com a factors de risc i/o protecció de la salut mental en l'adolescència, especialment de l'ansietat i la depressió. La pràctica habitual d'exercici físic és un factor protector <sup>(13, 1, 5)</sup>, els descansos, i la bona qualitat del son, són factors protectors, la manca dels mateixos són un factor de risc <sup>(16, 5)</sup>, el suport familiar és un factor protector, la manca del mateix és un factor de risc <sup>(10, 5)</sup>, l'acceptació dels iguals és un factor protector, i el rebuig és factor de risc <sup>(3, 11, 2, 22, 7)</sup>. La pressió acadèmica <sup>(6)</sup>, l'assetjament escolar <sup>(8, 22, 7)</sup>, el consum de substàncies i l'abús sexual <sup>(10)</sup>, també es consideren factors de risc. La transició d'Educació Primària a l'ESO es considera factor de risc en autolesions <sup>(11)</sup>. La presència de conductes suïcides o autolesives entre els iguals o la família també es consideren factors de risc <sup>(10, 11)</sup>. El domini de competències personals i socials són un factor protector, la manca d'aquestes és un factor de risc <sup>(1, 15, 4, 2)</sup>, la normalització dels símptomes, i l'estigma o incompetència a l'hora de demanar ajuda són factor de risc <sup>(23, 8, 11, 15, 14, 4, 10, 18, 12, 9, 7, 19, 25)</sup>.

L'aïllament i l'alta exposició a les pantalles es consideren factors de risc <sup>(23, 5, 16)</sup>. Una revisió de 293 articles considera l'ús abusiu del Smartphone un risc per la salut mental <sup>(16)</sup>, els estudis revisats per aquest estudi relacionen aquesta conducta amb la disminució de la qualitat i hores de son, amb la degradació de les relacions familiars i socials, de la salut física i del benestar emocional, amb simptomatologia típica de consum de substàncies, com l'abstinència, la baixa productivitat, la dependència psicològica i la manca d'autoregulació, també la relacionen amb la imaginació de senyals inexistents "phantom signals", i especialment amb simptomatologia d'ansietat i depressió.

En la conducta suïcida, els trastorns mentals, especialment la simptomatologia depressiva <sup>(3, 8, 9)</sup>, l'accés a mitjans, com per exemple productes químics, i el consum de drogues, es consideren factors de risc <sup>(8, 10, 9)</sup>. La cultura i el context social també es consideren moduladors de la conducta suïcida, especialment destaquen com a factors de risc les situacions d'incertesa, crisi econòmica, poca cohesió social i valors patriarcals <sup>(8)</sup>. Excepte en la conducta suïcida, no s'ha trobat una relació directa entre les característiques del context econòmic i tipus concrets de problemàtiques de salut mental <sup>(1)</sup>. Les conductes autolesives també suposen un factor de risc per al suïcidi, a les quals s'atribueix una probabilitat 7 vegades major d'intent de suïcidi per la persona que les practica <sup>(11)</sup>. La no conformitat amb el gènere assignat es relaciona amb un risc 3,5 vegades més alt d'intent de suïcidi en adolescència temprana, i 5,87 vegades més alt en edats a partir dels 16 anys respecte a les persones CIS gènere <sup>(7)</sup>.

#### **11.4.4 El gènere com a modulador de la salut mental**

La majoria de revisions consultades consideren el gènere com un modulador de la salut mental, (23, 3, 11, 15, 18, 10, 2, 22, 16, 6, 5, 19, 7, 25). Els resultats consideren la manca de vincles o amistats properes com a factor de risc més significatiu per les noies que per als nois (2, 3), i l'aïllament es considera un factor de risc més associat als nois (23, 6). La interiorització de la violència en la parella, l'abús sexual, la manca de suport social i el risc d'embaràs no desitjat es consideren factors de risc vinculats en les noies (10, 25). Referent a la relació salut mental – edat – gènere, els resultats apunten a un impacte diferencial en la salut mental en funció del gènere a partir dels 13 anys (6), ja que dels 11 als 15 anys en noies, i dels 15 als 20 anys, en nois hi ha una major incidència, sobretot en ansietat i depressió (20, 18, 2), però també en conductes autolesives (11). Pel que fa a l'ús abusiu del telèfon mòbil (Smartphone) i d'internet, es considera que les noies l'utilitzen més i són més vulnerables a l'assetjament virtual (23, 8), però que en nois tenen una major tendència a la degradació de les relacions socials (23, 16). L'impacte de la COVID-19 també ha estat diferent en nois i noies adolescents, més ansietat, depressió, angoixa i por en noies, més aïllament i conductes hostils en homes (6, 5). Les conductes de recerca d'ajuda i verbalització de problemàtica de salut mental són menys freqüents en homes, les quals són un factor de risc (24, 18, 19, 25), i la capacitat de reconeixement de problemàtiques de salut mental i recerca d'ajuda és major en dones, les quals són un factor protector (24, 4).

#### **11.4.5 Promoció de la salut mental en la pràctica psicopedagògica**

Tots els articles consultats coincideixen en afirmar que les mesures preventives són imprescindibles en la promoció de la salut mental, a més, una gran part dels estudis consideren que el context escolar és l'ideal per dur a terme aquest tipus d'accions (13, 21, 14, 11, 12, 18, 17, 16, 22). Amb relació a l'edat, els resultats indiquen que les intervencions són més efectives en edats primerenques (14, 12, 25). L'efectivitat del tipus d'aproximació (universal, selectiva o indicada) mostra diversos efectes en funció de l'objectiu (ansietat, depressió, estrès...), les dades apunten a un major impacte de l'aproximació universal en termes de prevenció, concretament en la promoció de competències emocionals i augment de la resiliència (1, 13, 21, 15, 2, 16), intervencions multicomponent basades en psicologia positiva (21, 17), igualtat i inclusió (3, 12, 22), bons hàbits (16), reducció de l'estigma (14, 21, 12, 25), formació en salut mental i serveis d'atenció (4, 19), conducta suïcida (13), autoregulació i ús correcte de les TIC (16), així com en la promoció de l'autoestima i autoconeixement a través d'activitats artístiques i esportives en grup (13, 16). L'aproximació selectiva mostra una major eficàcia en l'abordatge de la simptomatologia depressiva (12, 13, 14). L'aproximació indicada es proposa de forma individual i com un complement de les anteriors (13). La teràpia cognitivo-conductual ha estat considerada eficaç en la prevenció i reducció de simptomatologia relacionada amb la depressió i l'ansietat (1, 13, 15, 20, 12, 18), i la formació a les famílies és considerada útil en la detecció, suport i reducció de simptomatologia en general (11, 13, 19, 16). Diverses autores recomanen centrar els programes escolars en les simptomatologies amb més prevalença (1, 12), i en els factors de risc i protecció més significatius.

Els resultats mostren una gran heterogeneïtat en diversos factors. En primer lloc, la relació entre la duració dels programes o intervencions i els efectes a curt i



llarg termini: podem trobar intervencions breus, entre una o dues hores; programes de 40 sessions, 90 minuts setmanals; programes intensius amb sortides a la natura durant 15 dies; i programes de meditació de 6 setmanes amb 4-5 sessions de 15 minuts per setmana <sup>(13, 20, 12, 18, 14)</sup>, entre d'altres. Es considera que per a una promoció eficaç de la salut mental cal instaurar al currículum aquestes accions, i convertir els espais, debats i formacions en salut mental en un element més de la rutina dels centres <sup>(20, 18, 17, 19)</sup>. En segon lloc, referent al tipus de personal que administra els programes o dirigeix les accions de salut mental, en prevenció i intervenció sobre la depressió s'apunta a una major eficàcia del personal expert extern al centre <sup>(14)</sup>, en l'ansietat els resultats apunten a un millor acompliment del personal docent <sup>(14)</sup>. Existeix gran heterogeneïtat de resultats, a trets generals el factor que es considera més rellevant en l'efecte és l'expertesa de les professionals que dirigeixen els programes, independentment que sigui personal docent o extern <sup>(18, 20)</sup>.

#### **11.4.6 Perspectiva de gènere en la promoció de la salut mental**

Finalment, des de la perspectiva de gènere trobem molta heterogeneïtat en les dades referents al tipus de programa i la seva l'eficàcia en nois i noies. Diverses investigacions demostren l'efectivitat dels programes d'intervenció mixtos en salut mental, i no aporten resultats diferencials entre gèneres <sup>(13, 15, 18)</sup>. En programes no mixtos, centrats en el treball en estereotips, competències emocionals, i benestar i salut vinculats a pràctiques esportives els resultats indiquen una eficàcia del 100% en homes relacionada amb la millora de la cerca d'ajuda i de l'autoestima, reducció de l'estigma, dels nivells d'agressió i simptomatologia depressiva entre d'altres <sup>(18)</sup>. Alguns dels resultats indiquen que els programes centrats l'autocompassió, meditació, mentoria, teràpia cognitivo-conductual i psicoeducació, aporten millors resultats en noies, augmentant l'autoestima i el benestar, i reduint la simptomatologia depressiva, l'ansietat i l'autocrítica <sup>(18, 20)</sup>.

D'altres recomanacions aportades per la bibliografia revisada són: l'adaptació i actualització de les intervencions als temps actuals <sup>(17)</sup>; l'establiment de normatives clares als centres, referents a la confidencialitat, als serveis disponibles, als protocols, així com el coneixement de tota aquesta informació per part l'alumnat, professorat i famílies; l'aportació i disposició d'eines d'avaluació i intervenció per al personal docent; i coneixement de les xarxes que promouen conductes perilloses com les autolesions o els trastorns de conducta alimentària <sup>(11)</sup>.

## 12. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

### 12.1 Salut mental de la població adolescent

En referència a l'objectiu B, estat de la salut mental de la població adolescent, podem afirmar que durant l'adolescència totes les persones són més susceptibles a patir o desenvolupar simptomatologia i trastorns de salut mental, tots els estudis analitzats coincideixen la hipòtesi A. Les dades afirmen la hipòtesi B, que relaciona els principals problemes de salut mental amb l'ansietat i la depressió, 11 estudis dels estudis revisats ho confirmen <sup>(1, 3, 14, 11, 4, 12, 2, 17, 5, 19, 25)</sup>, però els resultats referents al percentatge de població que les pateix a nivells clínics no són concloents. El suïcidi es troba entre la primera i la segona causa de mort en adolescents en països desenvolupats, 3 dels documents revisats així ho confirmen <sup>(10, 8, 25)</sup>. Les dades obtingudes referents a idees i intents suïcides <sup>(10, 8, 9, 25)</sup>, i les dades sobre conductes autolesives <sup>(11)</sup>, reforcen la hipòtesi A, que indica una alta prevalença de simptomatologia clínica en adolescents vinculada a l'ansietat i la depressió, tot i que es necessiten més dades per extreure conclusions.

### 12.2 Salut mental i perspectiva de gènere: prevalença, factors de risc i de protecció

D'acord amb 13 dels articles consultats, podem donar resposta a la hipòtesi D, que afirma que el gènere és una variable significativa en la probabilitat de patir un determinat trastorn o problema de salut mental <sup>(23, 3, 11, 15, 18, 10, 2, 22, 16, 6, 5, 19, 7, 25)</sup>.

Amb relació a l'objectiu B, estat de la salut mental segons el gènere, els resultats referents a les noies apunten a una major prevalença de la simptomatologia relacionada amb l'ansietat i la depressió <sup>(3, 2, 5, 6)</sup>, una major tendència a la internalització de problemàtiques de salut mental a través d'estratègies afectives desadaptatives i problemes d'autoestima <sup>(24, 20)</sup>, el doble dels homes en la taxa de pensament o intents de suïcidi <sup>(8, 10, 25)</sup>, una major taxa d'autolesions <sup>(11)</sup>, una major vulnerabilitat al rebuig dels iguals <sup>(8, 10, 25)</sup>, i a la violència en l'àmbit de la parella i assetjament virtual <sup>(8, 10, 23, 25)</sup>, la qual afecta d'una manera molt inferior als homes. Pel que fa als homes, 6 estudis coincideixen en afirmar que, tant en freqüència com en intensitat, tenen una taxa més baixa de simptomatologia relacionada amb ansietat i depressió, i una major tendència a l'externalització de la problemàtica de salut mental, mitjançant conductes violentes, hostilitat, impulsivitat o l'abús de substàncies <sup>(24, 23, 18, 6, 5, 16)</sup>. També presenten un major risc en la degradació de les relacions socials i l'aïllament per l'ús del Smartphone o Internet <sup>(23, 6)</sup>, a més, la taxa de suïcidis consumats en homes és el doble que la de les dones <sup>(8, 10, 25)</sup>.

Amb relació a l'objectiu C, factors de risc i de protecció, no és possible extreure conclusions clares respecte a la influència del context social i econòmic en general, però d'acord amb 2 estudis <sup>(7, 8)</sup>, cal destacar que en algunes cultures amb característiques de pobresa i valors patriarcals el suïcidi femení supera al masculí. Aquest fet suggereix que els contextos amb pobresa i valors patriarcals molt marcats tenen incidència sobre la prevalença de determinades problemàtiques de salut mental, en aquest cas sobre les dones. Aquestes dades reforcen la hipòtesi C, que assenyala la socialització diferencial de gènere com la responsable de les diferències en problemàtica de salut mental entre gèneres.

En referència a l'objectiu C, els resultats consideren la manca de vincles o amistats properes com a factor de risc més significatiu per les noies que per als nois <sup>(2, 3)</sup>, i l'aïllament es considera un factor de risc més associat als nois <sup>(23, 6)</sup>. La interiorització de la violència en la parella, l'abús sexual, la manca de suport social i el risc d'embaràs no desitjat es consideren com a factors de risc vinculats en les noies <sup>(10, 25)</sup>.

Seguint amb les conclusions referents a l'objectiu C, podem afirmar que a partir de la mitja adolescència hi ha un risc més alt de patir problemàtiques de salut mental, aproximadament, dels 11 als 15 anys en les noies, i dels 15 anys a l'edat adulta en nois, 12 de les investigacions consultades hi estan d'acord <sup>(1, 3, 14 21, 11, 4, 12, 2, 17, 5, 19, 25)</sup>.

El factor de risc més rellevant ha estat l'estigma en salut mental i la seva relació amb la dificultat o resistència a demanar ajudar, 13 articles ho afirmen <sup>(23, 8, 11, 15, 14, 4, 10, 18, 12, 9, 7, 19, 25)</sup>. Tot i que aquest és un problema comú en tota la població adolescent, 4 estudis coincideixen en afirmar que els homes tenen més dificultats en mostrar vulnerabilitat i demanar ajuda <sup>24, 18, 19, 25)</sup>, també afirmen que el comportament estereotipat masculí està associat a una major prevalença de comportaments agressius i problemes de salut en general <sup>(24, 18, 25)</sup>. Això podria explicar que els resultats en ansietat i depressió dels nois, en idees suïcides o en l'afectació del rebuig dels iguals reflecteixin xifres més baixes a causa desitjabilitat social. Cal dir que existeix una gran inconsistència entre les dades autoreportades i les dades reals de salut en homes <sup>(18, 25)</sup>, a més, el percentatge de suïcidis dels homes és el doble que el de les dones <sup>(8, 10, 25)</sup>, ja que utilitzen mètodes més violents, passa el mateix en les autolesions <sup>(11)</sup>. Aquests resultats debiliten part de les conclusions de l'objectiu B, referents a la prevalença, ja que cal posar en dubte les dades autoreportades dels nois sobre ansietat, depressió, pensament suïcida i els factors de risc relacionats amb la vulnerabilitat vers el rebuig dels iguals o la manca de vincles propers.

Tots aquests factors diferencials entre homes i dones poden explicar-se pel model biopsicosocial, i reforcen la hipòtesi C, que assenyala la socialització diferencial de gènere, els estereotips, i la seva magnificació a partir de la mitja adolescència, com una causa directa de l'increment de la vulnerabilitat dels i les adolescents, i de les diferències en els factors de risc i prevalença de problemàtiques segons el gènere.

L'augment de la vulnerabilitat també està relacionat amb una estructuració cerebral concreta, i canvis a nivell físic, endocrí i neuronal, propis de l'adolescència, els quals cal tenir presents. Aquests fets donen suport al plantejament inicial de reforçar les competències socials i personals, i les mesures preventives de la salut mental dels 10 als 15 anys, que és quan té lloc la poda neuronal, i, per tant, la consolidació de les mateixes <<use it or loose it>> (Guerrero, 2021).

Tot i la gran falta d'investigacions, els resultats d'aquesta revisió permeten concloure que els i les adolescents transgènere estan sotmeses als mateixos factors de risc que la resta dels seus iguals, però veuen magnificat el seu efecte especialment en tots aquells condicionants relacionats amb el rebuig, l'assetjament, i el suport social i familiar, i és per aquest motiu que en termes de

salut mental són un col·lectiu molt més vulnerable que les persones CIS gènere (22, 7).

Pel que fa a l'objectiu C, podem concloure que els principals factors protectors són: l'acceptació dels iguals (3, 11, 2, 22, 7), i el domini de competències personals i socials (24, 1, 15, 4, 2). Altres factors de protecció destacables són: l'exercici físic (13, 1, 5), la qualitat del descans i hores del son (16, 5), i el suport familiar (10, 5). Aquesta informació reforça la necessitat d'adoptar la perspectiva de la resiliència com a element clau en la promoció de la salut mental en l'adolescència mitjançant mesures preventives, ja que tots aquests elements es poden treballar des de la infància fins a l'edat adulta i s'hi pot incidir directament o indirectament des del context escolar.

Des d'una perspectiva de gènere, podem afirmar que existeixen diferències clares en les problemàtiques de salut mental entre nois i noies, com per exemple les derivades de la violència en l'àmbit de la parella, tot i això, altres informacions com les provinents de dades autoreportades cal interpretar-les amb cautela.

Tenint en compte el punt anterior, podem concloure que el gènere dels nois i noies adolescents condiciona la forma de sentir, expressar i entendre les diferents simptomatologies i trastorns relacionats amb la salut mental.

### **12. 3 Promoció de la salut mental: Orientacions en el context escolar**

Referent a l'objectiu D, mesures i recursos per la promoció de la salut mental en contextos escolars, i d'acord amb tots els articles consultats podem concloure, que la prevenció constitueix la mesura de promoció més important, ja que és més efectiva i més rendible econòmicament (1, 14). En segon lloc, 9 articles diferents indiquen que el context escolar és l'ideal per dur a terme aquest tipus d'accions, ja que garanteix l'accés a aquests serveis a totes les persones, permet agrupar-les fàcilment, reduir l'estigma, obtenir informació valuosa i fer una detecció precoç (13, 21, 14, 11, 12, 18, 17, 16, 22). En tercer lloc, es considera que les intervencions són més efectives en edats temperanes (14, 12, 25), perquè fomenten la resiliència abans de l'entrada en la mitja adolescència, on les persones són més vulnerables, oposen més resistència al canvi i els estereotips de gènere ja estan més desenvolupats.

Seguint amb l'objectiu D, podem concloure que les intervencions enfocades a la prevenció, com l'educació emocional, la resiliència, la psicologia positiva i la reducció de l'estigma és recomanable realitzar-les des d'una aproximació universal (1, 13, 21, 15, 2, 16, 3, 12, 22, 17, 25, 14, 4, 19). Les intervencions centrades en la simptomatologia depressiva, es recomana dur-les a terme des d'una aproximació selectiva (12, 13, 14). Les mesures amb més suport per part de les investigacions revisades són; la teràpia cognitivo-conductual, especialment en la reducció i prevenció de simptomatologia depressiva (1, 13, 15, 20, 12, 18); i la formació a les famílies, en la detecció, suport i reducció de simptomatologia (11, 13, 19, 16). Pel que fa a l'objectiu de les intervencions podem concloure que cal donar prioritat al tractament de les simptomatologies i factors de risc amb més prevalença (1, 12), així com potenciar els factors protectors més significatius, d'aquesta manera es garanteix un major impacte de les intervencions universals i selectives en l'alumnat, tot i això, no es poden obviar les simptomatologies o factors de risc i protecció menys comuns, així com les característiques pròpies de cada centre, per les quals creiem convenient la creació d'intervencions ad-hoc.

A causa de la gran heterogeneïtat de les dades no és possible arribar a conclusions sòlides respecte a la temporització òptima de les intervencions, la duració i nombre total de sessions, ni de la seva planificació durant el curs escolar, però podem afirmar que per obtenir resultats rellevants cal que les mesures s'incorporin al currículum escolar i prenguin rellevància en qüestions qualitat, quantitat i exigència per part del personal docent, de l'alumnat i de les famílies <sup>(20, 18, 17, 19)</sup>.

A causa l'heterogeneïtat de dades, tampoc és possible extreure conclusions sobre quin tipus de personal és més adequat per a cada intervenció, tot i això, les dades suggereixen que el més rellevant en l'efecte és l'expertesa de les professionals que dirigeixen els programes, independentment que sigui personal docent o extern <sup>(18, 20)</sup>. L'heterogeneïtat de les mesures analitzades suggereix la inexistència de criteris clars, aquest fet dona resposta a la hipòtesi F, que apunta a la manca d'evidències en el disseny i planificació de les intervencions, el qual i reforça el plantejament d'un canvi significatiu en matèria de competències emocionals, personals i socials, i la necessitat d'establir uns criteris rigorosos en la pràctica docent i les intervencions i programes, garantint a l'alumnat una millor capacitat en la gestió de la problemàtica de salut mental a tots nivells.

Pel que fa a l'objectiu D, i amb relació a la variable gènere en les intervencions, tampoc és possible extreure conclusions clares respecte als diferents efectes dels programes de salut mental a les escoles, ja que la varietat de programes, d'alumnat i de condicionants diversos dificulten molt la generalització dels resultats. Tot i l'efectivitat comprovada dels programes mixtos <sup>(13, 15, 18)</sup>, 2 de les investigacions revisades apunten que les mesures dissenyades i aplicades des de la perspectiva de gènere són més efectives a l'hora de treballar factors concrets relacionats amb el gènere <sup>(18, 20)</sup>. Aquests tipus d'intervencions permeten treballar la potenciació de factors protectors concrets de cada gènere com les habilitats socials, les competències emocionals i els hàbits saludables, la prevenció de factors de risc específics com els estereotips que fomenten la violència masclista, l'estigma en homes i les estratègies afectives desadaptatives en noies, a més debiliten resistències com la vergonya i la baixa implicació durant les sessions, faciliten la feina a les professionals, permeten adquirir un millor coneixement del grup i l'alumnat les valora més.

Després de l'anàlisi d'aquestes dades podem donar a resposta a la hipòtesi E, que apunta a la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere en les intervencions i adaptar-les a les característiques de l'alumnat, per tal de tenir un major impacte en la promoció de la salut mental.

### **13. LIMITACIONS, SUGGERIMENTS I PROPOSTES DE MILLORA**

Com a limitacions, en primer lloc, destacar que no ha estat possible respondre les preguntes de l'objectiu específic A, referent al coneixement del sistema educatiu i el personal docent sobre la problemàtica de salut mental en l'alumnat adolescents i la rellevància de la perspectiva de gènere en la promoció de la salut mental.

En segon lloc, deixar constància que l'investigador responsable d'aquest estudi no posseeix tots els coneixements necessaris per garantir el màxim rigor i professionalitat que caracteritzen la recerca científica, aquest fet ha implicat que no es revisessin els criteris de qualitat dels diferents articles inclosos en la publicació i que existeixin biaixos en les decisions respecte als criteris d'inclusió.

La majoria d'estudis revisats presenten una gran heterogeneïtat en les dades, contextos, criteris, objectius, mostres d'adolescents, tipus de programes administrats, metodologies, temporitzacions, escales i mesures d'avaluació. Totes aquestes característiques i circumstàncies dificulten la comparació i la generalització dels resultats. La gran quantitat de dades autoreportades pot portar a biaixos en la informació. La informació referent a les persones transgènere és escassa, així com les comparacions amb els col·lectius "CIS", fet que limita l'impacte de les conclusions.

El treball final de màster, constava d'un termini de temps ajustat, fet que possiblement ha causat l'omissió de literatura rellevant per a l'objectiu de la investigació. L'idioma també ha estat una limitació, només s'han analitzat articles en anglès i espanyol.

Per últim deixar constància de la gran falta d'estudis referents a salut mental en l'adolescència, especialment aquells que no formen part de la població clínica, però que pateixen o experimenten simptomatologia d'algun tipus.

Per a futures investigacions és necessari profunditzar en les problemàtiques amb més prevalença i indagar en quins factors de protecció i risc i estan relacionats i quins programes o intervencions han demostrat tenir més utilitat. També és necessari buscar més informació sobre programes mixtos i no mixtos, i programes universals i programes dirigits a grups concrets per tal de poder prendre decisions més fonamentades en aquest sentit.

Pel que fa a la millora en les implementacions de programes en centres i la creació polítiques de prevenció i promoció en salut mental es considera essencial unificar programes i crear plans per a territoris concrets que permetin establir uns criteris de duració, nombre de sessions, personal que ho administra, tipus de programa, context i alumnat al qual es dirigeix, creació de grups control, seguiment i determinació d'escales d'avaluació dels diferents indicadors.

Per altra banda, cal investigar més sobre quines són les diferents afectacions en salut mental en funció del gènere i adoptar mesures que no depenguin de les dades autoreportades, permetent evitar els baixos d'informació creats per la desitjabilitat o l'estigma, així com la utilització de multiplicitat de mètodes diferents que dificulten la generalització de les dades. La introducció d'un pla o programa de salut mental a les escoles a nivell nacional, que paral·lelament incorpori una investigació rigorosa podria ser una proposta interessant, ja que permetria promoure la salut mental, avaluar de forma global quin impacte té el programa. La unificació de criteris és un objectiu prioritari per tal de poder comparar programes i obtenir dades a escala global que facilitin una presa de decisions basada en l'evidència.

## 14. BIBLIOGRAFIA

- (16) Andre, P. i McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. *Computers in Human Behavior*, 114, 106414. ISSN 0747-5632.
- Bacete, R. (2018). *Nuevos Hombres Buenos. La masculinidad en la era del feminismo*. Barcelona: Grup Editorial.
- Badia, A., Mauri, T. i Monereo, C i Badia, A. (2004). La pràctica psicopedagògica en educació formal. *Fonaments de l'assessorament i la intervenció psicopedagògica*(Volum I). Barcelona: Ediuoc.
- Bagnell, A., i Santor, D. (2015). *The future of teaching mental health literacy in schools. School Mental Health: Global Challenges and Opportunities*. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107284241.005>
- Barbera, E. i Martínez, I. (2004). *Psicologia i gènere*. Pearson. <https://www.copclm.com/wp-content/uploads/2021/04/Psicologia-y-genero.pdf>
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica
- Bisquerra, R. (2017). De la passió a l'emoció: Fonaments per a l'educació emocional. *Temps d'Educació*, 52, p. 253-267.
- Bisquerra, R. (Coord.). (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Bisquerra, R. (2016). Educación emocional. *Documento inédito elaborada para las I Jornadas del Master de Resolución de Conflictos en el Aula*. <https://elephantwise.org/wp-content/uploads/2020/03/Bisquerra-Ed.Socioemocional.pdf>
- Bisquerra, R. i Perez, N. (2012). Importància i necessitat de l'educació emocional a la infància i l'adolescència. *Butlletí d'Inf@ncia*, 55.
- Carta, M.G., Di Fiandra, T., Rampazzo, L., Contu, P. i Preti, A. (2015) An Overview of International Literature on School Interventions to Promote Mental Health and Well-being in Children and Adolescents, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11, 16-20. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901511010016>

Codina, Ll. (2018). *Revisiones bibliográficas sistematizadas: Procedimientos generales y Framework para Ciencias Humanas y Sociales*. Barcelona: Máster Universitario en Comunicación Social. Departamento de Comunicación. Universitat Pompeu Fabra, 2018.  
[https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34497/Codina\\_revisioes.pdf](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34497/Codina_revisioes.pdf)

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety*. San Francisco: Jossey Bass

Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.

(13) Das, J.K., Salam, R. A., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V. i Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 49-60. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020. PMID: 27664596; PMCID: PMC5026677.

(11) De Riggi, M. E., Samira Moumne, S., Nancy L. Heath, N.L. i Lewis, S. P. (2017). Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals. *Canadian Journal of School Psychology*, 32 (2), 122–143.

Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya (2015). *Competències bàsiques de l'àmbit digital. Identificació i desplegament a l'educació secundària obligatòria*. Barcelona: Servei de Comunicació i Publicacions. <http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/colleccions/competencies-basiques/eso/ambit-digital.pdf>

Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya (2018). *Competències bàsiques de l'àmbit personal i social. Identificació i desplegament a l'educació secundària obligatòria*. Barcelona: Servei de Comunicació i Publicacions. <http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/colleccions/competencies-basiques/eso/ambit-personal-social.pdf>

(15) Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., McElwaine, K., Tremain, D., Bartlem, K., Bailey, J., Small, T., Palazzi, K., Oldmeadow, C. i Wiggers, J.(2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental



Health in the School Setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56 (10), 813-824

(23) Echeburúa, O. E. (Ed.). (2016). Abuso de internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar online? Editorial Piràmide.

Fazel M., Hoagwood K., Stephan S. i Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377–387. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)

(12) Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, Ch.M. i Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 1668–1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>

Foraster, L. (11 de setembre de 2021). Darias considera necesario actuar contra la espiral de silencio sobre la salud mental. El País.

Foraster, L. (18 d'octubre de 2021). Los trastornos alimentarios subieron un 20% en la pandemia. El País.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2019). Suicidios España 2019. Observatorio del Suicidio en España. <http://psimae.es/wp-content/uploads/2021/06/Observatorio-del-Suicidio-en-Espana-2019.pdf>

Generalitat de Catalunya. Real decret llei 150/2017, del 17 d'octubre, de creació del Departament d'Ensenyament. (DOGC, núm. 7477, 19-10-2017, pàg. 1-18). <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/7477/1639867.pdf>

Generalitat de Catalunya, Real Decret llei 279/2006, del 4 de juliol, sobre drets i deures de l'alumnat i regulació de la convivència en els centres educatius no universitaris de Catalunya. URI  
ELI: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2006/07/04/279>

Generalitat de Catalunya. Real decret llei 187/2015, de 25 d'agost, de creació del Departament d'Ensenyament. (DOGC, núm. 6945, 28-08-2015). [https://dogc.gencat.cat/ca/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=701354&language=ca\\_ES](https://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=701354&language=ca_ES)

Generalitat de Catalunya. Real decret llei 102/2010, de 3 d'agost, d'autonomia dels centres educatius. de creació del Departament d'Ensenyament. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOCG, núm. 5686 – 05-08-2010). [https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO\\_dogc\\_2010\\_08\\_20100805\\_10209099.pdf](https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO_dogc_2010_08_20100805_10209099.pdf)

Gilbert, I. (2005). *Motivar para aprender en el aula. Las siete claves de la motivación escolar*. Barcelona: Paidós. Ibérica.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Nueva York: Bantam Books. (Versió castellana: Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996).

Guerrero, R. (2021). *El cerebro infantil i adolescente. Claves i secrets de la neuroeducación*. Barcelona: Planeta

(5) Gul, M. K. I Demirci, E. (2021). Psychiatric Disorders and Symptoms in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic: A Review. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 5, (1), 20–36.

(18) Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Purcell, R. i Rice, S. M. (2019) Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. *PLoS ONE* 14(5): e0216955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216955>

Halpern, D. F. i Lamay, M. L. (2000). The smarter sex: A critical review of sex differences in intelligence. *Educational Psychology Review*, 12, 229-246.

Isen, A. M., i Levin, P. F. (1972). The effect of feeling good on helping: cookies and kindness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 1413-1426

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: Basic Books

Ley Orgánica 3/2020, de 29 diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020, 12286 a 122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3/con>

Lubman, D. I., Berridge, B. J., Blee, F., Jorm, A. F., Wilson, C. J., Allen, N. B. i Wolfe, R. (2016). A school-based health promotion programme to increase help-seeking for substance use and mental health problems: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 393. <http://doi.org/10.1186/s13063-016-1510->

(8) McLoughlin, A.B., Gould, M. S., Malon, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *International Journal of Medicine*, 108, 10, 765–780.

(10) Mendizabal, A. M., Castellví, P., Pares-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebria, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Tiscar Rodriguez-Jimenez, T., Rodriguez-Marin, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G. i Alonso, J. (2019) Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64, 265–283.

(21) Molina, M. C. (2017). La promoció de la salut mental dels adolescents en els centres educatius: resiliència i recursos digitals. *Càtedra Educació i Adolescència de la Universitat de Lleida*, 2. <http://hdl.handle.net/10459.1/59705>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Documentos básicos (ed. 48). *Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014*. [http://apps.who.int/gb/bd/s/s\\_index.html](http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html).

(20) Kanga, Y., Rahrigb, H., Eichelf, K., Nilesb, H. F., Rochad, T., Leppb, N. E., Goldb, J. i Britton, W. B. (2018). Gender differences in response to a school-based mindfulness training intervention for early adolescents. *Journal of School Psychology*, 68, 163 – 176.

Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Vettters, R., Forcier, M., i Austin, S. B. (2018). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *The*

*Journal of Sex Research*, 55 (4-5), 1-9.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>.

- (1) Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. i Rahman, A. (2011). Global Mental Health 2. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Global Mental Health*, 378 ,1515-1525
- (4) Olivari, C. i Mellado, C.(2019). Reconocimiento de trastornos de salud mental en adolescentes escolarizados: estudio descriptivo. *Medwave* 19,(3),7617. doi: 10.5867/medwave.2019.03.7617

Onrubia, J. i Minguela, M. (2020). Una reflexión en clave inclusiva sobre las funciones de los profesionales de la intervención psicopedagógica. 52 (3) p. 13-24 ISSN: 2339-7454 DOI <https://doi.org/10.32093/ambits.vi52.1343>

Organització Mundial de la Salut (OMS). (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/121135/E94270.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf)

- (9) Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S. M. i Geoffroy, M. C. (2020). Mental Health Problems and Risk of Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. *Pediàtrics*, 146, 1. DOI: 10.1542/peds.2019-3823

Perinat, A. (coord.). (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial*. Barcelona: Editorial UOC.  
<https://elibronet.eu1.proxy.openathens.net/es/ereader/uoc/56295?page=1>

- (2) Pickering, L., Hadwin, J. N i Kovshof, H.(2020). The Role of Peers in the Development of Social Anxiety in Adolescent Girls: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 5, 341–362.
- (6) Pizarro-Ruiz, J. P. i Ordóñez-Cambor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Sci Rep*, 11, 11713. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9>
- (3) Platt, B., Cohen, K. i Lau, J. Y . F. (2013). The role of peer rejection in adolescent depression. *Depression and anxiety*, 30, 809 –821

- (24) Pont, E. (2008). *Situacions vitals estressants i resiliència a l'adolescència*. [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42567>
- Power, A.K. (2010). Transforming the Nation's Health: Next Steps in Mental Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2343-2346.
- (19) Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. i Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 183–211
- Ricart, M. (2021). Sant Joan de Déu ve el doble de casos juvenils de autolesió que un any atrás. *La Vanguardia*.  
<https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20210507/7435441/sant-joan-deu-ve-doble-casos-juvenils-autolesion-ano.html>
- (22) Rodríguez-Pérez, S. (2020). Acompanyament educatiu i social a persones trans\* en la infància i l'adolescència. *Càtedra Educació i Adolescència de la Universitat de Lleida*, 8.  
<https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/70045>
- Salovey, P., i Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211
- Sevillano, E. (12 de setembre de 2021). Depresión y suicidio: más visibilidad para prevenir. *El País*.
- Shute, R. H., i Slee, P. T. (2016). *Mental health and wellbeing through schools: The way forward*. <http://doi.org/10.4324/9781315764696>
- (7) Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S. i Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1147–1161.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5>
- (17) Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., Torrelles-Nadal, C. i Alsinet, C. (2020). Effects of School-based Multicomponent Positive Psychology Interventions on Well-being and Distress in Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 1943–1960.

Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 5, 1.085- 1.094.

(25) United Nations International Children's Emergency Fund (2021). Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente, promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

(14) Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. i 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. ISSN 0272-7358

## 15. ANNEX

### 15.1 Fitxa d'anàlisi

1	<b>Referència completa de la font</b>	Segons normativa APA (Autor, Títol, Font, etc.).
2	<b>Paraules clau</b>	Paraules que permetin classificar el document.
3	<b>Resum informatiu</b>	Resum informatiu que sintetitza l'objectiu de l'estudi, mètode i principals resultats.
4	<b>Tipus d'investigació</b>	Revisió sistemàtica, estudi de cas, etc.
5	<b>Principals aportacions</b>	Resultats, conceptes, models seguits, dades rellevants de la investigació.
6	<b>Principals Limitacions</b>	Mostra insuficient, falta d'estudis, etc.
7	<b>Comentaris i síntesis valorativa</b>	Text valoratiu i crític del document.  Quines dades són les dades més significatives per a l'objectiu de la nostra investigació (TFM): mesures o estratègies transferibles, programes o plans educatius, dades, %, criteris de detecció, factors de risc o de protecció, formacions per al professorat, etc.

## 15.2 Taula de síntesi

Referència completa	Objectius	Tipus Investigació	Principals resultats	Principals limitacions
<p>Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. i Rahman, A. (2011). Global Mental Health 2. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. <i>Global Mental Health</i>, 378, 1515-1525 .</p>	<p>Anàlisi i aproximació: prevalença trastorns salut mental (TSM), principals factors de risc / protectors i intervencions a escala mundial en infants i adolescents</p>	<p>Revisió sistemàtica (2000 - 2011). 132 articles inclosos revisions sistemàtiques i metanàlisis.</p> <p><b>Paraules clau:</b> child, adolescent, mental, developing, low- and middle-income country (LMIC).</p>	<p>1. La prevalença de trastorns de salut mental en adolescents és entre el 10-20% (l'ansietat i la depressió són les que donen més comorbiditat) Només el 10% d'estudis sobre salut mental provenen de "LMIC" (ingressos baixos) No existeix una diferència significativa del tipus de TSM entre països amb ingressos, mitjos, baixos i alts.</p> <p>2. Atenció precoç i prevenció, infants i adolescents vs adults: més efectives i rentables (grupals). Enfocar la intervenció a la prevalença i als F. de risc i protecció. Teràpia Cognitivo-Conductual com més efectiva davant la depressió.</p> <p>3. Exercici físic, intervencions psicosocials i promoció d'habilitats socials com a mesures efectives.</p>	<p>1. Heterogeneïtat del tipus d'estudis, mostres de població i eines per a la presa de dades: difícil generalització de la informació.</p> <p>2. Manca d'estudi dels factors condicionants en la salut mental i en l'efectivitat dels programes, gènere, sexe, context socioeconòmic.</p>



<p>Pickering, L., Hadwin, J. N i Kovshof, H.(2020). The Role of Peers in the Development of Social Anxiety in Adolescent Girls: A Systematic Review. Adolescent Research Review, 5, 341–362.</p>	<p>Explorar influència del factor social sobre l'ansietat en joves i adolescents, (noies).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explorar l'evidència disponible per guiar futures investigacions.</li> <li>2. Promoure intervencions efectives sobre l'educació entre iguals.</li> <li>3. Principals objectius suport a noies amb d'ansietat social</li> </ol>	<p>Revisió sistemàtica: (1970–2016). 24 articles inclosos (població 10 i 17 anys). Estudis quantitativs: dissenys transversals longitudinals.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Social anxiety, Gender, Girls, Peers, Mental Health, Risk</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Noies: més risc de patir T. Ansietat (causes no concloents). Adolescència: més risc que en infància. Gènere: factor modulador de l'ansietat social, 11-15 anys més ansietat en noies, nois expressen més ansietat en la infància.</li> <li>2. Caràcter no bidireccional de la relació entre ansietat i acceptació dels iguals en ambdós gèneres. ( més ansietat no es tradueix en menys acceptació – si al revés)</li> <li>3. Causes. Noies, més vulnerables a l'avaluació negativa dels iguals, més propenses a actituds d'evitació, angoixa i símptomes físics que els nois, nivells d'angoixa més elevats i intensos.</li> <li>3. Factors moduladors ansietat: habilitats en mediació i relació amb els iguals, ambdós sexes. Nois: acceptació dels iguals es relaciona amb nivells d'ansietat més baixos. Noies: acceptació dels iguals i tenir amistats properes factors determinants en l'ansietat. Noies preadolescents: influència de l'acceptació de la mare.</li> <li>4. F. Protector: promoure relació entre iguals i habilitats socials. Noies: importància de vincles i amistats properes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibles biaixos per la gran quantitat de dades autoreportades.</li> <li>2. Gran diversitat d'escalas utilitzades dificulta la generalització de resultats.</li> <li>3. Només analitza dades quantitatives: pèrdua informació.</li> </ol>
--	---	--	--	--

<p>Platt, B., Cohen, K. i Lau, J. Y. F. (2013). The role of peer rejection in adolescent depression. <i>Depression and anxiety</i>, 30, 809–821</p>	<p>Depressió en adolescents. 1. influència del rebuig dels iguals en la depressió. 2. Biaixos cognitius i rol diferencial en la vulnerabilitat davant del rebuig dels iguals. 3. Entrenament en neurofeedback com a intervenció.</p>	<p>Revisió sistematitzada ( 48 articles.</p> <p><b>Paraules clau:</b> ostracism; neuroscience; development; cognitive bias modification (CBM); functional magnetic resonance imaging (fMRI); neurofeedback</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dades simptomatologia depressiva i trastorns de la depressió: el 2% dels 13 als 15, i el 15% dels 15 als 18. Efectes a llarg termini relacionats amb trastorns psiquiàtrics, problemes acadèmics i psicosocials.</li> <li>2. Prevalença de simptomatologia i trastorns depressius com a explicació del suïcidi (causa principal de mort entre dones adolescents).</li> <li>3. Gènere: Factor diferencial de la depressió, més prevalença en dones.</li> <li>4. Relació bidireccional: rebuig i depressió, rebuig com a factor més potent.</li> <li>5. Factors diferencials: diferències en vulnerabilitats cognitives, interpretació situacions, contextos i detecció d'amenaces.</li> <li>6. F. Risc: rebuig factor d'estrès psicosocial molt important per a la simptomatologia i en el seu manteniment.</li> <li>7. Intervenció: Prevenció enfocada a factors sociocognitius causants del rebuig entre iguals: prejudicis i estereotips. Habilitats socials i mediació.</li> <li>8. Futures investigacions: comprensió mecanismes neurals depressió, guiar i millorar les intervencions.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les dades de simptomatologia depressiva poden tenir biaixos degut als instruments utilitzats i característiques de la mostra.</li> <li>2. La informació disponible no permet extreure dades conclouents sobre els diferents factors sociocognitius que poden modular els símptomes depressius.</li> <li>3. Manca de dades conclouents en relació als substrats neuronals que causen la diferència en el símptomes depressius i reaccions o respostes emocionals davant de determinades situacions</li> </ol>
---	--	--	--	--

<p>Olivari, C. i Mellado, C.(2019). Reconocimiento de trastornos de salud mental en adolescentes escolarizados: estudio descriptivo. Medwave 19,(3),7617. doi: 10.5867/medwave.2019.03.7617</p>	<p>Descripció de 6 trastorns de salut mental en alumnat d'Educació Secundària a Xile.</p>	<p>Estudi de tipus exploratori, descriptiu i transversal. Mitjançant qüestionari: (GHSQ-V, <i>General Help-Seeking Questionnaire, Vignette Version</i>). Mostra 400 (14 i 19 anys) (15,73 de mitjana) 4 instituts diferents, 1 pública i 3 privades. , (62,3%) noies (37,3%) nois.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Adolescents, trastornos, salud mental, escolarizados, Mental Health Literacy.</p>	<p>1. Destaca la competència en detecció de nivells alts de consum de substàncies. S'explica per la feina feta en prevenció a les escoles i centres educatius</p> <p>2. Ansietat la reconeix 8%. Síntoma amb alta prevalença en adolescents. La majoria de trastorns no gaudeixen de campanyes ni programes de conscienciació. La depressió és la més fàcilment reconeguda estudi 39,3 %, (portuguesos 67% màx.), (americans 40%) (xinesos 18% min.).</p> <p>3. Gènere. Escala Internacional: Noies, major facilitat de reconeixement, nois majors dificultats. La present investigació corrobora aquestes dades (Xile). En reconeixement de l'estrès, 18% de diferència entre noies i nois.</p> <p>4. Causes. Adolescents de 16 a 19 mostren més dificultats en reconeixement de trastorns mentals que els de 14-15 anys. Causes: resistències al reconeixement per estigma i vergonya, dificulta buscar ajuda (en homes s'accentuen aquestes causes).</p> <p>5. Prevenció i F. Protector: Educació emocional "MHL" factor protector a escala internacional. Escola concertada, millors resultats.</p>	<p>1. Mostra reduïda i amb % no equitatius entre nois i noies.</p> <p>2. La cultura de la mostra difereix de la dels adolescents Espanyols.</p> <p>3. Dificil generalitzar els resultats pel seu caràcter transversal i no probabilístic.</p> <p>4. Biaix en influència del factor socioeconòmic per nombre d'escoles públiques i concertades.</p>
---	---	---	---	--

<p>Gul, M. K. I Demirci, E. (2021). Psychiatric Disorders and Symptoms in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic: A Review. Eurasian Journal of Medicine and Oncology, 5, (1), 20–36.</p>	<p>Analitzar els efectes de la COVID-19 en la salut mental i física dels i les adolescents, especialment: d'ansietat, estrès posttraumàtic i depressió, la sobreexposició a les pantalles.</p>	<p>Revisió sistemàtica (qualitativa), 68 articles 38 d'ansietat, estrès i depressió, 11 de problemes de son, 15 de trastorns del neurodesenvolupament i del comportament i 4 de TOC.</p> <p><b>Paraules clau:</b> COVID-19, children, adolescents, psychopathology, depression, anxiety, sleep.</p>	<p>1. Por: factor modulador de la depressió, ansietat i problemes de son. Gènere: dones, correlació por-simptomatologia més elevada, la falta de suport social i l'exposició a l'amenaça es relaciona amb simptomatologia més severa que en nois. Atacs de pànic i somatitzacions més prevalença en gènere femení. En Nois, prevalença d'externalització de símptomes, conducta hostil, irritabilitat i discussions amb la família. - Qualitat de son: factor modulador de l'ansietat, l'angoixa i la percepció d'amenaça (mínim, 6:30 h de son)</p> <p>2. Depressió i ansietat: alta prevalença en adolescents, augmenta a mitjans i finals de l'adolescència, es dona en dades abans i després de la COVID-19. Depressió i ansietat nivells més alts en dones. - F. Risc (ansietat i estrès): El gènere femení com a factor de risc. Inactivitat (hores assentat a la cadira), por (COVID-19 o altres). Falta de gestió emocional, recursos i estratègies d'afrontament, ambdós gèneres. - F. Protector (ansietat, estrès i angoixa): Activitat física intensa, temps de descans, qualitat de son, i classes online, (context confinament), bona relació amb la família, s'associen a factors protectors vers l'ansietat. Programes centrats en resiliència i estratègies d'afrontament positives, converses amb els pares sobre el tema que els preocupa (COVID-19 o altres). - F. Risc (ansietat, estrès, depressió, problemes de son i pensament suïcida): L'adolescència com a factor de risc, l'aïllament i confinament ( + risc, en adolescent de més edat), alta exposició a les xarxes socials, videojocs i internet (pantalles). Viure en zones urbanes i famílies nombroses (context confinament).</p> <p>3. L'increment en l'ús de pantalles com a mecanisme explicatiu: menys exercici, menys qualitat de son i més aïllament.</p>	<p>1. Mostra insuficient i manca de més estudis en altres llocs del món. 2. Ansietat i depressió: Molts dels estudis es realitzen a Xina, una gran diferència cultural. 3. Estudis majoritàriament transversals tot i que també n'hi ha de longitudinals amb un pre-post pandèmia. 4. % alt d'escala i test administrades en línia, dades facilitades pels pares o observacions dels docents. 5. Manca d'indicador bioquímic, cortisol o similars. 6. Els estudis es realitzen en llocs diferents i en moments diferents de la pandèmia.</p>
--	--	---	--	--

<p>Pizarro-Ruiz, J. P. i Ordóñez-Cambor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. <i>Sci Rep</i>, 11, 11713. <a href="https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9">https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9</a></p>	<p>Explorar les conseqüències del confinament en la salut mental dels i les adolescents espanyols durant els 8-10 primers dies. Concretament centrada en: depressió, autoestima, ansietat, regulació emocional, ràbia, integració i habilitats socials, comportament rebel i somatitzacions.</p>	<p>Estudi transversal. Mostra 348 (13 i 18 anys) 63,4 % noies. Instrment (escala): Assessment System for Children and Adolescents 37,38 (SENA).</p> <p><b>Paraules clau:</b> Mental Health, gender, age, confinement, emotional, behavioural.</p>	<p>1. A partir dels 13 anys: impacte diferencial en la salut mental segons el Gènere. En població de 8 a 12 anys no sembla que hi hagi un impacte diferencial en funció del gènere.</p> <p>2. Gènere: Noies, experimenten més ansietat, baixa-autoestima, dificultats de la gestió emocional i queixes somàtiques. Les noies espanyoles s'han vist més afectades pel confinament. Nois. Deficiència en la integració i habilitats socials, aïllament com a factor de risc significatiu.</p> <p>- Explicació. ( Hipòtesis) major contacte social de les noies a través de les TIC, els nois utilitzen més les TIC per jugar a jocs, i tenen més dificultats per sentir-se estimats i acceptats a través dels mecanismes disponibles durant el confinament (trucades, videotrucades)</p> <p>3. En estudiants d'ESO l'evolució clínica de tota la simptomatologia estudiada va ser molt més favorable que en estudiants d'universitat o formació professional. La pressió acadèmica com a factor de risc "MHD".</p>	<p>1. Biaixos en la informació. dades autoreportades, famílies com a informants.</p> <p>2. Biaixos en les mostres</p> <p>3. Manca d'estudis en aquesta àrea, població i context ( destaca que només n'hi ha 12), totes dissenys transversals quantitius.</p>
---	--	---	--	--

<p>Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S. i Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. <i>European Child &amp; Adolescent Psychiatry</i>, 30, 1147–1161. <a href="https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5">https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5</a></p>	<p>Objectiu: estudiar la prevalença d'ideació i conducta suïcida en infants adolescents i joves amb gènere no normatius (no CIS gènere)</p>	<p>Metanàlisis. Bibliografia fins a desembre de 2018 (edat 3 a 25 anys). 10 articles inclosos.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Gender identity · Gender dysphoria · Gender incongruence · Children · Adolescents · Suicide · Self-injury · Minority stress.</p>	<p>1. Prevalença no conformitat gènere assignat: 1,3% en infants; 1,6 i 2,7 % en joves i adolescents, prevalença en dones biològiques vers els homes; 3,6 vs 1,7%.</p> <p>Prevalença TSM: Nivells de cortisol més elevats, practiques sexuals de risc, manca de suport familiar, depressió, ansietat, TDAH, TCA, Bipolar.</p> <p>2. F. de Risc: Alta vulnerabilitat vers la salut mental. Alt % de Bullying, pitjors relacions amb els iguals, amb els pares, estigma, alteracions de l'estat d'ànim, consum de substàncies, comorbiditat. Exposició elevada al rebuig social: prejudicis, discursos trasnfòbics i homòfobs, als estereotips. Vulnerabilitat en la seva autoestima per l'avaluació de l'entorn.</p> <p>- Alt risc de suïcidi: x 3,5 vegades més que de risc d'intent de suïcidi en adolescència temprana i x 5,87 x en edats a partir de 16 anys (vs cisgènere).</p> <p>- Estudi USA (100K estudiants), prevalença del 43.9% en idees suïcides i de 34,6% en intents suïcides. Alta prevalença autolesions. Gènere/Sexe: més prevalent en femelles que en mascles.</p> <p>- Idees, intents i autolesions, prevalença de 25% població total infants a joves, 11% en població no clínica. Intents de suïcidi (factor aïllat): 3,6 població total infants i joves, i 0,8 població no clínica.</p> <p>2. Causes: Context social com a factor explicatiu predominant. L'ambient estressant, rebuig general, bullying, vergonya i negació de la família, ignorància de la resta de persones, falta de formació, dificultat en les relacions.</p>	<p>1. Manca d'estudis. 2. Heterogeneïtat de la bibliografia disponible, rangs d'edat amplis, diversitat de característiques, antecedents psiquiàtrics, fases del transit, població no clínica. 3. Falta d'estudis que comparin aquesta població amb població CIS gènere.</p>
--	---	--	--	--

<p>McLoughlin, A.B., Gould, M. S., Malon, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. <i>International Journal of Medicine</i>, 108, 10, 765–780.</p>	<p>L'objectiu d'aquest article és fer una revisió de la dècada del 2003-2014 per indagar en el suïcidi en la població adolescent ( de 12 a 19 anys) arreu del món en funció de l'edat, gènere i ètnia.</p>	<p>Revisió sistemàtica: 103 articles. 39 a partir de la recerca sistemàtica a les bases de dades ( PsycINFO, PubMed/MEDLINE i PsycARTICLES) i 61 procedents de la recerca manual en altres fonts fiables.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Adolescence, Teenagers, Suicide, Risk Factors, Ethnic variations, Gender and Intervention.</p>	<p>1. Prevalença: Últims 20 anys, disminució de suïcidis. - Causes: millora en els fàrmacs, més recursos, reducció i control de l'accés a mitjans (suïcidi adolescents de països de l'est i Xina, pesticides). - Franja d'edat: Disminució % suïcidis en població de 15-19 anys (tassa més alta). - Augment lleu suïcidis entre 2008 i almenys fins a 2009. Causa: crisi. - Gènere. Les dones tenen el doble de taxa d'intents de suïcidi que els homes.</p> <p>2. Demografia: Països de l'Est: Taxa de suïcidi, 19-20 x 100.000 habitants (la més alta), poca cohesió social, inestabilitat política i econòmica, i antecedents familiars desfavorables. Rússia, manca de dades verídiques, efecte del elevat consum d'alcohol. Grècia, Espanya, Portugal i Itàlia, els 4 països amb menys suïcidi.</p> <p>3. Biaix d'informació: Sovint no notifiquen les morts per suïcidi (estigma) de manera correcta i el nombre podria ser més elevat.</p> <p>4. Edat: a nivell mundial la taxa és de 0,6 x100 mil habitants, infants i adolescents. El % augmenta en adolescents més grans (7,4 x 100kh). USA dades: de 10 a 14 anys (1,48 x 100kh), de 15 a 19 (8,35 x 100kh) augment molt elevat a partir dels 15 anys. Irlanda i UK també es dona aquesta tendència accelerada fins als 20 anys. A nivell mundial s'intueix la tendència, però no es corrobora (OMS). Cal més informació i investigació referent al suïcidi.</p> <p>5. Gènere (% Suïcidis consumats): 4,1 x 100kh dones, 10,5 x 100kh homes. Més del doble de suïcidis dels homes. Causes: comportament més arriscats, agressius, consum d'alcohol, mètodes més violents, nivells de violència més elevats, intents de suïcidi molt més letals.</p> <p>- Índia i Xina (60% dones) les dones taxes més elevades que els nois. Causes cultura, context socioeconòmics, concepció del gènere/sexe femení. Generalitzable, però s'accentua en zones rurals. Gran presència de mitjans, especialment pesticides.</p> <p>- Població indígena: noies indígenes 5,5 vegades superior a les noies de la resta de la població, i 4,4 nois indígenes vs resta de nois de la població.</p> <p>- Estudi: 49 països subdesenvolupats, 15,3 % de pensament suïcida.</p> <p>- Europa: autolesions, prevalença del 7,4% segons un estudi en 17 països.</p> <p>6. F. Risc: Cyberbullying, factor de risc més elevat vers el suïcidi que el Bullying. Gènere: noies, tenen % mes alt de risc. Alcohol com a F.Risc per ambdós sexes.</p>	<p>1. Manca d'estudis.</p> <p>2. L'escassa aportació de dades referents al suïcidi, especialment en països subdesenvolupats fa difícil la comparació i la inferència d'hipòtesis al respecte.</p> <p>3. Heterogeneïtat de les dades: dificultat de generalitzar i trobar explicació a les causes de les diferències entre territoris.</p>
--	--	---	--	---

<p>Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S. M. i Geoffroy, M. C. (2020). Mental Health Problems and Risk of Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. <i>Pediàtrics</i>, 146, 1. DOI: 10.1542/peds.2019-3823</p>	<p>Estudi de la prevalença de suïcidis i la seva relació amb els problemes de salut mental en població de 13 a 20 anys.</p>	<p>Estudi longitudinal. Mostra: 1618 Població: Quebec. Mesures: internalització dels símptomes de la depressió i l'ansietat. Externalització de les conductes desafiantes o problemàtiques, dèficit d'atenció. Dades autoreportades a partir de qüestionaris.</p> <p>Paraules clau:</p> <p>Adolescent, Female, Humans, Longitudinal Studies, Suicidal Ideation, Male, Mental Disorders / epidemiology, Mental Disorders / psychology, Prevalence, Risk Assessment, Suicide, Attempted / statistics &amp; numerical data*, Young Adult</p>	<p>1. Dades prevalença. Idees passives de suïcidi 13-17 anys, 22.2%. Idees series de suïcidi, 9.8%. Intents de suïcidi entre 13 i 20 anys 6.7%. Idees passives (15-17 anys) entre el 11,8 i el 18,4 %. Idees "series" en població de 13- 20 anys es trobaven entre el 3,3 i el 9,5 %, ambdues incrementaven amb el temps. Estima que als 20 anys un 9,8 % de població haurà tingut idees series de suïcidar-se i un 6,7 haurà comés algun intent de suïcidi. En l'última etapa de l'adolescència 17-20 anys, augment del 40% en pensament suïcida. No es coneixen les causes i falten dades mes conclouents.</p> <p>- Hi ha correlació entre problemes de salut mental i conductes suïcides, passives, series i intents, per a totes les edats i per ambdós gèneres. La magnitud del trastorn s'associa a una major relació amb conductes suïcides.</p> <p>- Depressió i ansietat són els símptomes més relacionats amb l'augment de la conducta i la intensitat.</p> <p>2. Diferències entre gèneres (de 13 a 20 anys): Dones interiorització dels problemes i simptomatologia depressiva, més pensaments suïcides i intents: especialment comuns en dones i en tot tipus de joves i/adolescents que presenten problemàtiques de salut mental. S'expliquen per la major prevalença de símptomes depressius en els dones i el major estigma vers el suïcidi en els homes. Els Trastorns de conducta s'associen a l'intent, tant en homes com en dones.</p> <p>3. Intervenció: Cal donar suport a tot l'alumnat que presenta símptomes no només als que tenen un perfil clínic.</p>	<p>1. Biaix en la mesura psicomètrica.</p> <p>2. No es tenen en compte factors relacionats amb la problemàtica de salut mental com el consum de drogues.</p> <p>3. Biaix en la recollida de dades per la gran diversitat d'instruments utilitzats, dades autoreportades i edats de la mostra.</p>
--	---	---	--	---



<p>Mendizabal, A. M., Castellví, P., Pares-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebria, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Tiscar Rodriguez-Jimenez, T., Rodriguez-Marin, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G. i Alonso, J. (2019) Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International Journal of Public Health, 64, 265–283.</p>	<p>Avaluar la magnitud de l'associació entre gènere suïcidis, intents i morts.</p> <p>Identificar els factors de risc i de protecció</p>	<p>Revisió sistemàtica. Bibliografia fins 2017. (67 estudis) Població entre 12 i 26 anys sense cap diagnòstic clínics. Es realitzen metanàlisis d'efectes aleatoris.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Gender Suicide Suicide attempt Adolescents Young adults Risk factors</p>	<p>1. Suïcidi: 2a causa de mort, persones 15 i 29 anys. Gènere: tasa homes adolescents i joves, entre 2 i 4 vegades més que les dones. Les dones ho intenten entre 3 i 9 vegades més que els homes. Edat estretament relacionada amb el suïcidi, prevalença entre adolescents. Suïcidi femení vs masculí: punt més alt, mitjans de l'adolescència (femení), el dels homes augmenta fins a gairebé a l'edat adulta. L'adolescència te més % de suïcidi a partir de la meitat i final que al principi. Nombre d'intents: indicador clau en les probabilitats de suïcidi consumat, especialment en les noies.</p> <p>2. Causes dif. Gèneres: diferents característiques emocionals i els diferents problemes de comportament. Homes exterioritzar els problemes (drogues, comportament agressius, etc. ús de mètodes més letals). Dones: interiorització dels desordres, ansietat, estats emocionals alterats que promouen pensament i comportament suïcides.</p> <p>3. Demografia: països desenvolupats, suïcidi d'homes de 2 a 3 vegades superior que el de les dones.</p> <p>4. F. Risc. Comuns: Intents de suïcidi, patir assetjament, maltractament infantil, violència a la comunitat, pensament o comportament suïcides previs, trastorns mentals, abús de substàncies i problemes familiars.</p> <p>- Dones: problemes interpersonals, interiorització del problema violència en la parella (embarassos no desitjats) manca de suport social com a majors factors de risc. Més efectives a l'hora de buscar ajuda.</p> <p>-Homes: Exteriorització disruptiva dels problemes, conductes agressives, entorn social amb precedents suïcides i consum de substàncies com a majors factors de risc. Menys efectius a l'hora de buscar ajudar o parlar dels problemes, l'evitació, la impulsivitat i l'agressivitat podrien ser les causes d'aquests comportaments. L'accés a mitjans es considera un factor de risc.</p>	<p>1. No s'avalua el risc de suïcidi en funció del gènere sentit o la orientació sexual.</p> <p>2. Manca de dades per realitzar metanàlisis, especialment en factors de risc de mort per suïcidi.</p> <p>3. Manca d'informació sobre col·lectius vulnerables, els quals s'han exclòs dels estudis utilitzats per la revisió.</p> <p>4. Cal una recerca més exhaustiva en diferents bases de dades.</p>
--	--	--	--	--

<p>De Rigg, M. E., Samira Moumne, S., Nancy L. Heath, N.L. i Lewis, S. P. (2017). Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals. Canadian Journal of School Psychology 2017, Vol. 32, (2), 122–143.</p>	<p>Anàlisis prevalença autolesions segons: l'edat, gènere, factors de risc, relació amb el suïcidi, i possibles causes.</p> <p>Cercar recomanacions per a gestionar aquesta problemàtica: identificar alumnat, crear protocols d'actuació, i estudiar la seva relació amb l'ús de les xarxes.</p>	<p>Revisió sistemàtica, (no especifica quantitat d'articles inclosos), població entre 11 i 18 anys.</p> <p><b>Paraules clau:</b> non-suicidal self-injury, adolescence, school mental health, mental health professionals</p>	<p>1. Dades prevalença. Punt màxim durant adolescència temprana 11-15 anys, i adolescència "tardia" 17-18. Prevalença més gran del que es creia. - Entre un 15 i un 25% dels adolescents afirma haver-les practicat algun cop a la seva vida i el 6 - 7 % durant l'últim any.</p> <p>5. F. Risc: Etapa de Transició Primària – ESO en alumnat vulnerable. Rebuig dels iguals o família, falta d'habilitats socials, manca d'autoestima, no acceptació del propi cos o forma de ser, i tot tipus de conductes problemàtiques o trastorns relacionades amb la salut mental. Hi ha relació directa amb un augment de possibilitats en intent de suïcidi x7, però cal diferenciar-la. Baix % d'adolescents cerquen ajuda en adults davant dels problemes. Concepte de contagi de les autolesions: l'influència dels iguals com a factor de risc.</p> <p>6. Dif. Gènere: prevalença major en noies, la tendència es igualar-se a més edat. Pregunta: les noies ho fan més o els nois expliquen menys? (no conclouent). Mètodes: noies, majoritàriament es tallen o rasquen els canells o les cuixes. Homes pegar-se o punxar-se amb objectes amb la intenció de causar-se dolor, també es tallen.</p> <p>7. Causes. Intrapersonals: regulació de situacions o vivències negatives, "gestionar dificultats emocionals". Segons estudi amb persones que practicaven autolesions, el 52.9% per gestió emocional, passar la part emocional a una sensació física, d'autocastigar-se, no acceptació d'ells mateixos. Interpersonals: fer crides d'atenció o manipulació (poques vegades), gestionar situacions amb altres persones, baix suport familiar, gestió de l'angoixa.</p> <p>8. Intervenció escolar: disposar de protocols d'actuació i materials d'avaluació i intervenció. En cas d'avisar la família cal donar suport i assegurar-se que té eines i actua de forma correcta. Protocol: treballar l'estigma, donar a conèixer els serveis de suport a la salut mental, confidencialitat, no jutjar és efectiu, parlar sobre les autolesions, conscienciar l'alumnat que no és una pràctica efectiva.</p> <p>9. Recomanacions. Normes molt clares en termes de confidencialitat (les ha de conèixer famílies i alumnat), avís a la família o no.. Cal conèixer les xarxes que promouen aquests comportaments. Cal parlar-ne amb l'alumnat. No s'han d'ensenyar imatges mai, ja que poden promoure les conductes.</p>	<p>1. Falta més investigació. No s'ha pogut revisar tota la bibliografia necessària, ja que s'ha duplicat en els últims 5 anys.</p> <p>2. Heterogeneïtat de les mostres i falta de dades referents a les escoles, detecció, seguiment.</p> <p>3. Població de Canadà, no generalitzable.</p>
---	---	---	--	---

<p>Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, Ch.M. i Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. <i>Journal of Youth and Adolescence</i>, 48, 1668–1685. <a href="https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0">https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0</a></p>	<p>Principalment establir criteris per a crear programes eficaços en l'abordatge i promoció de salut mental a l'escola.</p> <p>Identificar els temes dels programes escola de promoció de la salut mental i avaluar el seu efecte vers l'alumnat.</p> <p>Determinar l'efecte segons la demografia dels destinataris.</p>	<p>Metanàlisi. (42 articles), 7310 adolescents, de 11–18 anys. Bibliografia entre 1990 i 2018.</p> <p>“Meta-analyses” per avaluar (estrès, ansietat i depressió).</p> <p>“Meta-regression” avaluar els programes i la influència sobre els diferents factors: sexe, gènere, edat, raça.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Anxiety, Depression, Health policy, Stress, Meta-analysis.</p>	<p>1. Estimació: el 31.9% d'adolescent entre 13–18 anys estan o estaran diagnosticats de T. Ansietat, el 31.5% experimentaran simptomatologia depressiva. Estimacions recents suggereixen: major incidència en la depressió, 37% (entre 2005 i 2014). Es desconeix el % de símptomes catalogables com a clínics, s'intueix poden ser elevats. Símptomes Depressió i Ansietat són indicadors d'estrès, porten gran comorbiditat, solen ser antecessors de més trastorns.</p> <p>2. Normalització dels símptomes: factor de risc, impedeix demanar ajuda o intervenir-hi. Imprescindible estudiar símptomes per crear programes eficaços, així com evitar la internalització de simptomatologia.</p> <p>3. Intervenció. Prioritat: reduir estigma per facilitar demanda d'ajuda, donar suport. Avantatges programes escolars: arriben a molta gent, logística fàcil, milloren les relacions entre companys, professors i professionals dels programes. Aporten informació sobre l'alumnat (diagnòstic i prevenció). Millor salut mental - millor rendiment acadèmic. El tipus de programa, la cultura, condicions socioeconòmiques i el gènere dels participants influeixen en l'efecte del programa, però calen més estudis per determinar de quina manera, especialment el gènere. Necessitat: ampliar els programes, detecció, prevenció i intervenció per ordre de prevalença. Implementació : assignatura o mòdul setmanal o extraescolar per reducció simptomatologia i estigma (demanda d'ajuda)</p> <p>5. La T. Cognitivo Conductual es considera més efectiva per la depressió i l'ansietat que la resta de teràpies. Programes escolars per regular l'ansietat: bons resultats en infants, no en adolescents. En general els programes universals per reduir la depressió i l'ansietat en general van ser efectius, els de l'estrès no. Estrès: s'estima que els programes dirigits a grups concrets son més efectius que els universals tot i tenir una duració menor. Ansietat: Gran variabilitat de programes –gran diversitat d'efecte. En general es consideren eficaços, però no queda clar la duració de l'efecte (menys de 6 mesos o +). Programes universals: més llargs, més efecte. Les dades apunten que per als programes enfocats a grups determinants és necessari més temps que per als universals. Depressió: els programes per grups específics són més efectius. Edat, raça, caract. dels participants, <i>admin's</i>. del curs, efecte sobre el resultat, no és possible establir la relació directa.</p>	<p>1. Heterogeneïtat dels programes; alguns no tenen en compte el gènere, condicions socioculturals.</p> <p>2. Heterogeneïtat en l'avaluació dels efectes de cada programa.</p> <p>3. Manca d'informació detallada, biaixos de la mostra.</p> <p>4. Moltes de les mesures aportades als programes provenen de informació autoreportada.</p>
---	--	---	--	---

<p>Das, J.K., <a href="#">Salam</a>, R. A., <a href="#">Khan</a>, M. N., <a href="#">Mahmood</a>, W., <a href="#">Patel</a>, V. i <a href="#">Bhutta</a>, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. Journal of Adolescent Health, 59(4), 49-60. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020. PMID: 27664596; PMCID: PMC5026677.</p>	<p>Revisar d'intervencions enfocades a la salut mental en l'adolescència en l'àmbit familiar i individual, escolar, comunitari, i en plataformes digitals, per tal de determinar o obtenir guies i criteris per a una millor qualitat dels programes.</p>	<p>Revisió sistemàtica. (38 articles, 12 intervencions a l'escola). Bibliografia publicada fins al 2015, intervencions en població entre 11 i 19 anys.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Adolescent Health, Mental Health, Suicide, Depression, Anxiety, Eating disorders.</p>	<p>1. Depressió i ansietat: efectivitat d'intervencions grupals dirigides i intervencions de TCC (8-12 sessions). Efectivitat de mesures precoces en prevenció de la depressió. Reducció simptomatologia (Dep i Ans): de 21 a 1,4 (segons escala). Prevenció suïcidi: intervencions grupals aula - increment del coneixement sobre suïcidi i coneixement en prevenció (efecte immediat). Efectes sobre comportament suïcides-no concloents. Benestar social i emocional dels adolescents (intervencions a curt plaç): detecció de barreres, desigualtats, eines en emoció i conducta, promoció de la inclusió i solidaritat, impacte positiu immediat (16 est) . Reducció de simptomatologia (angoixa, problemes de conducta externalització de malestar de forma desadaptativa): Efectivitat d'intervencions breus centrades en resolució de problemes com a eina. Els programes enfocats a promoure habilitats per la vida i resiliència en països de ingressos mitjos-baixos són útils en la promoció de: autoestima, motivació, autoeficàcia. Es van obtenir resultats mixtos en funció del gènere i l'edat (no queda clar quins factor expliquen aquests resultats). Infermera escolar: poc efectiva, en aportació d'eines, informació i en la detecció de casos o problemàtiques de salut mental. Programes enfocats, adolescents " LMHD" van aportar resultats negatius. Les característiques (recursos econòmics baixos , i entorns escolars) com a possibles conseqüències de l'impacte negatiu. Orientació: Cal crear programes que aportin recursos i habilitats, TCC grupal i individual, i teràpia interpersonal.</p> <p>2. Programes comunitaris: activitats creatives es relacionen amb efectes positius en trastorns del comportament, autoconfiança, autoestima, autoconeixement i activitat física. Activitats creatives: Música, dansa, teatre, arts plàstiques, esports, suggereixen efectes positius en la millora del comportament, confiança en un mateix, autoestima, autoconeixement. La varietat d'estudis i activitats impedeix afirmar o generalitzar resultats. Programes familiars: efectivitat de l'entrenament a famílies en la detecció i suport mitjançant habilitats socials de la depressió i els seus símptomes (15 estudis). Les intervencions individuals ( inclosos els intents de donar suport) ajuden a reduir les simptomatologies, a gestionar les situacions d'estrès i aporten recursos als i les adolescents.</p> <p>3. Els programes online per a l'ansietat i l'estrès no donen resultats concloents. Exercici físic es valora com a factor protector de la depressió i l'autoestima, però no de l'ansietat. Les intervencions individuals i familiars no van tenir efecte en els TCA, almenys en relació a l'IMC.</p>	<p>1. Heterogeneïtat: gran quantitat de publicacions i excés de diversitat dels resultats i estudis realitzats.</p> <p>2. Diversitat de factor implicats i falta d'informació detallada sobre gènere, edat, mostra, etc. dificulten la mesura de l'efecte i de les intervencions.</p> <p>2. Impossible realitzar metanàlisis, els quals es consideren necessaris per a poder extreure resultats concloents.</p>
--	---	---	---	---

<p>Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. i Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical Psychology Review</i>, 51, 30-47. ISSN 0272-7358, <a href="https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005">https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005</a>.</p>	<p>Proporcionar una avaluació integral dels assaigs controlats aleatoris de programes per al prevenció de la depressió i l'ansietat en infants i adolescents en entorns escolars.</p>	<p>Revisió sistemàtica: Bibliografia fins a febrer de 2015. 81 estudis de programes escolars, 31794 estudiants entre 5 i 19 anys.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Meta-analysis Systematic-review School-based Depression Anxiety</p>	<p>1. Dades: Als 18 anys prop del 20% viurà episodis depressius o d'ansietat, entre un 10% i un 50% es cronifiquen i/o comporten comorbiditat. Es relacionen amb l'aparició d'altres conductes de risc per a la salut mental i la salut (drogues, suïcidi, violències). S'estima que la prevenció pot evitar un 22% de nous casos de depressió. Retarda o disminueix l'aparició de símptomes. Tipus de programes: Depressió - resultats significativament millors en grups concrets "targeted". En l'ansietat no queda clar. Programes universals: reducció de l'estigma, no selecció, prevenció (anticipació).</p> <p>2. Orientació Intervenció: necessitat d'intervenir en edats tempranes, no quan s'han establert certs patrons de conducta - responen pitjor al "tractament". Molts joves i adolescents no tenen accés a aquets serveis. Es destaca el context escolar com el ideal per fer aquest tipus de prevenció, donar eines i detectar casos.</p> <p>Resposta a la crítica que posa en dubte la prevenció (per efecte lleu): En prevenció un efecte lleu té grans beneficis (aprox. 53 % de reducció internalització d'un trastorn entre 6-9 mesos després del programa). (4 revisions apunten = en ansietat i estrès). Es recomana combinar P. Universals i en grups específics. Paper actiu del professorat durant el programa i després d'aquest, creant debats i refrescant idees.</p> <p>2. Gran confusió sobre quin criteris garanteixen efectivitat en els programes. Depressió: més efectius quan els donen els professionals i quan es dediquen exclusivament als col·lectius més vulnerables. Edat (factor clau en resultats). Programes depressió: més eficaços ens infants que adolescents. Cal treballar abans de l'aparició dels trastorns clínics, als 11 i 14 anys aprox. Ansietat: més efectius si els dona personal docent. Efecte del programa 6 i 12 mesos màxim. Cal trobar els factors que determinen durabilitat, proposa: introduir sessions de reforç. La duració (45 -60 minuts) i nombre de sessions ( 2 a 40 sessions) i temporització dels programes és molt variada (mediana 10 sessions 10 setmanes).</p> <p>De totes maneres les dades necessiten més evidències per ser afirmades, ja que hi ha molta falta d'informació sobre antecedents, relació tractament fora de l'escola, influència de l'entorn, variables de gènere, sexe, influència de l'edat del context del centre, del tipus de professionals, de professorat que l'imparteix i de la seva formació.</p>	<p>1. Pobra qualitat d'alguns estudis inclosos en la revisió i heterogeneïtat moderada.</p> <p>2. Manca una explicació més detallada que permeti identificar els factors que donen millors resultats, manca de grups control, possibles biaixos de les característiques de la mostra i en l'avaluació dels programes (escales i mètodes molt diversos).</p>
---	---	--	---	---

<p>Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., McElwaine, K., Tremain, D., Bartlem, K., Bailey, J., Small, T., Palazzi, K., Oldmeadow, C. i Wiggers, J.(2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry, 56, 10, 813-824.</p>	<p>Examinar les diferents mesures dels programes escolars i intervencions (assajos controlats) de l'àmbit escolar centrats en la resiliència, a escala mundial .</p> <p>S'analitzen els següents símptomes segons metanàlisis: ansietat, depressió, problemes de conducta, ansietat, depressió, problemes de internalització i/o externalització, hiperactivitat.</p>	<p>Revisió sistemàtica.</p> <p>Mostra: Dos subgrups per edats 5- 10 i 11-18 anys</p> <p>(57 articles - 49 mitjançant metanàlisis).</p> <p>Classificació articles:  - Assajos: segons duració menys de 12 mesos o més de 12 mesos,  - Narratius.</p>	<p>1. Intervencions centrades en promoció – resiliència: efectives per als dos subgrups en els següents símptomes: depressió, internalització de problemes, externalització de problemes i ansietat. Subgrup 5-10: més efecte en ansietat i ansietat, Subgrup 11-18: més efecte en Internalització de problemes.</p> <p>- Destacable Efectivitat dels programes i intervencions a curt termini per a l'ansietat i la depressió, especialment en TCC conductual. A llarg termini es va demostrar l'efectivitat per a: internalització de problemes.</p> <p>2. Gènere: diferències segons el gènere són poc significatives i no aporten dades concloents (15 de 18 assajos). Es relaciona els símptomes depressius amb els més susceptibles a diferències de gènere, però no hi dades concloents.</p> <p>En els símptomes d'ansietat tampoc es troba diferències de gènere en la majoria d'intervencions (8 de 10). Els 2 restants van trobar més efectivitat en el grup de noies a curt termini, però a llarg termini no van trobar diferències significatives. Calen més investigacions per veure els efectes diferencials de les mesures en funció del gènere, factors protectors i factors de risc als quals cal intervenir. Tot i això queda clar que segons la intervenció es pot produir efectes diferents segons el gènere.</p> <p>3. Les intervencions basades en la resiliència tenen un efecte significatiu a l'hora de millorar la simptomatologia i de reduir factors de riscos o promoure factor de protecció.</p>	<p>1. Nombre limitat d'assajos. Per obtenir dades significatives cal realitzar més revisions amb metanàlisis en diversos subgrups i variables.</p> <p>2. Heterogeneïtat: la diversitat d'intervencions, la qualitat dels estudis i els biaixos en les mostres dificulten extreure resultats més concloents.</p>
---	---	---	--	---

<p>Andre, P. i McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. <i>Computers in Human Behavior</i>, 114, 106414. ISSN 0747-5632, <a href="https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106414">https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106414</a>.</p>	<p>Revisió sistemàtica amb l'objectiu d'explorar i descriure la bibliografia referent a la problemàtica derivada de l'ús del smarthphone (PSU) i guiar i proposar noves metes a la investigació futura.</p> <p>També vol investigar factors de risc i protecció davant PSU: edat, gènere, educació i contextos.</p>	<p>Revisió sistemàtica. (293 articles) Bibliografia de de 2008 a 2019.</p>	<p>1. Gènere: Les dones utilitzen més les xarxes socials i els nois fan un ús instrumental: vídeos o jocs. Gènere com a moderador de l'ús del smartphone, depèn de la cultura del lloc i context concrets, té impacte negatiu en ambdós generes(dades concloents). No queda clar l'efecte concret que té en homes i dones. En el grup de persones addictes, les dones tenen una major prevalença, però hi ha estudis que indiquen pitjors efectes en la salut mental dels homes pel que fa a externalització de conductes desadaptatives, ira o perdre el control per exemple, (no concloent)</p> <p>2. Conseqüències especialment negatives: per la salut mental i el benestar: en la qualitat i hores de son, conflictes familiars, imaginació de senyals inexistents "phantom signals", depressió i ansietat, abstinència, baixa productivitat, degradació de les relacions socials, salut física i benestar emocional. Comparació amb altres addiccions i conseqüències: dependència psicològica incontrolada de l'ús, ansietat i abstinència, símptomes d'ansietat i depressió quan no és accessible. El PSU degrada les relacions familiars, adolescents-família, especialment en nois.</p> <p>3. F. de Risc: baixa capacitat per autoregular-se. Les persones amb un baix autocontrol poden utilitzar el mòbil per gestionar l'estrès. Està associats a problemes de depressió, ansietat, ira i estrès. Actua com a mecanisme de gestió i en el cas de la depressió s'apunta a una relació bidireccional. També s'associa a les persones amb baixa autoestima a un possible PSU. S'intueix que els adolescents són més pensosos al PSU.</p> <p>4. Com a estratègies d'intervenció: Millorar la informació: campanyes anunciant els perills, especialment a l'escola és un context ideal. Millorar les capacitats: no només les capacitats individuals d'autoregulació sinó aquelles que permeten ajudar als iguals. Promoure la capacitat de gestionar emocions, de demanar ajudar, i de controlar els mecanismes de la recompensa immediata, autoregulació. Millorar les capacitats i gestió emocional de la família, així com la seva conscienciació en el tema per a poder abordar aquesta problemàtica des de la prevenció. Estratègies de reforç de conducta: promoure relacions cara a cara, esport, ensenyar a realitzar horaris i controlar les hores que es dediquen a casa cosa.</p>	<p>1. És la primera revisió d'aquestes característiques i no pot assegurar que inclou absolutament tota la literatura que existeix sobre el tema.</p> <p>2. Les dades agrupen investigacions amb poblacions de diferents països i per tant existeix la possibilitat que alguns resultats depenguin de factor múltiples que no s'han tingut en compte o que varien en funció del context.</p>
--	---	--	---	--

<p>Tejada-Gallardo, C., Blasco-Belled, A., Torrelles-Nadal, C. i Alsinet, C. (2020). Effects of School-based Multicomponent Positive Psychology Interventions on Well-being and Distress in Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Journal of Youth and Adolescenc</i>, 49, 1943–1960.</p>	<p>L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica és avaluar i comprar l'efecte immediat però en moltes ocasions també durador de les intervencions basades en la psicologia positiva en l'increment del benestar i en la reducció dels símptomes més comuns de problemàtica de salut mental, depressió, ansietat i estrès en adolescents.</p>	<p>Revisió sistemàtica. (9 articles inclosos) Estudis: assajos controlats aleatoris i assajos controlats no aleatoris (amb condició de control) mostra: alumnat de 10–18 anys.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Positive psychology, Well-being, Intervention, Multicomponent, School, Meta-analysis.</p>	<p>1. Les intervencions multicomponent basades en psicologia positiva són efectives en la millora del benestar subjectiu dels adolescents així com en la reducció dels símptomes depressius.</p> <p>2. No es van trobar efectes per als símptomes d'ansietat i no es van analitzar els efectes sobre l'estrès per falta d'estudis. Les evidències apunten a que els efectes positius vers la depressió perduren a llarg termini. En ansietat els efectes només es poden verificar a curt termini, però apunta a que la causa de no perllongar-se és la tendència a la reducció del benestar psicològic durant la meitat i final de l'adolescència.</p> <p>3. Destaca la gran inversió en intervencions destinades a trastorns de salut mental en comparació amb les poques mesures que es dediquen a promoure el benestar dels i les adolescents. Les intervencions multicomponent són apropiades per als adolescents i els contextos escolars. Perquè siguin efectives cal introduir-les al currículum escolar, no de forma aïllada, proporcionant a l'alumnat eines útils per a la promoció de la seva salut mental i a un baix cost (comparat amb intervencions individuals en perfils clínics).</p> <p>- Factors que milloren els efectes de la intervenció: Adaptar-la a l'alumnat i temps actuals. Combinar intervencions multicomponent amb altres intervencions de psicologia positiva.</p> <p><b>No aporta informació relativa al gènere.</b></p>	<p>1. Falta d'estudis per analitzar l'efecte sobre l'estrès.</p> <p>2. El nombre reduït d'articles analitzats requereix interpretar els resultats amb cautela.</p> <p>3. Manca de revisions prèvies sobre l'efecte de les intervencions multicomponent en adolescents.</p> <p>4. Nombre reduït d'articles inclosos per manca de qualitat o heterogeneïtat en les mesures, dificultat en la generalització.</p> <p>5. Possible omisió de literatura referent a la temàtica, per el tipus de recerca realitzada.</p>
--	--	---	--	--



<p>Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Purcell, R. i Rice, S. M. (2019) Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. PLoS ONE 14(5): e0216955.  <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216955">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216955</a></p>	<p>Avaluar els programes comunitaris i escolars basats específicament en homes joves entre 12 i 25 anys. Aquest document avalua intervencions i programes, en grups universals o específics mesurant el resultat a partir de criteris psicològics i psicosocials referents a la masculinitat.</p>	<p>Revisió sistemàtica. (40 articles, 52,5% alta qualitat). Bibliografia de 1998 a 2018, sobre intervencions i programes centrades en el benestar masculí.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Intervention, Health, Young Men, Masculinity</p>	<p>1. Homes: adolescents i joves, més risc de perpetrar o patir agressions, % més alts de T. de Conducta, mort per accident o conducta suïcida (2-3 vegades més que en les dones) . Gran inconsistència entre les dades de benestar i salut autoreportades i les dades reals de salut (pitjors que les de les dones). Afirma que una persona amb gènere estereotipat té: pitjor compromís escolar, i els nois un pitjor rendiment. Clara relació entre comportament estereotipats masculins -- problemes de salut en general i la dificultat o no cerca d'ajuda. La masculinitat es crea en socialització, es posa a prova i s'aprèn través de la interacció amb l'entorn. En la adolescència influeix significativament la validació dels iguals. Les barreres per buscar ajuda formen part de l'estereotip masculí hegemònic, "no mostrar vulnerabilitat".</p> <p>2. Antecedents programes: Altres revisions han demostrat l'efectivitat de programes centrats en la salut mental i la violència en l'àmbit de la parella aportant bons resultats en grups mixtos, a través de metodologia experiencial, i tant en l'àmbit comunitari com l'escolar.</p> <p>3. Escola com un entorn ideal per aquests tipus de programes, especialment perquè és l'etapa adequada per fer-los i ajudar a l'externalització de problemes de salut mental i de les agressions que pateixen, especialment per altres homes.</p> <p>4. El 100% dels programes amb perspectiva de gènere centrada en nois va aportar bons resultats, comparat amb el 69% dels programes mixtes. <b>Consultar efectes concrets a la fitxa d'article: Gender-transformative, gender-sensitive, gender neutral.</b></p> <p>5. El pes de l'estigma en salut mental en homes i la resistència a buscar ajuda està relacionada amb la por o la vergonya, a més la baixa idoneïtat dels programes o mesures poden causar baixa implicació en la implementació en les escoles i centres. Es destaca la necessitat de crear programes específics per al gènere destinatari (en aquest cas homes) ja que tenen millors resultats, i són molt més valorats.</p>	<p>1. L'heterogeneïtat d'estudis i dades: impedeix fer un metanàlisis, impedeix comparar contextos, dissenys o d'altres elements condicionants.</p> <p>2. Tots els estudis de programes tenen efectes positius: s'intueix que els que donen efectes negatius no s'han publicat. Interpretació amb cautela dels resultats.</p> <p>3. L'idioma: exclusivament anglès.</p> <p>4. Cal més investigació que relaciona l'ideal hegemònic i estereotipat masculí amb la salut mental</p>
--	---	--	---	---

<p>Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. i Waite, P. (2021). <i>European Child &amp; Adolescent Psychiatry</i>, 30, 183–211 Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies.</p>	<p>Explorar i descriure les barreres i facilitadors que influencien als infants i adolescents a accedir o buscar a ajuda professional davant de les problemàtiques de salut mental.</p>	<p>Revisió sistemàtica, estudis qualitius i quantitius ( 53 articles, 30 qualitius i 22 quantitius). Bibliografia de 20 Recerca d'ajuda nomes per a l'ansietat, depressió i angoixa.</p> <p><b>Paraules clau:</b> Children, Adolescents, Mental Health, Barriers, Facilitators, Professional help</p>	<p>1. La majoria de trastorns mentals en adolescents no es tracten. Cal saber perquè no busquen ajuda i fer quelcom al respecte per promoure una millor salut mental. La majoria de problemes de salut mental comencen entre els 15 i els 18 anys. Menys de 2/3 tenen accés als serveis sanitaris.</p> <p>2. La majoria de barreres en la recerca d'ajuda són de caràcter individual o social i per tant es poden abordar a l'escola. <b>(Consultar fitxa d'anàlisi per informació més detallada)</b>, especialment l'estigma, la consciència i coneixement sobre quan és necessari demanar ajuda. Les barreres relacionades amb la dificultat de verbalitzar i parlar d'aquests temes són el motiu més comú, junt amb la naturalesa de les diferents simptomatologies depressiva o d'ansietat que provoca dificultat en la comunicació i presa de decisions. Les experiències passades poden actuar com facilitadors o barreres, és el facilitador més comú. Els estereotips, com buscar ajuda és de dèbils (principalment homes), el suport dels amics o xarxes d'iguals s'identifica com un factor facilitador especialment en nois.</p> <p>La investigació destaca el % de barreres i facilitadors referent a l'accés: Econòmic però també, logístic (transport fins al servei de psicologia), i molt important el tracte rebut per les institucions, així com temps d'espera (les males experiències en el primer contacte i el temps d'espera dificulten encara més predisposició a accedir als serveis d'atenció psicològica).</p> <p>3. Cal tenir en compte els potencials limitadors i facilitadors en funció del gènere, evidenciat en aquesta revisió (estereotips i rols, capacitat adquisitiva, mobilitat, estigma, edat...)</p> <p>4. Orientació: treballar l'estigma, promoure coneixements respecte a salut mental i incloure coneixements sobre que ofereix l'atenció psicològica professional (confidencialitat, recursos...) i com es pot accedir als serveis de salut mental. Incorporar debats sobre salut mental al dia a dia de l'escola, equipar-los al màxim per la resiliència i l'autoeficàcia, eines, pautes i estratègies per autoregular-se i ajudar-se mútuament entre adolescents. Normalitzar la recerca d'ajuda, trencar amb els falsos mites de l'ajuda professional i donar a conèixer quan és necessari buscar ajuda. Facilitar l'accés als serveis de salut mental, a nivell econòmic, plantejar nous canals d'accessibilitat (digital), tenir en compte la seva autonomia i seguiment. Treballar amb les famílies des de l'escola primària fins secundària.</p>	<p>1. Heterogeneïtat d'estudis i manca d'informació o detalls que dificulten la comparació i generalització dels resultats.</p> <p>2. Idioma: estudis en anglès.</p> <p>3. Rang de dates: Només inclou estudis fins al 2018, tot i ser publicat a 2021. Cal tenir-ho en compte.</p> <p>4. Els estudis quantitius sovint tenen biaixos per pèrdua d'informació detallada i sensible.</p>
---	---	---	--	---

<p>Kanga, Y., Rahrigh, H., Eichef, K., Nilesb, H. F., Rochad, T., Leppb, N. E., Goldb, J. i Britton, W. B. (2018). Gender differences in response to a school-based mindfulness training intervention for early adolescents. <i>Journal of School Psychology</i>, 68, 163 – 176.</p>	<p>Aquest estudi es centra en l'estudi del gènere com a potencial moderador dels resultats afectius en resposta a l'entrenament de mindfulness a l'escola. L'efecte en el benestar de les noies del grup control i grup meditació van ser significatius, experimentant un millor benestar en el grup meditació. En el grup dels nois els resultats van ser similars en els dos grups. En noies també es va informar d'un augment en l'autocompassió i un conseqüent augment en el benestar (sempre dades autoreportades).</p>	<p>Disseny experimental. 100 participants (6è), 46 noies i 54 nois. Duració de la intervenció: 6 setmanes, entre 4 i 5 cops per setmana, durant cada classe, i de 3 a 12 minuts de meditació (augment progressiu). Meditació guiada per personal docent experimentat (persones) : Una amb 5 anys d'experiència i l'altra amb la realització d'un curs de 8 setmanes. Mesures: Spielberger Anxiety Inventory-Child version (STAI-C, 20-items), Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R, 12-items), Self-Compassion Scale (SCS, 26-items).  Paurales clau: Mindfulness, Meditatio,n Gender difference, Early adolescence, Emotions, Affect.</p>	<p>1. Dones: mindfulness - augment en la autocompassió. L'equip d'investigació considera prioritari tractar en aquest àmbit a les dones que als homes per temes de prevalença. És útil per prevenir el deteriorament de l'afecte en les noies a partir de la preadolescència. L'autocrítica i les estratègies afectives desadaptatives son més freqüents en dones (en aquesta franja d'edat), és per aquest motiu que el treball de l'autocompassió els aporta un major benestar. Es suggereix que els models de mindfulness basats en la T.Cognitiva Conductual podrien tenir majors efectes en el gènere femení i ser més efectives.</p> <p>Homes: No es dona aquesta millora en autocompassió amb el mindfulness</p> <p>2. Explicació (mecanismes segons el gènere): Es considera l'efectivitat negativa com un dels factors que influencien més en les noies, l'autocrítica, la rumiació, trastorns de conducta alimentaria... Les estratègies d'afrontament també es mostren divergents entre nois i noies, les noies utilitzen una cerca de suport afectiu de forma més recurrent que els homes. És per aquest motiu que el mindfulness es més efectiu en dones i promou estratègies d'afrontament adaptatives, en comparació amb la baixa efectivitat del treball en "afecte" en homes.</p> <p>3. La prevalença en els trastorns i simptomatologies s'accentua a partir de la preadolescència, especialment en ansietat i depressió, i especialment en les dones.</p>	<p>1. Dades autoreportades</p> <p>2. L'escala STAI és un model modificat i per tant més susceptible d'error.</p> <p>3. La mostra forma part d'una escola privada amb un context particular "Caucasian background" vinculat a la meditació, fet que dificulta la generalització dels resultats.</p> <p>4. La mostra és reduïda, es necessita grups més grans i diversos.</p> <p>5. El temps de meditació és considera poc, per tant és necessari tenir en compte que pot condicionar l'efecte ens ambdós gèneres.</p>
--	---	---	--	--