



SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN ESPAÑA

Resultados del Estudio Longitudinal EMOChild

OBSERVA
INFANCIA

Observatorio Español
de la Salud Mental
Infanto-Juvenil

www.proyectoemochild.org
www.observainfancia.es

Proyecto Financiado por la Conselleria de Educación, Universidades y Empleo
de la Generalitat Valenciana (CIPROM/2021/031)



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Educació,
Universitats i Empreu
CIPROM/2021/031

Edita:

Grupo de Investigación Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con Niños y Adolescentes (AITANA)
Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia
Universidad Miguel Hernández
Av. de la Universidad s/n. 03202 Elche (Alicante) España
<http://centroinvestigacioninfancia.umh.es>

Autores:

Mireia Orgilés
Víctor Amorós-Reche
Alexandra Morales
José Pedro Espada

Equipo técnico:

M^a Jesús Bleda
María Teresa Gonzálvez
Melissa Liher Martínez Shaw
Diego José Sáez Rodríguez
Pablo Santaolalla Rueda

Diseño Gráfico:

| TARSA Comunicación

ISBN: 978-84-09-80619-5

Diciembre 2025

Cómo citar este documento:

Orgilés, M., Amorós-Reche, V., Morales, A. y Espada, J. P., (2025). Salud Mental en la Población Infanto-Juvenil en España: Resultados del Estudio Longitudinal EMOCHILD. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández.
<https://observainfancia.es/informes/>

índice

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA	5
3.1. El estudio EMOChild	5
3.2. Participantes	8
3.3. Variables e instrumentos	9
3.4. Análisis estadísticos	12
4. RESULTADOS	12
4.1. Problemas internalizados en 2025	12
4.2. Evolución de problemas internalizados (2023-2025)	13
4.3. Conducta suicida y conductas autolesivas no suicidas	14
4.4. Factores de riesgo y protección de la sintomatología emocional	16
5. CONCLUSIONES	20
6. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS	24



1. INTRODUCCIÓN

La salud mental en la infancia y la adolescencia se ha convertido en una prioridad para la salud pública. Antes de la pandemia, la prevalencia mundial de trastornos depresivos y de ansiedad se estimaba en un 2,6 y 6,5%, respectivamente (Polanczyk et al., 2015), cifras que estudios europeos posteriores elevan ligeramente (Sacco et al., 2024). La llegada del COVID-19 en 2020 marcó un punto de inflexión, con un notable incremento de los problemas emocionales en niños y adolescentes (Bie et al., 2024), que llegaron a estimarse en los síntomas depresivos entre el 23% y el 27%, y en los síntomas de ansiedad entre el 20,5% y el 26% (Alizadeh et al., 2023; Maggu et al., 2023). Este aumento de las dificultades emocionales pareció mantenerse hasta el 2022 (Korczak et al., 2024). Ese mismo año, el estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) aportó datos relevantes sobre la adolescencia en España. A pesar de la recuperación del contacto social, uno de cada diez adolescentes percibía bajo apoyo de sus amistades, y una proporción ligeramente superior informaba haber sufrido algún tipo de acoso escolar. En contraste, el contacto diario a través de medios electrónicos era común en un tercio de los adolescentes. El incremento en el uso de dispositivos digitales no estuvo exento de riesgos, siendo utilizados por la mitad de los adolescentes como estrategia de afrontamiento ante emociones desagradables (Moreno et al., 2025).

Existe amplio consenso científico sobre la relación entre el uso de redes sociales y una peor salud mental, autoestima e insatisfacción corporal (Fassi et al., 2024). En este sentido, los datos del HBSC de 2022 reflejan una elevada prevalencia de insatisfacción corporal entre las chicas de 15 y 16 años. La disminución del apoyo social, el impacto del contexto digital y el alto estrés académico podrían explicar que los adolescentes que experimentaban dos o más malestares psicosomáticos semanales aumentaran en un 37% de 2018 a 2022. Tras la pandemia, además, un 11% manifestaba una baja satisfacción con su vida (Ministerio de Sanidad, 2025a). En la misma línea, el porcentaje de niños y adolescentes que se describían como tristes, preocupados o infelices pasó del 19,5% en 2019 al 32% en 2022 (Fundación Gasol, 2023). Estos hallazgos sugieren que la pandemia supuso un antes y un después en el bienestar emocional de la población infanto-juvenil.

Durante el curso 2023-2024, cuatro de cada diez adolescentes afirmaron haber tenido algún problema de salud mental en los últimos 12 meses, la mitad de los cuales no había solicitado ayuda (Ramos et al., 2024). A esta situación se suman datos especialmente sensibles. En 2024, los suicidios en jóvenes de entre 10 y 19 años ascendieron a 89, según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (2025). Ese mismo año, la línea 024 atendió más de 8.000 llamadas de menores de 19 años (Ministerio de Sanidad, 2025b) y la Fundación ANAR (2024a) registró un incremento de los casos atendidos por ideación o intento de suicidio y autolesiones. Seis de cada diez casos atendidos se relacionaban con problemáticas asociadas al uso de tecnologías, como la adicción o el *ciberbullying* (Fundación ANAR, 2024b). Aunque el uso problemático de Internet ha descendido ligeramente desde 2021, los adolescentes españoles siguen conectados con fines lúdicos una media de cinco horas diarias entre semana y siete horas los fines de semana, con un uso mayor a medida que aumenta la edad y especialmente elevado en las chicas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2024).

Informes previos del Observatorio de la Salud Mental Infanto-Juvenil (Orgilés et al., 2024) ya habían señalado la creciente preocupación de familias y profesionales ante estas tendencias y la aparición de nuevos desafíos. El presente informe culmina el Proyecto EMOChild, que entre 2022 y 2025 ha contribuido a comprender de forma integral los problemas emocionales en niños y adolescentes españoles. En las siguientes secciones se presentan los principales resultados longitudinales sobre dificultades emocionales, junto con la identificación de posibles factores de riesgo asociados. Estos hallazgos pretenden ofrecer una visión actualizada del estado de la salud mental infanto-juvenil a nivel nacional y proporcionar evidencias útiles para diseñar estrategias eficaces de prevención e intervención.

2. OBJETIVOS

1. Observar la evolución de casos con niveles de precaución y clínicamente significativos de psicopatología internalizada en niños y adolescentes españoles en tres medidas anuales.
2. Explorar la evolución de la prevalencia de ideación e intentos de suicidio, así como autolesión no suicida, en adolescentes españoles entre estos tres momentos temporales.
3. Estudiar factores de riesgo y protección asociados a los síntomas emocionales.
 - 3.1. Explorar relaciones con vínculos familiares y con iguales.
 - 3.2. Explorar relaciones con bienestar con el entorno escolar y calificaciones.
 - 3.3. Explorar relaciones con uso de redes sociales, videojuegos y sustancias.

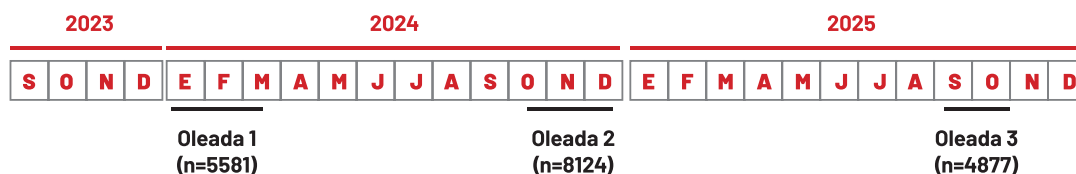
3. MÉTODO

3.1. El estudio EMOChild

EMOChild, el estudio del que surgen los resultados de este informe, es un proyecto de investigación financiado por la convocatoria PROMETEO de la Generalitat Valenciana (CIPROM/2021/031). Su objetivo es examinar de forma longitudinal las dificultades emocionales en una muestra amplia de niños y adolescentes de toda España. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández (DPS.MOA.02.21).

El estudio se llevó a cabo en tres momentos de evaluación (01: enero-marzo de 2024, 02: octubre-diciembre de 2024, 03: septiembre-octubre de 2025, Figura 1), con intervalos de entre 9 y 11 meses entre cada uno. En cada oleada, los estudiantes completaron cuestionarios autoinformados dentro del contexto escolar. La muestra incluyó a alumnado de toda España que cursaba desde 3º a 6º de Educación Primaria y de 1º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En las oleadas 02 y 03 también participaron estudiantes de Bachillerato y Ciclos Formativos.

Figura 1. Cronograma del estudio y oleadas de evaluación.



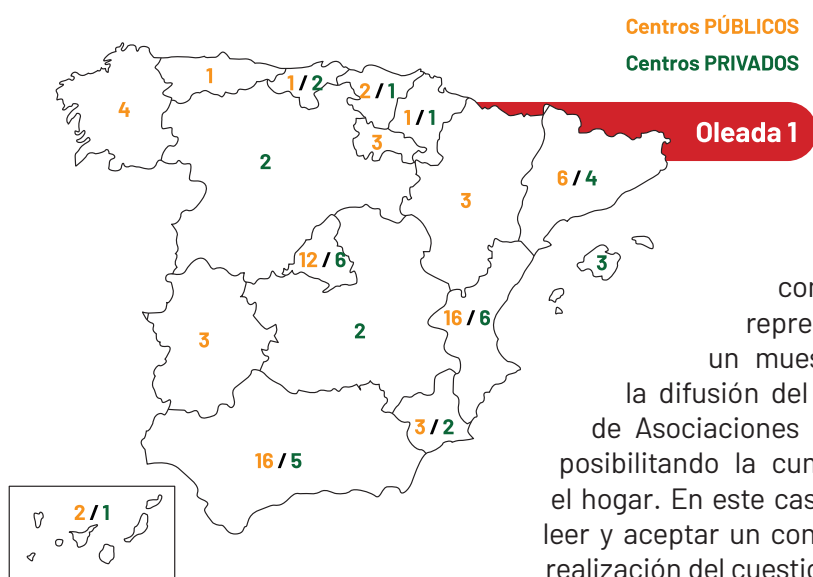
Antes de iniciar la primera oleada (01), se definió un objetivo de selección de centros educativos atendiendo a tres criterios: Comunidad Autónoma, titularidad (pública o privada) y etapa educativa (centros con estudios de Primaria o Secundaria). A partir de estos criterios, se obtuvieron listados del Ministerio de Educación y Formación Profesional, que fueron organizados y ordenados aleatoriamente. Solo se reclutaron centros públicos y concertados de aquellas comunidades autónomas cuyos organismos competentes autorizaron la participación.

El contacto con los centros educativos se realizó por orden mediante llamadas telefónicas y correos electrónicos, informando sobre los objetivos del proyecto y destacando tanto la voluntariedad de la participación como la posibilidad de abandonarla en cualquier momento. Con cada centro que aceptó participar se acordó un mínimo de dos clases. El alumnado debía contar con un nivel de castellano o catalán equivalente al A1 y ser capaz de comprender las preguntas del cuestionario. Asimismo, se distribuyó un consentimiento informado dirigido a las familias, donde se explicaba la finalidad del estudio, su carácter voluntario, la posibilidad de abandono y el tratamiento de los datos. Solo se incluyó en la investigación a los niños y adolescentes cuyo progenitor o tutor legal firmó dicho consentimiento. El alumnado de Educación Secundaria completó, además, un consentimiento informado adicional.

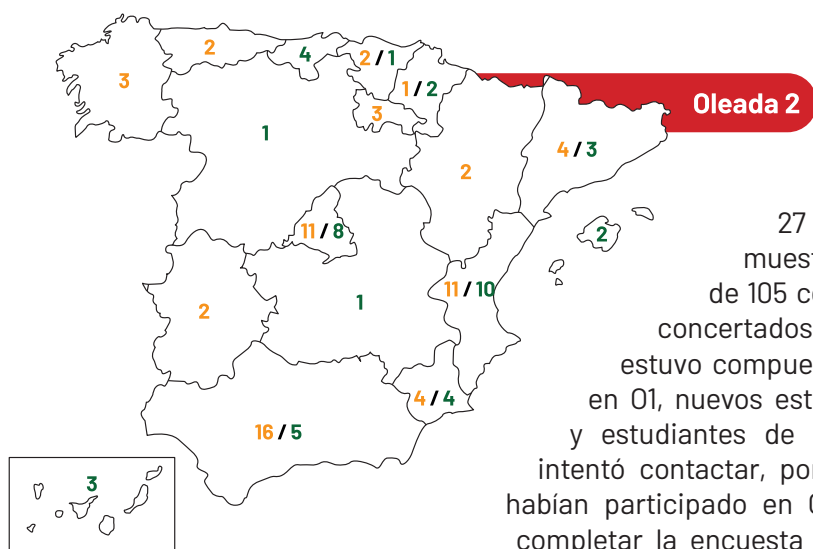
La evaluación se realizó a través de la plataforma *LimeSurvey*, utilizando ordenadores o tabletas, con una duración aproximada de entre 20 y 50 minutos según la oleada y la etapa educativa. Los participantes cumplieron la encuesta individualmente, en un único dispositivo, dentro de aplicaciones grupales de hasta 50 estudiantes, garantizando la privacidad de sus respuestas.



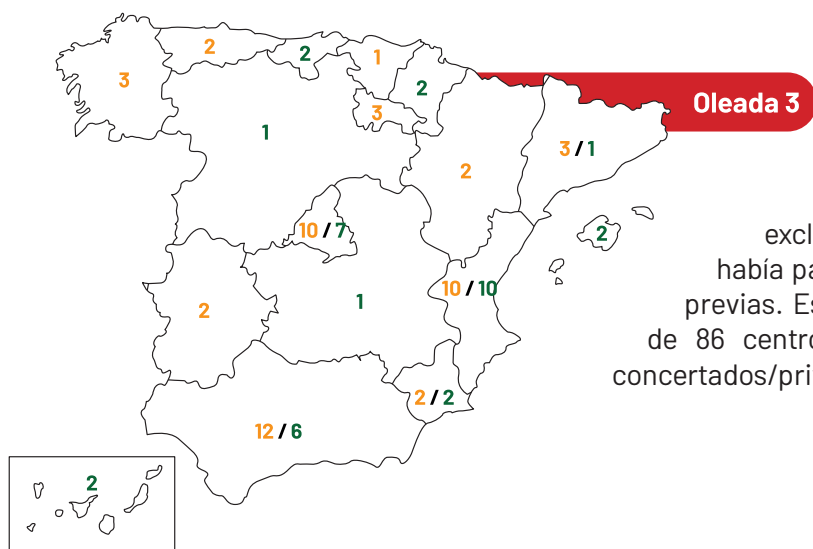
Figura 2. Centros educativos participantes en cada oleada.



La Figura 2 muestra la distribución de centros participantes por comunidades autónomas en cada oleada. En O1 participaron 108 centros educativos (73 públicos y 35 concertados/privados). Con el fin de aumentar la participación en comunidades autónomas con menor representación, se implementó también un muestreo de bola de nieve mediante la difusión del estudio a través de Federaciones de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos, posibilitando la cumplimentación de la encuesta en el hogar. En este caso, el progenitor o tutor legal debía leer y aceptar un consentimiento informado previo a la realización del cuestionario por parte del menor.



En la segunda oleada (O2), el 72% de los centros que participaron en O1 continuaron en el estudio, y se incorporaron 27 centros adicionales mediante un muestreo incidental, alcanzando un total de 105 centros educativos (61 públicos y 44 concertados/privados). La muestra objetivo estuvo compuesta por el alumnado que participó en O1, nuevos estudiantes de esos mismos centros y estudiantes de los centros añadidos en O2. Se intentó contactar, por correo electrónico, con quienes habían participado en O1 pero no en O2, invitándoles a completar la encuesta desde sus hogares; asimismo, se reenvió la encuesta a quienes habían participado mediante muestreo de bola de nieve.

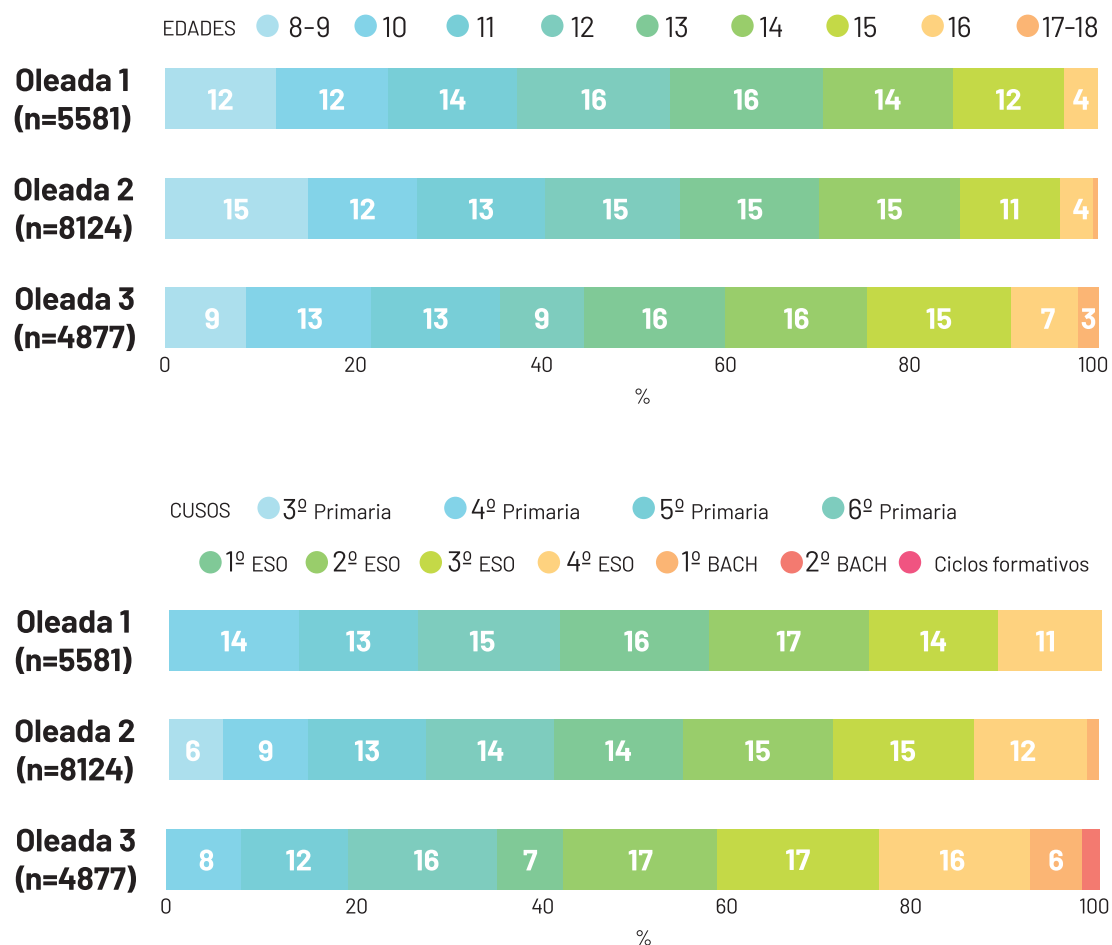


En la tercera oleada (O3), la muestra objetivo se limitó exclusivamente al alumnado que había participado en alguna de las oleadas previas. Esta fase contó con la colaboración de 86 centros educativos (50 públicos y 36 concertados/privados).

3.2. Participantes

Participaron 10.831 escolares de entre 8 y 18 años en alguna de las tres oleadas: O1 ($n = 5.581$, 50,6% chicas), O2 ($n = 8124$, 51,8% chicas) y O3 ($n = 4.877$, 51,9% chicas). La Figura 3 presenta las características de los participantes.

Figura 3. Distribución de edades (arriba) y cursos (abajo) en cada oleada.



3.3. Variables e instrumentos

3.3.1. Variables sociodemográficas

Se recogió la edad, sexo/género y calificaciones habituales (1 = Normalmente suspensos a 5 = Normalmente sobresalientes). Esta última variable no se incluyó en las comunidades autónomas cuyos organismos responsables así lo solicitaron. También se tuvo en cuenta el curso de los participantes.

3.3.2. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández-Pinto et al., 2015)

Este instrumento evalúa de forma dimensional distintas variables de psicopatología, dificultades y recursos personales en niños y adolescentes. Se utilizó la versión autoinformada para Educación Primaria y Secundaria. Ambas versiones coinciden en la mayoría de las dimensiones evaluadas, con ligeras variaciones en ítems que captan los matices de cada etapa. Las dimensiones marcadas con un asterisco (*) solo están incluidas en la versión para Secundaria. Se utilizaron las siguientes dimensiones de problemas internalizados:

- **Depresión:** Bajo estado de ánimo, anhedonia, falta de energía, sentimientos de inutilidad y culpa, indefensión y/o pensamientos relacionados con la muerte.
- **Ansiedad:** Malestar subjetivo caracterizado por preocupaciones recurrentes y duraderas y tensión emocional, nerviosismo, sobreactivación fisiológica y reacciones de temor.
- **Ansiedad social:** Presencia de sintomatología ansiosa en contextos de interacción social (con personas desconocidas, en grupo o u otros escenarios) en los que el niño o adolescente presenta miedo a ser evaluado negativamente.
- **Quejas somáticas:** Existencia de síntomas físicos (dolores, mareos, cansancio, etc.) sin una causa orgánica explicable, que se relacionan con alteraciones emocionales de ansiedad o depresión.
- **Sintomatología postraumática:** Reacciones emocionales intensas, relacionadas con el estrés derivado de la vivencia o el conocimiento de situaciones altamente peligrosas para la integridad física personal.
- **Obsesión-compulsión (*):** Presencia de pensamientos recurrentes e intrusivos que producen malestar y que la persona intenta evitar de forma pasiva o activa mediante comportamientos repetitivos.
- **Problemas de la conducta alimentaria (*):** Dificultades como la insatisfacción corporal, conductas de atracones de comida y/o compensatorias, y preocupación por la delgadez, el peso y/o la alimentación.

Asimismo, para el estudio de factores relacionados con estos problemas internalizados, se tuvieron en cuenta estas dimensiones:

- **Problemas con la familia:** Grado de tensión, incomprensión y falta de apoyo e interés familiar percibido.
- **Integración y competencia social:** Habilidad para iniciar y mantener relaciones de amistad con iguales, integrarse y sentir comodidad en grupos sociales.
- **Problemas con la escuela:** Nivel de rechazo hacia el entorno escolar, el estudio y el profesorado.

Cada ítem consta de 5 opciones de respuesta. Las subescalas se transformaron a puntuaciones T (de media 50 y desviación típica 10) con baremos específicos para cada edad y versión (Primaria o Secundaria), utilizando como referencia a todos los participantes del proyecto con esa misma edad y que hubieran completado esa versión en cualquiera de las tres oleadas.

3.3.3. Escala Paykel de Suicidio

(PSS; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Paykel et al., 1974)

Compuesta por cinco ítems que evalúan la presencia de distintos grados de conducta suicida (ideación pasiva y activa e intento). La escala se administró únicamente a los participantes que cursaban de 1º de ESO en adelante y no se aplicó en los centros públicos de aquellas comunidades autónomas cuyos organismos responsables así lo solicitaron. Debido a la sensibilidad del tema, la escala solo se presentó al participante si el ítem del SENA que evalúa el deseo de morir se respondió con la segunda categoría de respuesta ("Pocas veces") o una superior. En caso de que el ítem se respondiera con la primera categoría ("Nunca o casi nunca"), se asumió que la respuesta del participante a la escala habría sido negativa.

3.3.4. Preguntas *ad hoc* sobre autolesiones no suicidas

Se formularon cuatro preguntas sobre autolesiones no suicidas.

1. ¿Alguna vez has pensado en hacerte daño sin tener intención de morir/quitarte la vida? (por ejemplo, cortarte o hacerte quemaduras).
2. ¿Alguna vez te has hecho daño sin tener intención de morir/quitarte la vida?
3. ¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo para lesionarte intencionadamente, sin tener intención de morir/quitarte la vida?
4. Durante los últimos 12 meses: ¿Cuántas veces te has dañado sin tener intención de morir/quitarte la vida?

Las preguntas 2, 3 y 4 se mostraban solo si la pregunta 1 se respondía afirmativamente, mientras que las preguntas 3 y 4 se mostraban solo si la pregunta 2 se

respondía afirmativamente. Mientras que las preguntas 1 y 4 se utilizaron en todas las oleadas, la 2 y la 3 se usaron solo en O3. Debido nuevamente a la sensibilidad del tema y a la relación entre autolesión no suicida y pensamientos e intentos suicidas (Fox et al., 2015), los criterios para presentar estas preguntas a los participantes fueron los mismos que en la sección 3.3.3.

3.3.5. Bergen Social Media Addiction Scale

(BSMAS, Andreassen et al., 2017; Arrivillaga et al., 2024)

Consta de seis ítems que miden comportamientos propios de uso problemático de las redes sociales (UPRS) (p. ej., craving/tolerancia), con una escala entre “Nunca o casi nunca” (1) y “Muy a menudo” (5). La puntuación total oscila entre 6 y 30, siendo las puntuaciones más altas indicativas de mayores niveles de uso problemático. En la oleada 1 del Proyecto EMOChild, la consistencia interna fue buena ($\alpha = .80$, $\omega = .81$). Esta escala solo se presentó al participante si previamente indicaba que se utilizaba alguna red social; en caso contrario, su puntuación asignada fue la mínima.

3.3.6. Internet Gaming Disorder Scale – Short Form

(IGDS-9, Beranuy et al., 2020; Pontes y Griffiths, 2015)

Presenta nueve ítems correspondientes a los 9 criterios del Trastorno por Juego en Internet del DSM-5-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022), con una escala entre “Nunca” y “Muy a menudo” (5). La puntuación total oscila entre 9 y 45, con puntuaciones más altas siendo indicativas de mayores niveles de uso problemático de videojuegos. La escala mostró una buena consistencia interna en la oleada 1 del Proyecto EMOChild ($\alpha = .80$, $\omega = .81$). Solo se evaluó en adolescentes (estudiantes de 1º de ESO en adelante), y únicamente se les presentó si previamente indicaban que su frecuencia de uso de videojuegos era superior a “Alguna vez al mes”; en caso contrario, su puntuación asignada fue la mínima.

3.3.7. Preguntas *ad hoc* sobre consumo de sustancias

Se utilizaron 4 ítems para evaluar la frecuencia de consumo de sustancias, en una escala de 0 (Nunca) a 6 (Todos o casi todos los días). Únicamente se evaluó esta variable en adolescentes (estudiantes de 1º de ESO en adelante), no evaluándose en los centros públicos de aquellas comunidades autónomas cuyos organismos responsables así lo solicitaron.



3.4. Análisis estadísticos

Mediante SPSS versión 25, se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias, medias y desviaciones típicas). Con ello, se exploró la evolución a lo largo de las tres oleadas de la prevalencia de casos de precaución y clínicamente significativos en cada dominio de problemas emocionales. Cabe destacar que estos porcentajes no se basan en criterios diagnósticos, sino en la estandarización descrita en el apartado 3.3.2., lo que permite observar si, de entre todos los participantes de una misma edad que completaron la misma versión en cualquier oleada, existía mayor proporción que excediera el punto de corte en O1, O2 u O3. Se consideró que un caso de precaución era aquel con una puntuación T entre 60 y 69, y uno clínicamente significativo aquel con una puntuación T de 70 o superior. Asimismo, se calcularon descriptivos acerca de las preguntas de ideación e intento suicida y autolesiones en cada oleada, llevando a cabo también análisis de chi-cuadrado para determinar si existía relación entre las respuestas previas a estas preguntas y la no continuación en el estudio.

Con R versión 4.4.1, se llevó a cabo el resto de los análisis, escalando las variables continuas con media de 0. En primer lugar, se ajustaron modelos de ecuaciones estructurales (concretamente, modelos longitudinales de panel o *cross-lagged panel models*) para explorar la relación entre variables medidas en las tres oleadas. Estos modelos incorporan efectos autorregresivos (controlan la estabilidad de una misma variable entre oleadas), correlaciones entre variables en una misma oleada, y efectos cruzados (informan de la predicción de una variable por otra en la oleada anterior). Solo se utilizaron casos completos, es decir, que hubiesen participado en las tres oleadas, y en caso de existir datos perdidos -por no completación de la encuesta entera o por restricciones para recoger dicha información- se manejaron con la técnica *Full Information Maximum Likelihood*. A continuación, se construyeron modelos de regresión lineal para predecir los niveles de depresión y ansiedad de adolescentes en las oleadas 2 y 3 a partir de variables medidas en la oleada previa. Nuevamente, solo se utilizaron casos completos.

4. RESULTADOS

4.1. Problemas internalizados en 2025

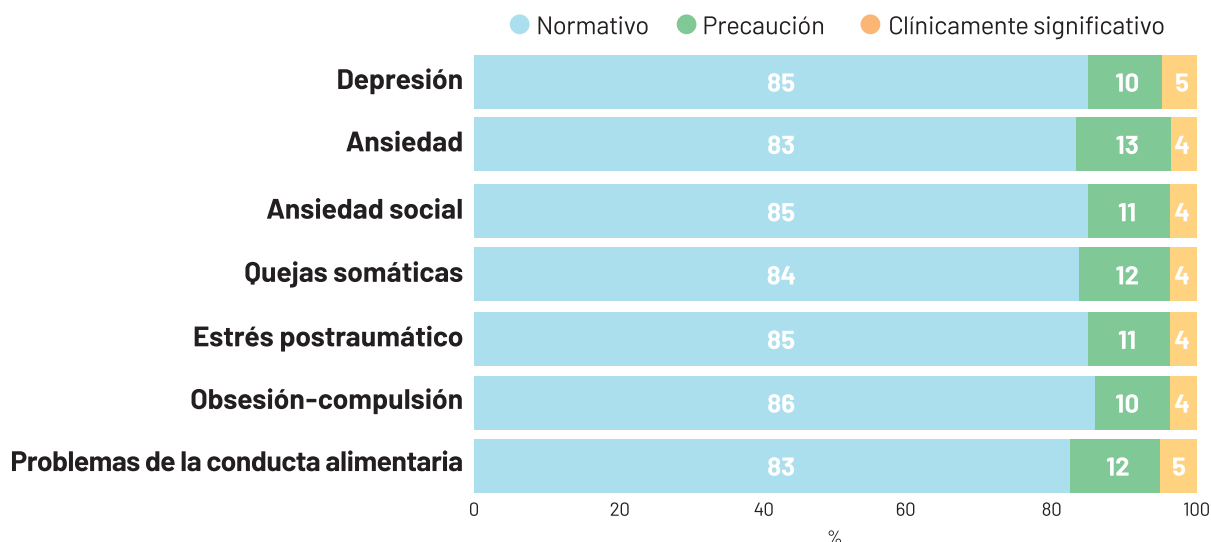
La Figura 4 muestra las proporciones de niños y adolescentes participantes en la oleada 3 (septiembre-octubre de 2025) según su nivel de problemas internalizados.

- En la tercera oleada se observaron las siguientes proporciones de casos con niveles de precaución en diferentes dificultades: ansiedad (13,1%), quejas somáticas (12%), problemas de la conducta alimentaria (11,6%), estrés postraumático (10,7%), ansiedad social (10,7%), obsesión compulsión (10,2%) y depresión (10,1%).



- Cuando se consideraron los casos con niveles clínicamente significativos, las proporciones fueron algo menores: problemas de conducta alimentaria (5,2%), depresión (4,7%), ansiedad social (4,4%), quejas somáticas (3,9%), estrés postraumático (3,8%), conductas obsesivo-compulsivas (3,5%) y ansiedad (3,5%).

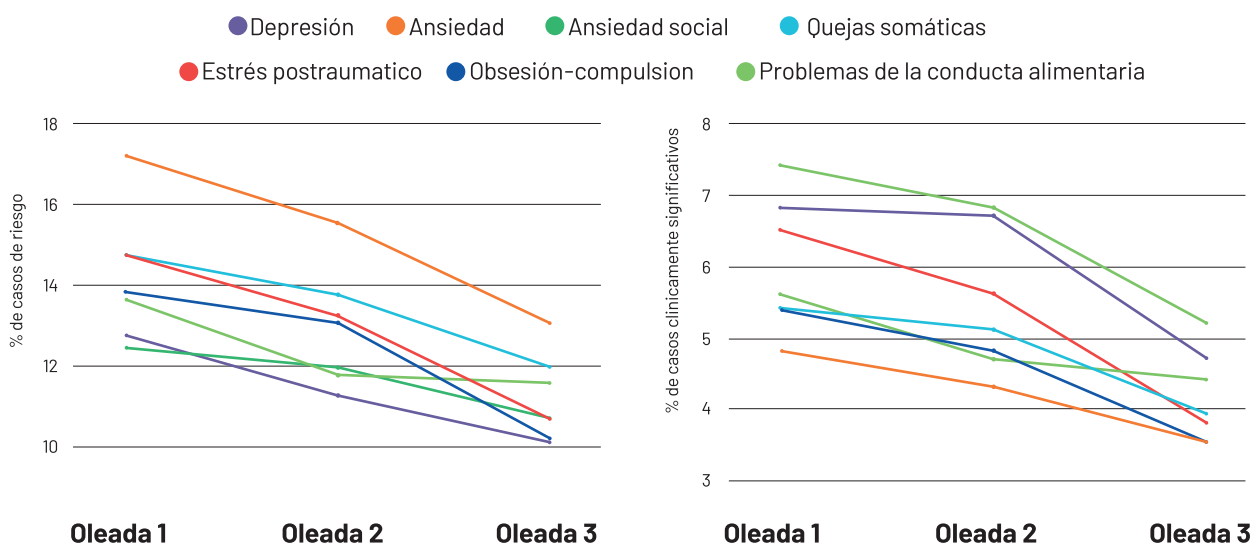
Figura 4. Niveles de problemas internalizados en 2025.



4.2. Evolución de problemas internalizados (2023-2025)

La figura 5 informa de la evolución en proporciones de casos de precaución y clínicamente significativos para cada problema internalizado. A lo largo de las tres oleadas se observa una disminución de estas proporciones, es decir, la mayor sintomatología se concentraba en la oleada 1 (O1), seguida de O2 y O3.

Figura 5. Evolución de casos de riesgo (izquierda) y clínicamente significativos (derecha).

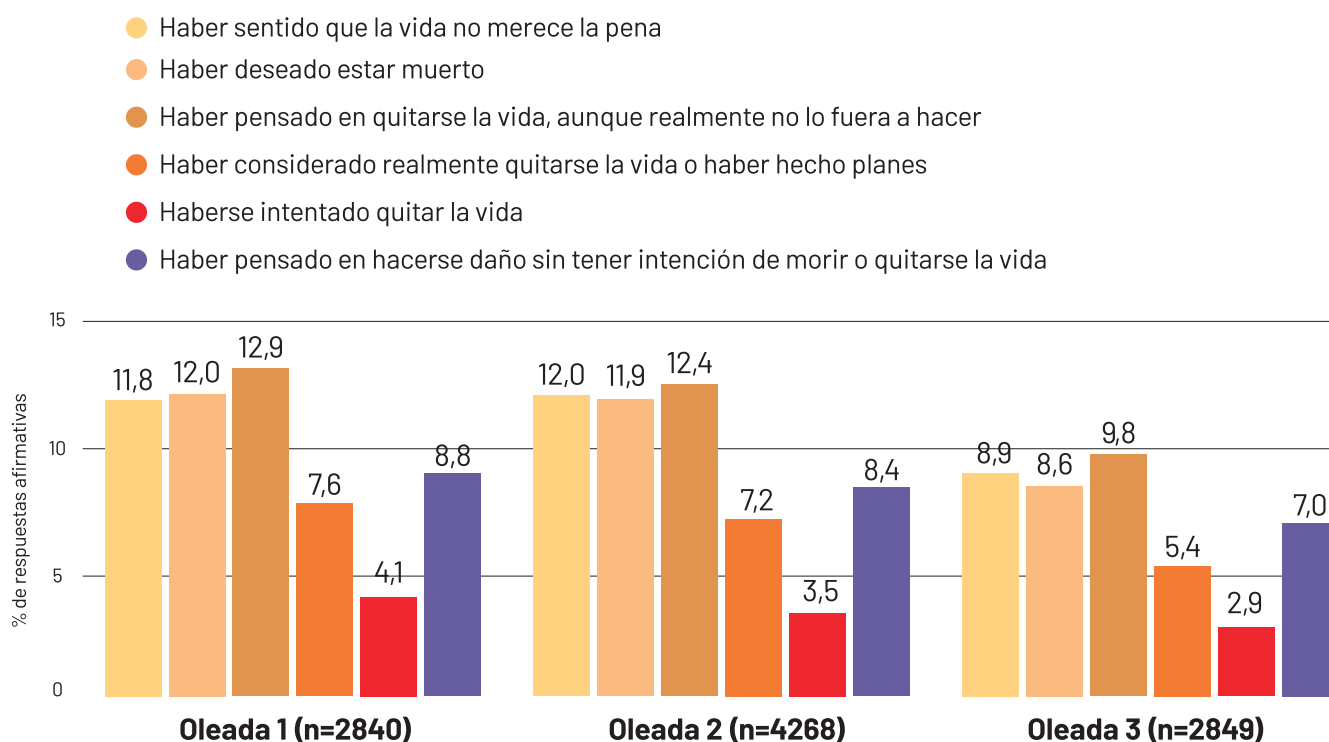


4.3. Conducta suicida y conductas autolesivas no suicidas

A continuación, se exponen los porcentajes de respuesta en la Escala Paykel de Suicidio e ítems ad hoc de autolesiones, durante las tres oleadas. Estos resultados incluyen únicamente a estudiantes de Educación Secundaria o etapas superiores de centros educativos públicos, concertados (solo en aquellas comunidades autónomas en las que se permitió estudiar esta variable) y privados. Se incluyen los participantes en cada oleada, sin distinción de si repiten o no en oleadas sucesivas. La Figura 6 presenta las tasas de prevalencia en cada oleada de distintas formas de conducta suicida y autolesiones no suicidas.

- Aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes afirma haber deseado morir o quitarse la vida, aunque sin llegar a planificarlo, mientras que algo más de 1 de cada 20 informa haber pensado en el suicidio de forma más estructurada.
- En cada oleada del estudio, alrededor de 1 de cada 30 adolescentes afirma haber intentado quitarse la vida.
- Los datos muestran un descenso ligero pero progresivo de la prevalencia de ideación e intento suicida con los años.
- Casi 1 de cada 10 adolescentes afirma haber pensado en hacerse daño sin tener intención de morir, datos que reflejan también una ligera disminución de la proporción a lo largo de las oleadas.
- No obstante, debido a algunas variaciones en las muestras entre cada oleada (véase Nota metodológica), estos resultados deben interpretarse con cautela.

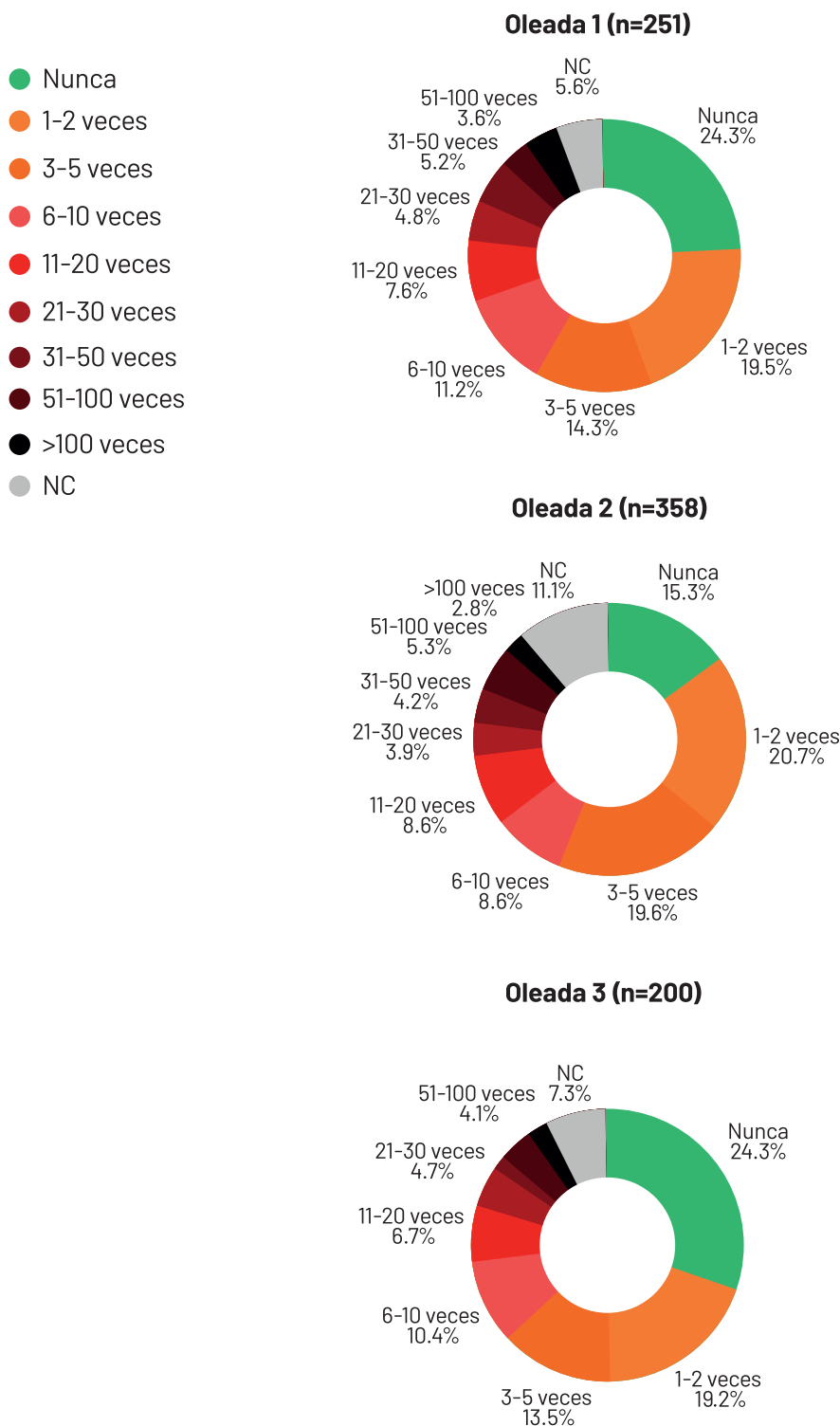
Figura 6. Prevalencia de ideación e intentos suicidas y autolesiones no suicidas en las 3 oleadas.



La Figura 7 informa de la frecuencia de autolesiones no suicidas en los últimos 12 meses entre aquellos participantes que afirman haber pensado en autolesionarse.

- Entre quienes habían pensado en autolesionarse, el 75% lo había hecho alguna vez en el último año en la primera oleada. Esta proporción aumentó al 85% en la segunda oleada y descendió al 70% en la tercera.

Figura 7. Frecuencia en los últimos 12 meses de autolesiones no suicidas entre quienes han pensado en hacerlo.



A partir de los datos de la tercera oleada (O3), se desprenden algunos hallazgos relevantes:

- El 5,2% de todos los adolescentes participantes afirmó haberse autolesionado en algún momento de su vida.
- Entre quienes tenían entre 11 y 14 años, la edad media de la primera autolesión fue de 11,7 años ($DT = 1,1$). En el grupo de 15 a 18 años, esa primera experiencia ocurrió de media a los 13,2 años ($DT = 1,5$). Esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa entre ambos grupos de edad ($t = -5,94, p < .001$).
- Pese a la ligera reducción de la frecuencia de autolesiones observada con los años, los datos sugieren que la edad media de la primera autolesión se ha adelantado en aproximadamente un año y medio.

Nota metodológica – Análisis de retención

El 58% de participantes de O2 ya había participado en O1, mientras que el 42% restante respondió las preguntas de suicidio y autolesiones por primera vez. No se encontraron diferencias significativas en estas preguntas entre quienes continuaron de O1 a O2 y quienes no lo hicieron.

El 89% de la muestra de O3 correspondía a adolescentes que ya habían participado en O2, mientras que el 11% restante completó estas preguntas por primera vez. Tampoco se hallaron diferencias significativas entre quienes continuaron de O2 a O3 y quienes no, salvo en la pregunta “¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?”. En este caso, continuaron en el estudio más participantes que habían respondido “No” y menos que habían optado por no contestar en O2, lo que podría explicar parcialmente el descenso observado en esta cifra.

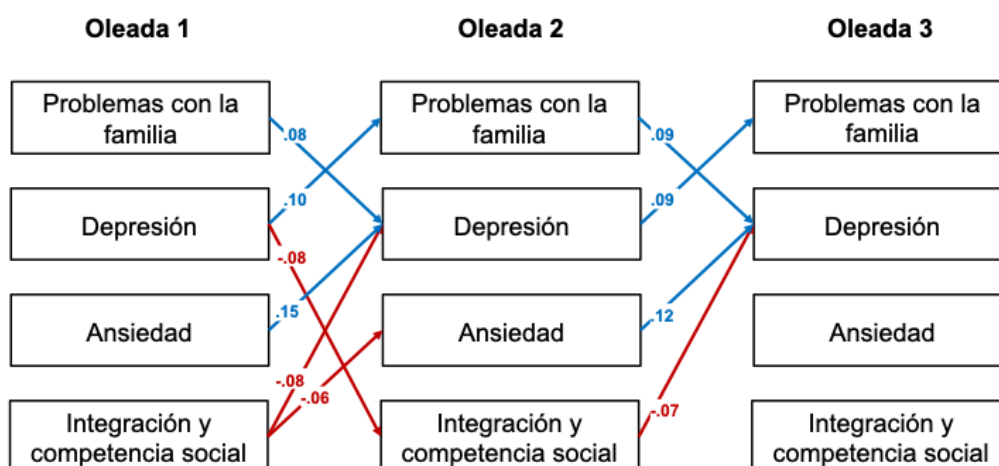
4.4. Factores de riesgo y protección de la sintomatología emocional

4.4.1. Factores sociofamiliares

La Figura 8 presenta un modelo de panel longitudinal, con los efectos cruzados en las tres oleadas entre depresión, ansiedad, problemas con la familia (tensión familiar, incomprensión y falta de apoyo familiar) e integración y competencia social (habilidad para relacionarse con iguales). Los efectos cruzados consistentes en ambas comparaciones longitudinales (oleada 1 a oleada 2, y oleada 2 a oleada 3) informan de que:

- La depresión y los problemas con la familia se predicen bidireccionalmente en el tiempo (a mayores síntomas depresivos, mayores problemas familiares a largo plazo, y viceversa). Por tanto, los adolescentes con más síntomas depresivos tienden a experimentar más conflictos familiares en el futuro, y a la inversa, los problemas en la familia aumentan el riesgo de depresión más adelante.
- Mayor ansiedad y menor integración y competencia social predicen una mayor sintomatología depresiva a largo plazo, pero no a la inversa. Es decir, tener depresión no parece influir directamente en un aumento de la ansiedad o de los problemas de integración social.

Figura 8. Modelo de panel longitudinal entre depresión, ansiedad y factores sociofamiliares



Nota.

Las correlaciones, efectos autorregresivos y efectos cruzados no significativos se han eliminado de la figura para facilitar su visualización.

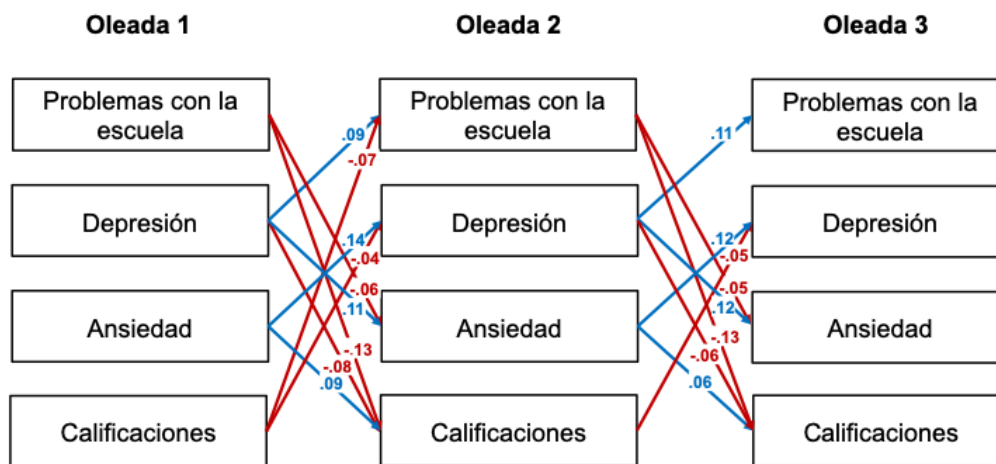
4.4.2. Factores escolares

La Figura 9 presenta un modelo con los efectos cruzados entre depresión, ansiedad, problemas con la escuela (actitud negativa hacia el contexto escolar, estudio y profesorado) y calificaciones académicas. Los efectos cruzados entre las tres oleadas son consistentes en que:

- Mayores problemas con la escuela se asocian con peores calificaciones a largo plazo, pero también con menor ansiedad.
- Mayores dificultades depresivas se asocian a largo plazo con mayores problemas en la escuela.
- La depresión y las calificaciones tienen una relación recíproca negativa (es decir, a mayores síntomas depresivos, peores resultados académicos, y viceversa), mientras que una mayor ansiedad predice mejores calificaciones a largo plazo.



Figura 9. Modelo de panel longitudinal entre depresión, ansiedad y factores escolares.



Nota.

Las correlaciones, efectos autorregresivos y efectos cruzados no significativos se han eliminado de la figura para facilitar su visualización.

4.3.3. Estilo de vida y uso de tecnologías de relación, información, comunicación y ocio

La Tabla 1 muestra la relación entre distintas variables relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías y el consumo de sustancias en la adolescencia con la sintomatología ansioso-depresiva.

- El Uso Problemático de Redes Sociales (UPRS) y el consumo de alcohol en la segunda oleada (O2) predicen mayor sintomatología depresiva y ansiosa en la tercera oleada (O3).
- Entre la primera y segunda oleada (O1 y O2) las asociaciones no fueron significativas, sugiriendo que la asociación entre estas variables ha aumentado recientemente.



Tabla 1. **Modelo de regresión de variables del estilo de vida en síntomas de depresión y ansiedad.**

	01 → 02 (n = 860)		02 → 03 (n = 1061)	
	Depresión β (p)	Ansiedad β (p)	Depresión β (p)	Ansiedad β (p)
Uso problemático de redes sociales	0,05 (0,13)	0,02 (0,57)	0,09 ($< 0,001$)	0,09 ($< 0,001$)
Uso problemático de videojuegos	0,02 (0,51)	-0,02 (0,45)	-0,002 (0,92)	0,01 (0,73)
Consumo de alcohol	-0,01 (0,74)	-0,01 (0,79)	0,10 ($< 0,001$)	0,06 (0,02)
Consumo de cannabis	-0,06 (0,10)	-0,01 (0,78)	-0,07 (0,04)	-0,02 (0,65)
Consumo de tabaco	0,02 (0,55)	-0,02 (0,58)	-0,03 (0,46)	-0,03 (0,43)
Uso de vapeadores	0,04 (0,16)	-0,001 (0,96)	-0,05 (0,07)	-0,03 (0,25)

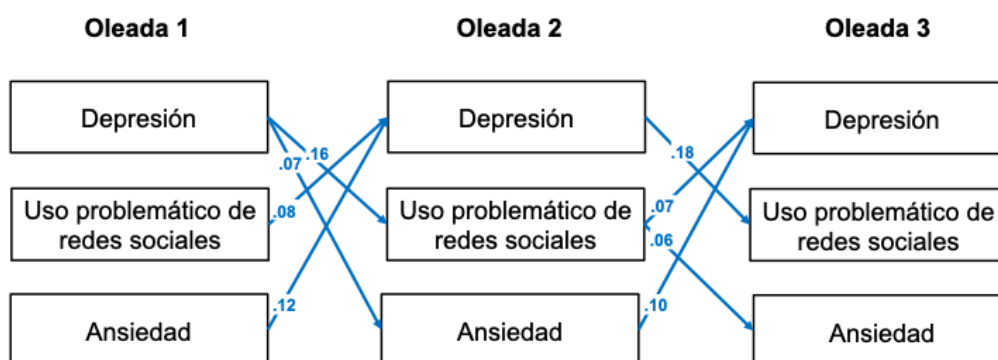
Nota.

Modelo lineal con la muestra de adolescentes entre cada par de oleadas consecutivas, controlando por sexo/género y niveles previos de sintomatología.

La Figura 10 informa de la relación recíproca entre depresión, ansiedad y UPRS. Entre las tres oleadas:

- La depresión y el Uso Problemático de Redes Sociales (UPRS) se predicen mutuamente. Entre la segunda y tercera oleada, la depresión predice de manera más fuerte el uso problemático de redes sociales que a la inversa.
- Solo el Uso Problemático de Redes Sociales (UPRS) en la segunda oleada predice un aumento de la ansiedad en la tercera. No se encontraron relaciones significativas entre la primera y segunda oleada para estas variables.

Figura 10. **Modelo de panel longitudinal entre depresión, ansiedad y factores sociofamiliares**



Nota.

Las correlaciones, efectos autorregresivos y efectos cruzados no significativos se han eliminado de la figura para facilitar su visualización.

5. CONCLUSIONES

1. Se observa una disminución de los casos de ansiedad y depresión a medida que avanza el estudio, sugiriendo que la sintomatología emocional ha descendido entre principios de 2024 y finales de 2025. Estos patrones parecen seguir lo documentado previamente sobre el descenso tras el pico de la pandemia de COVID-19.
2. También se aprecia una reducción progresiva de los casos de ideación e intento suicida y autolesiones.
3. Sin embargo, los retos persisten: en 2025, 1 de cada 8 niños y adolescentes presentan niveles elevados de ansiedad y alrededor del 5% muestran síntomas compatibles con depresión o problemas de conducta alimentaria.
4. En cuanto al suicidio, 1 de cada 10 adolescentes afirma haber pensado en quitarse la vida de forma más o menos estructurada y 1 de cada 20 lo ha considerado seriamente.
5. Sobre las autolesiones, 1 de cada 14 adolescentes afirma haber pensado en hacerse daño sin intención de quitarse la vida. Entre quienes han tenido estos pensamientos, el 70% (1 de cada 20 adolescentes) lo han llevado a cabo al menos una vez en el último año.
6. La edad media de inicio de las autolesiones se ha adelantado, ocurriendo antes de los 12 años.
7. Déficits en habilidades sociales e integración con los iguales se relacionan con un aumento de los síntomas depresivos a largo plazo.
8. La tensión e incomprensión familiar también se asocia con mayores síntomas depresivos, pero también a la inversa, sugiriendo que el bajo estado de ánimo puede contribuir a dificultades en el clima familiar.
9. Mayores niveles de depresión se relacionan a largo plazo con mayor rechazo hacia el entorno escolar y peores resultados académicos, mientras que calificaciones más bajas predicen mayores síntomas depresivos a largo plazo. Sin embargo, la ansiedad podría asociarse con mejores calificaciones.
10. En adolescentes, el consumo de alcohol predice mayores síntomas ansioso-depresivos, una asociación que solo se ha observado recientemente.
11. El uso problemático de redes sociales se relaciona con mayores dificultades emocionales a largo plazo.



6. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

1. Implantar un sistema estable y homogéneo de vigilancia epidemiológica en salud mental infantil.

Un sistema de vigilancia permite identificar tendencias y factores de riesgo a partir de datos fiables, evitando respuestas improvisadas o fragmentadas. Facilita el ajuste de las políticas preventivas a edades especialmente vulnerables y sustenta la toma de decisiones con evidencia científica. Además, mejora la coordinación entre educación, sanidad y servicios comunitarios mediante criterios comunes de actuación.

2. Crear y reforzar servicios de salud mental infanto-juvenil con un enfoque preventivo, comunitario y presencia en los centros educativos.

La atención temprana de los casos de riesgo evita que evolucionen hacia cuadros graves, aprovechando el centro escolar como espacio de detección e intervención privilegiado. Un enfoque comunitario hace la atención más accesible y continuada, y permite superar la dependencia de modelos episódicos basados en intervenciones externas puntuales. Esto asegura intervenciones más sostenibles y mejor integradas en la realidad del alumnado.

3. Implementar programas universales y selectivos de prevención desde la educación primaria con especial foco en las habilidades de afrontamiento y regulación emocional.

La edad de inicio cada vez más temprana de estos problemas justifica implantar programas preventivos antes de la adolescencia. En la base de problemas como el suicidio, las alteraciones de la conducta alimentaria o las autolesiones se encuentran dificultades de afrontamiento y regulación emocional. Los programas permiten actuar antes de que la sintomatología se agrave y deben centrarse en el desarrollo de estas habilidades. Integrarlos en la dinámica escolar es coherente con un enfoque que implique a toda la comunidad educativa en la prevención.

4. Regular y supervisar el consumo digital y el acceso a redes sociales en menores, retrasando usos de alto riesgo.

Los efectos negativos del entorno digital, como la comparación social y el ciberacoso, hacen necesario retrasar el acceso a redes sociales, con propuestas como el acceso a partir de los 16 años, así como establecer tiempos y condiciones de uso. La regulación protege frente a contenido dañino y conductas impulsivas, especialmente en menores con vulnerabilidad emocional. Estas medidas deben complementarse con educación digital y con la colaboración de las plataformas tecnológicas.

5. Dotar a los centros de profesionales de bienestar emocional y reducir la proliferación de programas no evaluados.

La incorporación de perfiles de psicología educativa y preventivos garantiza una atención continuada, evitando la introducción aislada de proyectos externos sin respaldo empírico. La adopción de modelos únicos basados en evidencia mejora la coherencia del centro y refuerza la acción tutorial. También facilita la formación en cascada y la participación de todo el personal, asegurando sostenibilidad y mejor adaptación a las necesidades del contexto escolar.

RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL Y LA EDUCACIÓN

1. Realizar detección temprana y rutinaria de síntomas internalizados, especialmente entre los 10 y 12 años.

La evidencia indica que las señales de riesgo aparecen cada vez a edades más tempranas y pueden pasar inadvertidas sin una evaluación sistemática. La detección precoz permite intervenir antes de que los problemas se agraven y se cronifiquen. Esta tarea requiere coordinación entre profesorado, orientación educativa y salud, sobre todo en etapas de especial vulnerabilidad. Con ello, se facilita una intervención rápida y ajustada al nivel de riesgo.

2. Priorizar las intervenciones familiares y fortalecer la alianza escuela-familia.

Los problemas familiares y la comunicación disfuncional se asocian con una mayor persistencia de los síntomas, por lo que trabajar con las familias es fundamental. La formación y el acompañamiento a cuidadores mejoran la detección de señales tempranas y el apoyo emocional en casa. Una alianza sólida entre escuela y familia favorece la prevención y la resolución temprana de conflictos.

3. Atender precozmente autolesiones, micro-señales de riesgo y cambios emocionales relacionados con el uso de redes sociales.

La aparición temprana de autolesiones exige respuestas rápidas y especializadas, que eviten la progresión hacia conductas más graves. El uso de redes sociales influye en el estado emocional de los menores, por lo que su monitorización es esencial. La supervisión profesional contribuye a identificar patrones de riesgo y a intervenir adecuadamente. Además, un enfoque dimensional y transdiagnóstico permite adaptarse mejor a los nuevos perfiles clínicos.

4. Implementar programas de habilidades sociales, regulación emocional e inclusión dentro de la vida diaria del centro.

Los déficits en habilidades sociales y la falta de integración con los iguales se relacionan con síntomas depresivos y aislamiento a largo plazo. Promover actividades grupales, espacios de convivencia y estrategias de afrontamiento fortalece la protección emocional. Los programas deben ser flexibles y adaptarse a cada contexto educativo para ser efectivos. Su integración en la dinámica diaria del centro evita intervenciones aisladas que pierden impacto con el tiempo.

5. Formar a docentes y agentes educativos en detección temprana, competencias socioemocionales y prevención del suicidio.

El profesorado desempeña un papel clave para observar señales que pueden pasar inadvertidas en otros contextos, especialmente en edades tempranas. La formación facilita identificar riesgo sin generar estigma ni alarma. Además, dota a los docentes de herramientas para acompañar emocionalmente y activar protocolos cuando sea necesario. Esto refuerza su papel como agentes esenciales en la prevención del malestar y la promoción del bienestar.

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN (FAMILIAS, JÓVENES Y COMUNIDAD)

1. Reducir el estigma y promover la búsqueda temprana de ayuda ante señales de malestar.

Resulta fundamental evitar tanto el estigma como la invisibilización del problema, promoviendo una actitud de reconocimiento y acción temprana. Pedir ayuda a tiempo disminuye la probabilidad de que los síntomas evolucionen hacia situaciones graves. La normalización del malestar favorece el apoyo emocional dentro de la familia y la comunidad. Esto contribuye a una cultura de cuidado y no de ocultamiento.

2. Supervisar activamente el entorno digital: redes sociales, pantallas y videojuegos.

El uso problemático del entorno digital se relaciona con depresión, ansiedad y conductas impulsivas, por lo que se requiere supervisión adulta. Retrasar el acceso a redes sociales reduce la exposición a riesgos en etapas tempranas. El acompañamiento crítico permite que el uso sea más seguro y consciente, mitigando efectos negativos como el ciberacoso o la exposición a contenido nocivo.

3. Cuidar la comunicación familiar y establecer rutinas y tiempos de calidad compartidos.

Las tensiones familiares y la comunicación deficiente se asocian a mayor riesgo emocional, por lo que es esencial generar espacios seguros de diálogo. Las actividades conjuntas fortalecen el vínculo seguro, favoreciendo la regulación emocional del menor. Resolver conflictos en momentos apropiados evita escaladas innecesarias y promueve la comprensión mutua. Rutinas de calidad en comidas, deporte y ocio actúan como factores protectores.

4. Fomentar la vida social presencial, el ocio saludable y la participación comunitaria.

La integración con los iguales reduce los síntomas depresivos y el aislamiento, reforzando el sentido de pertenencia. Las actividades grupales y recreativas favorecen habilidades sociales y convivencia. Los programas municipales gratuitos y bien supervisados amplían oportunidades de relación positiva. La comunidad debe facilitar espacios inclusivos que promuevan interacción sana y continuada.

5. Observar señales tempranas de malestar y acompañar emocionalmente sin minimizar ni alarmar.

Los cambios en la conducta o el estado de ánimo son indicativos de posibles dificultades y requieren atención cercana. La detección temprana favorece la intervención profesional antes de que los síntomas se intensifiquen. El acompañamiento afectivo ayuda a disminuir la carga emocional y las conductas de riesgo. Las familias, como agentes principales, desempeñan un papel clave en esta vigilancia cotidiana.

Estas recomendaciones han sido elaboradas por el Comité de Expertos del Observatorio Español de la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (www.observainfancia.es), formado por:

Miguel Ángel Carrasco, Catedrático de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

José Pedro Espada, Catedrático de Psicología de la Universidad Miguel Hernández.

Inmaculada Gómez, Catedrática de Psicología de la Universidad de Almería.

Jonatan Molina, Doctor en Psicología, profesor de la Universidad Miguel Hernández.

Inmaculada Montoya, Catedrática de Psicología de la Universidad de Valencia.

Luisa Lázaro, Catedrática de Psiquiatría, Jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona.

Jose Antonio Luengo, Psicólogo Educativo y Sanitario, Catedrático de Educación Secundaria.

Iban Onandia, Neuropsicólogo Clínico. Doctor en Psicología. Profesor de la Universidad del País Vasco.

Mireia Orgilés, Catedrática de Psicología de la Universidad Miguel Hernández.

María Fe Rodríguez, Catedrática de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Mateu Servera, Catedrático de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares.

Selene Valero, Doctora en Psicología, profesora de la Universidad de Valencia.

REFERENCIAS

- Alizadeh, S., Shahrousvand, S., Sepandi, M. y Alimohamadi, Y. (2023). Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02168-w>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S. y Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
- Arrivillaga, C., Griffiths, M. D., Rey, L. y Extremera, N. (2024). Validation of the Spanish version of the Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) among Spanish adolescents. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06728-5>
- Beranuy, M., Machimbarrena, J. M., Vega-Osés, M. A., Carbonell, X., Griffiths, M. D., Pontes, H. M. y González-Cabrera, J. (2020). Spanish Validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): Prevalence and Relationship with Online Gambling and Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), e1562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>
- Bie, F., Zhang, L., Chen, X. y Wang, Y. (2024). Rising global burden of anxiety disorders among adolescents: From 1990 to 2021. *Frontiers in Psychiatry*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11651023/>
- Fassi, L., Thomas, K., Parry, D. A., Leyland-Craggs, A., Ford, T. J. y Orben, A. (2024). Social Media Use and Internalizing Symptoms in Clinical and Community Adolescent Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 178(8), 814-822. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2078>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y Del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H. y Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Fundación ANAR (2024a). Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2024. <https://www.anar.org/informe/informe-anual-telefono-chat-anar-2024/>
- Fundación ANAR (2024b). Tecnologías. Impacto en la infancia y adolescencia en España, según su testimonio. <https://www.anar.org/informe/estudio-tric/>
- Fundación Gasol (2023). PASOS 2022. *Physical activity, Sedentarism, lifestyles and Obesity in Spanish Youth*. <https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2023/01/GF-PASOS-informe-2022-WEB.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2025). Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=75296#_tabs-tabla
- Korczak, D.J., Lo, R.F., Rizeq, J., Crosbie, J., Charach, A., Anagnostou, E., Birken, C.S., Monga, S., Kelley, E., Nicolson, R., Arnold, P.D., Maguire, J. L., Schachar, R.J., Georgiades, S., Burton, C.L. y Cost, K. (2024). The trajectory of depression and anxiety among children and adolescents over two years of the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 339, 116101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116101>

- Maggu, G., Verma, V., Chaudhury, S. y Indla, V. (2023). Epidemic of Depression and Anxiety in child and adolescent population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta analysis of the prevalence of depression and anxiety. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(3), 299-309. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_700_21
- Ministerio de Sanidad (2025a, 14 de mayo). Entre 2018 y 2022 el malestar emocional entre adolescentes aumentó hasta el 38,5%. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6667>
- Ministerio de Sanidad (2025b). Informe Anual 024. Línea 024. https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe_024_anual_2024.pdf
- Moreno, C., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Ramos, P., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Leal-López, E., Salado, V., Luna, S., Velo, S. y Morgan, A. (2025). *La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2022/docs/HBSC2022_DivulgativoEstudio.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2024). *Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2024: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego de azar, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_OEDA_Informe_AdiccionesComportamentales.pdf
- Orgilés, M., Morales, A., Piqueras, J. A., Marzo, J. C., y Espada, J. P. (2024). Problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Miguel Hernández. <https://observainfancia.es/wp-content/uploads/2025/02/Informe1-2024-correccion-11-2-2025.pdf>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(0), 460-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
- Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España. <https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/informe-2023-2024>
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K. y Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9), 2877-2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

EMO Child



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Educació,
Universitats y Empleo

CIPROM/2021/031

aitana

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA



UNIVERSITAT
Miguel Hernández