

REVISIÓN

CÓMO MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DE INTERVENCIONES EN EL SISTEMA EDUCATIVO

IMPROVING MENTAL HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS THROUGH EDUCATIONAL SYSTEM INTERVENTIONS

Álvaro Rodríguez-Torres¹, Olga Martín¹, Claudia Ruiz-Zuluaga¹, María Mayoral², Covadonga M. Díaz-Caneja¹, Isabel Serrano³, Ángela Ulloa⁴, Jorge Vidal¹, Celso Arango¹

1. Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España.
2. Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
3. Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.
4. Fundación Alicia Koplowitz.

Palabras clave:

Salud mental;
Infancia y
adolescencia;
Acoso escolar;
Entorno escolar;
Prevención.

Keywords:

Mental health;
Childhood and
adolescence;
Bullying;
School Environment;
Prevention.

Resumen

La salud mental de la población infanto-juvenil ha adquirido una visibilidad sin precedentes en los últimos años. Datos recientes indican que el 48,4% de los trastornos mentales aparecen antes de los 18 años, con una edad media de inicio de 14,5 años. El acoso escolar y su expresión digital, el ciberacoso, constituyen factores de riesgo clave para la aparición y agravamiento de estas patologías. La Comunidad de Madrid ha impulsado una serie de intervenciones dirigidas a formar en materia de salud mental a profesionales de la educación, reducir la victimización, mejorar la convivencia, el aprendizaje socioemocional y prevenir trastornos mentales, con énfasis especial en los colectivos vulnerables. Entre ellas, destacan el programa escolar digital LINKlusive y el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación. Ambas estrategias se basan en estudios que han mostrado coste-efectividad, además de haberse revelado como bien valoradas por la comunidad educativa. En este artículo se analizan los principales hallazgos derivados de su aplicación, así como los retos y oportunidades para su implementación generalizada.

Abstract

The mental health of children and adolescents has gained unprecedented visibility in recent years. Recent data indicate that 48,4% of mental disorders appear before the age of 18, with an average age of onset of 14.5 years. School bullying and its digital manifestation, cyberbullying, are key risk factors for the emergence and worsening of these conditions. The Community of Madrid has promoted a series of interventions aimed at training education professionals in mental health, reducing victimization, improving coexistence, promoting socio-emotional learning, and preventing mental disorders, with a special emphasis on vulnerable groups. Among them, the web-assisted school program LINKlusive and the Mental Health Clinical Liaison Programme for Schools. Both strategies are based on studies that have demonstrated cost-effectiveness, and have also been highly valued by the educational community. This article analyzes the main findings derived from their implementation, as well as the challenges and opportunities for their widespread adoption.

Autor para la correspondencia

Celso Arango López

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 - 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 547 03 18 | E-Mail: secretaria@ranm.es

INTRODUCCIÓN

La salud mental infantojuvenil se ha convertido en una prioridad creciente en las agendas públicas, educativas y sanitarias. La evidencia científica señala que el 48,4% de los trastornos mentales se inician antes de los 18 años, con una edad media de aparición en torno a los 14,5 años (1). La infancia y la adolescencia, por tanto, representan un periodo crítico para detectar precozmente síntomas, prevenir el empeoramiento y actuar sobre los factores de riesgo (1,2).

En los últimos años, distintos estudios epidemiológicos alertan de un aumento en los problemas de salud mental entre los jóvenes. Estos estudios incluyen datos de malestar emocional autopercebido y datos de diagnósticos clínicos. La Encuesta Nacional de Salud de España muestra una prevalencia creciente de sintomatología depresiva y ansiosa en menores de 18 años, especialmente entre las adolescentes. Un estudio reciente con más de 2.000 jóvenes revela que un 16,34% considera que su salud mental es insatisfactoria y otro 28,67% la califica como regular (3). Además, la conducta suicida ha experimentado un repunte y ha pasado a constituir la principal causa de muerte entre los 12 y los 29 años en nuestro país (4).

A nivel global, se estima que los trastornos mentales afectan a uno de cada siete adolescentes; la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento son los más frecuentes (5). El suicidio es la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial y más del 50% de los trastornos mentales no se detectan ni se tratan a tiempo (5). La carga de enfermedad mental en la adolescencia no solo compromete el bienestar presente, sino que predice resultados negativos en la vida adulta, como desempleo, enfermedades físicas crónicas y exclusión social (2,5).

La carga económica asociada a los trastornos mentales en la infancia y adolescencia es considerable. A nivel global, se ha estimado que estos trastornos generaron en 2017 un coste cercano a 1,19 billones de dólares, con más de 565.000 millones correspondientes a costes directos y el resto atribuidos a pérdidas de productividad y repercusión en el entorno familiar (6). Además, los estudios muestran que los niños y adolescentes con trastornos mentales presentan un uso de recursos sanitarios significativamente mayor que sus pares sin patología mental (7). Desde una perspectiva macroeconómica, la OCDE estima que los trastornos de salud mental implican más del 4 % del PIB en costes combinados (sanitarios, sociales y de productividad) en los países europeos, y dado que la mayoría de los trastornos se inicia en edades tempranas, una parte sustancial de esta carga económica tiene su origen en la infancia y la adolescencia (8).

Diversos determinantes influyen en la potencial presentación de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia: el entorno familiar, el nivel

socioeconómico, la exposición a violencia o discriminación, el acceso a servicios de salud y la calidad de las relaciones en el entorno escolar, entre otros. Una revisión paraguas publicada en 2024 sugiere asociaciones sólidas y consistentes entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs - Adverse Childhood Experiences) y múltiples trastornos mentales en la edad adulta. Las ACEs se vinculan de manera dosis-dependiente con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por estrés postraumático, trastornos de personalidad y conductas suicidas, así como con dificultades cognitivas y peor funcionamiento social. Este estudio identifica alteraciones neurobiológicas y ejecutivas asociadas a la exposición prolongada al trauma infantil, propone las ACEs como uno de los predictores más robustos de psicopatología adulta y subraya la importancia de intervenciones tempranas y preventivas (9).

Entre los factores con mayor impacto negativo en la salud mental de la infancia y la adolescencia se encuentra el acoso escolar, así como su manifestación digital a través del ciberacoso. La presencia sostenida del acoso escolar se ha relacionado con una mayor probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo, ansiedad, síntomas psicóticos y comportamientos autolesivos (10). En este contexto, urge reforzar la capacidad preventiva del sistema educativo y mejorar la coordinación con los servicios de salud mental. La escuela no solo es un espacio de aprendizaje académico, sino también un ámbito clave de socialización, convivencia y desarrollo emocional. La integración en el grupo de iguales, la aceptación de las diferencias, la prevención del acoso y la promoción de la empatía son pilares fundamentales para el desarrollo de una salud mental positiva (11,12).

ACOSO ESCOLAR Y CIBERACOSO

El acoso escolar es un problema de salud pública que ha ido tomando relevancia en los últimos años y que es en la actualidad foco de debate constante. Para explicar en qué consiste el acoso entre escolares, resulta necesario mencionar el pionero trabajo del psicólogo noruego Olweus (13), quien lo definió como una conducta de persecución física y/o psicológica, repetida en el tiempo, en la que existe un desequilibrio de poder entre agresor y víctima. El acoso escolar puede adoptar formas físicas, verbales o relacionales, y la pasividad del entorno convierte a los testigos en cómplices. A menudo, hasta en un 20% de los casos, la víctima también ejerce acoso. La prevalencia del acoso escolar varía entre el 15 y el 50%; en España del 18% para niños y del 10-11% para niñas, según un estudio comparativo en 33 países (14).

Factores como comportarse de forma distinta, tener algún trastorno mental, discapacidad, ser migrante o tener un índice de masa corporal elevado incrementan la probabilidad de sufrir acoso (15,16). Un estudio en la Comunidad de Madrid

señala que más del 40% de los alumnos asocian el riesgo de acoso con “comportarse diferente” (17). Los jóvenes con trastornos del neurodesarrollo o patologías psiquiátricas tienen un riesgo significativamente mayor de verse implicados en el acoso: como víctimas (OR 2,85 en acoso y OR 2,07 en ciberacoso), agresores (OR 2,42 y OR 1,91, respectivamente) o víctima-agresores (OR 3,66 y OR 1,85, respectivamente), en comparación con sus pares sin estas condiciones (18).

El acoso escolar se asocia estrechamente con problemas de salud mental, incrementando la probabilidad de desarrollar ansiedad, psicosis, depresión, conductas suicidas o adicciones [19]. Sus efectos también se extienden a la salud física: las víctimas presentan mayor riesgo de diabetes tipo 2, accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio, vinculados a la acumulación de factores como obesidad, inflamación crónica o hipertensión, lo que supone una disminución de la esperanza de vida (19). Asimismo, el acoso predice peor situación laboral y exclusión social en la adultez (19). Al mismo tiempo, los jóvenes con problemas de salud mental son más vulnerables a la victimización. Se ha encontrado que el rechazo por parte de los compañeros constituye un importante factor de riesgo de autorrechazo (20), problemas de autorregulación emocional (21), depresión (22) y conductas antisociales o autodestructivas (20,23,24). Esta relación es bidireccional: los problemas socioemocionales previos pueden aumentar la probabilidad de ser rechazado, y la experiencia de rechazo intensifica dichas dificultades (11,12).

En las últimas décadas, el acoso ha traspasado el ámbito físico para expandirse por medios digitales, dando lugar al ciberacoso (25,26). Este fenómeno puede ser más nocivo por su permanente accesibilidad, anonimato y capacidad de viralización. La difusión de agresiones por redes sociales y la indiferencia de los testigos agravan su impacto emocional. Además, muchos agresores digitales presentan desconexión moral o son víctimas en su entorno familiar (26). Aunque se tiende a pensar que el ciberacoso es un fenómeno independiente, los datos indican que suele coexistir con el acoso tradicional. Solo el 1% del alumnado sufre exclusivamente ciberacoso, según Wolke et al. (27). Una revisión paraguas publicada en 2025 sintetiza la evidencia más robusta disponible sobre la victimización por ciberacoso en niños y adolescentes. En cuanto a los factores de riesgo, la revisión identifica como predictores más consistentes el uso intensivo de redes sociales, la baja supervisión parental, la presencia de dificultades emocionales previas y, especialmente, la coexistencia de acoso escolar tradicional. Por el contrario, el apoyo social de iguales, un clima escolar positivo, la supervisión parental activa y el desarrollo de habilidades socioemocionales actúan como factores protectores fundamentales. Respecto a las consecuencias, el ciberacoso se asocia de forma consistente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático, conductas autolesivas, conductas suicidas,

baja autoestima y peor rendimiento académico, presentando un impacto transdiagnóstico sobre el bienestar. Por último, sugiere que las intervenciones más efectivas son las de carácter multicomponente, que combinan acciones en la escuela, la familia y el entorno digital (28).

INTERVENCIONES EN EL ENTORNO EDUCATIVO

Las escuelas representan un entorno clave para la promoción de la salud mental infantojuvenil. Al ser espacios donde los menores pasan más de mil horas anuales y dado que la escolarización es universal, ofrecen oportunidades únicas para implementar estrategias preventivas y de promoción del bienestar. En esta línea se encuentra la recomendación de la OMS de ofrecer servicios de salud mental dentro de entornos ecológicos como colegios y lugares de trabajo, lo cual representa un enfoque innovador y necesario (5,29). Según dicha recomendación, se enfatizan los siguientes puntos:

1. Promover el bienestar desde la prevención y los entornos naturales.
2. Abordar determinantes sociales y estructurales, no solo síntomas clínicos.
3. Trabajar desde una perspectiva intersectorial, con políticas integradas y recursos humanos formados.
4. Incluir la voz de personas con experiencia vivida en la planificación.

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de intervenciones escolares integrales, especialmente aquellas que promueven la inclusión, el respeto y la participación activa del alumnado en la mejora de la convivencia escolar (30). Asimismo, diversos metaanálisis señalan que los programas escolares bien diseñados pueden reducir la prevalencia de acoso entre iguales en torno a un tercio y mejorar indicadores globales de salud mental (30); los componentes más robustos de dichos programas son: aprendizaje socioemocional, entrenamiento en habilidades de resolución pacífica de conflictos, fomento de la empatía, normas escolares claras y participación activa de las familias. Las investigaciones estiman que las intervenciones anti-acoso escolar en entornos educativos aportan un PIN de 147 en cuanto a la efectividad sobre acoso escolar y un PIN de 107 en cuanto a la efectividad sobre la salud mental (30). El PIN (Population Impact Number) es un indicador utilizado en medicina para expresar cuántas personas en la población deben estar expuestas a una intervención o un tratamiento para evitar un evento adverso en una persona; cuanto más baja es la cifra, mayor es el impacto de la intervención a nivel poblacional. Cabe destacar la magnitud de las cifras PIN expuestas en comparación con prácticas estandarizadas como

la administración de aspirina tras un primer accidente cerebro-vascular no hemorrágico (PIN de 35.450) o la vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas para prevenir el cáncer de cérvix (PIN de 324) (30). Asimismo, es conveniente conocer que las intervenciones escolares para prevenir el acoso escolar no son solo efectivas, sino también coste-efectividad. Según una revisión publicada en *The Lancet Psychiatry*, por cada euro invertido en la mejora del clima escolar en los colegios y en la reducción del acoso escolar, hay un retorno de entre 10 y 17 euros a corto y medio plazo (31).

Programa LINKlusive

LINKlusive es un programa digital antiacoso escolar que se basa en SociEscuela, una herramienta online de evaluación del acoso escolar ampliamente utilizada en la Comunidad de Madrid (por más de 100.000 estudiantes al año) en los últimos años (32). Este programa tiene un componente universal preventivo dirigido a padres, profesores y alumnos; y un componente dirigido a las situaciones de acoso escolar identificadas.

El programa fue evaluado en un ensayo aleatorizado por conglomerados llevado a cabo en centros de primaria y secundaria de Madrid. En comparación con las prácticas habituales de abordaje del acoso escolar en este ámbito, LINKlusive se asoció con una reducción 32% mayor en la victimización por acoso escolar en educación primaria, con efectos similares en niños con necesidades educativas especiales (32). En estudiantes que ya presentaban victimización por acoso escolar al inicio del estudio, LINKlusive se asoció con una mayor mejoría en sintomatología y calidad de vida en ambos ciclos educativos (32). Esto apoya la potencial utilidad de LINKlusive para la prevención universal del acoso escolar en educación primaria y la mejora de la salud mental en niños y adolescentes que han experimentado victimización.

Programa de Enlace de Salud Mental y Educación

Iniciado en 2022 por la Comunidad de Madrid, el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación integra equipos itinerantes compuestos por un psiquiatra infantil, un psicólogo clínico y una enfermera especializada que generalmente visitan con una frecuencia quincenal los centros educativos. Consta de cinco subprogramas que son los siguientes:

- **Vuelta a la escuela:** atención a estudiantes con trastorno mental grave que han requerido tratamiento intensivo en un hospital.
- **Atiende-alumnos:** atención a estudiantes con un trastorno mental diagnosticado y en seguimiento en su Centro de Salud Mental (o en otras unidades de salud mental).

- **Identifica:** apoyo y formación para docentes y orientadores en la identificación, detección y manejo de signos de alerta de trastornos mentales en sus estudiantes.
- **Evaluar y derivar:** evaluación, atención y derivación, si precisa, de estudiantes con signos de alerta de trastornos mentales.
- **Prevención y promoción:** prevención y promoción de la salud mental infantil y adolescente en los centros educativos mediante talleres a profesorado, alumnado y familias.

Durante el curso 2024-2025 el programa se desarrolló en 117 colegios ordinarios y 14 de educación especial en los cuales están escolarizados 67.436 estudiantes. Se celebraron 1.216 reuniones con profesorado, se gestionaron 34 reincorporaciones posthospitalarias y se evaluaron 876 nuevos casos; de estos, el 60,3 % se resolvieron en el propio centro y solo el 39,7 % precisaron derivación externa (33).

DISCUSIÓN

Los datos presentados evidencian el impacto significativo del acoso escolar en la salud mental infanto-juvenil y la necesidad urgente de estrategias integrales de prevención. Tanto LINKlusive como el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación constituyen intervenciones basadas en estudios que muestran efectividad, alineadas con las recomendaciones internacionales sobre salud mental en la infancia y la adolescencia (29,32,33,34).

El carácter multicomponente de LINKlusive, que involucra a estudiantes, docentes y familias, y su fundamentación en técnicas participativas y de aprendizaje emocional, pueden explicar su efectividad en la reducción de la victimización en educación primaria. Esta intervención resulta particularmente relevante en contextos donde las necesidades educativas especiales y la diversidad funcional aumentan el riesgo de acoso escolar (2,18,32).

Por su parte, el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación ofrece una vía innovadora de colaboración entre los sistemas educativo y sanitario. La presencia regular de profesionales de salud mental en los centros escolares facilita la identificación precoz, mejora la coordinación interinstitucional y permite una atención más accesible y contextualizada, desarrollando una intervención preventiva en todos los niveles posibles. La baja tasa de derivación externa registrada apoya su utilidad como dispositivo de contención preventiva (33,34).

A pesar de los resultados alentadores, persisten desafíos. La sostenibilidad económica de estos programas requiere un compromiso político a

largo plazo. A este respecto, existe en la actualidad un estudio llevado a cabo por el Hospital Gregorio Marañón en colaboración con la institución London School of Economics and Political Science con el objetivo de medir la sostenibilidad y el impacto económico del Programa de Enlace de Salud Mental y Educación. Dicho estudio trabaja con datos preliminares de un coste anual de 6,7 € por alumno y un ICER (Razón Incremental de Coste-Efectividad) dominante frente al modelo convencional (34).

Por último, señalar que si bien algunas intervenciones escolares en salud mental han mostrado resultados alentadores, la evidencia disponible sobre sus efectos sostenidos resulta menos consistente. Diversas investigaciones sugieren que los programas universales generan únicamente reducciones modestas y transitorias en síntomas de ansiedad y depresión, con una tendencia a la desaparición del efecto a medio plazo. Además, ciertos estudios han planteado la existencia de posibles efectos adversos, como un incremento del malestar en el alumnado sin sintomatología previa o una disminución de comportamientos prosociales. En este sentido, se hace imprescindible avanzar en investigaciones rigurosas y de alta calidad que permitan evaluar con precisión la eficacia, la seguridad y la legitimidad de estas estrategias en el ámbito educativo.

CONCLUSIONES

La salud mental en la infancia y la adolescencia constituye uno de los desafíos más importantes para los sistemas sanitarios, educativos y sociales. La elevada prevalencia de trastornos mentales en estas etapas, su inicio temprano y su impacto duradero sobre el desarrollo, la calidad de vida y la integración social hacen imprescindible intervenir desde una perspectiva preventiva y comunitaria.

El entorno escolar, por su carácter universal, su capacidad de detección precoz y su influencia en el desarrollo psicosocial, se revela como uno de los espacios más prometedores para la intervención. Las experiencias analizadas en este artículo (el programa digital LINKlusive y el Programa de Enlace de Salud Mental y Educación) ofrecen ejemplos concretos basados en la evidencia científica de cómo abordar de manera preventiva y sistematizada el sufrimiento psíquico de los menores. No obstante, su generalización exige una apuesta política sostenida, la consolidación de estructuras interinstitucionales y la evaluación continua de sus efectos. Invertir en salud mental desde la infancia no solo es una cuestión de justicia y equidad, sino también una decisión eficiente desde el punto de vista económico y social. En un momento en que los trastornos mentales en niños y adolescentes siguen aumentando, estas experiencias deben servir de referencia para orientar las políticas públicas y reforzar el compromiso colectivo con el cuidado de la infancia.

AGRADECIMIENTOS

El Programa de Enlace de Salud Mental y Educación ha sido creado e implementado gracias a la colaboración de la Fundación Alicia Koplowitz y el Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Agradecemos el apoyo de la Fundación Alicia Koplowitz, la Fundación Nemesio Díez, la Fundación Mutua Madrileña y la Fundación Zúrich, cuyo respaldo ha sido esencial para la consolidación y expansión del programa.

Finalmente, a la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, así como al Instituto de Salud Carlos III, por su compromiso con la salud mental infantil y juvenil.

CONFLICTOS DE INTERESES

El Dr. Álvaro Rodríguez Torres ha recibido honorarios o subvenciones de Áter, Exeltis, Janssen, Lundbeck, Neuraxpharm, Otsuka, Pfizer, Recordati y Rovi.

D^a Olga Martín ha recibido honorarios o subvenciones de Danone S.A., Pfizer, Banco de España, Médicos Sin Fronteras, Cualtis Vitality, Fundación Alicia Koplowitz, Colegio Libre de Eméritos, Colegio Oficial de Psicología de Madrid, Consejo General de la Psicología, Liceo Sorolla y Fundación AMAI TLP.

La Dra. Covadonga Martínez Díaz-Caneja ha recibido honorarios de Angelini y Johnson & Johnson.

El Dr. Celso Arango ha sido consultor o ha recibido honorarios o subvenciones de Abbot, Acadia, Ambrosetti, Angelini, Biogen, BMS, Boehringer, Carnot, Gedeon Richter, Janssen Cilag, Lundbeck, Medscape, Menarini, Minerva, Otsuka, Pfizer, Roche, Rovi, Sage, Servier, Shire, Schering Plough, Sumitomo Dainippon Pharma, Sunovion, Takeda y Teva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solmi M, Radua J, Olivola M et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 ;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-55.

3. Fundación Atalaya, Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Inquietudes, preocupaciones y salud mental de la juventud en España. Madrid: Fundación Atalaya; 2024.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Año 2022. Madrid: INE; 2023.
5. World Health Organization. Adolescent mental health. Geneva: WHO; 2021.
6. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553–1598.
7. Kose I, Feijen-de Jong EI, Reijneveld SA, Janzen DEMC. Excess health care costs for children and adolescents with mental disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(5):733–50.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Mental Health and Work: Towards Better Mental Health of Children and Adolescents. Paris: OECD Publishing; 2021.
9. Abate BB, Sendekie AK, Merchaw A, et al. Adverse Childhood Experiences Are Associated with Mental Health Problems Later in Life: An Umbrella Review of Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*. 2025;84(1):48–64.
10. Arseneault L. Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):405–421.
11. Ladd GW. Children's peer relations and social competence: A century of progress. New Haven: Yale University Press; 2005.
12. Rubin KH, Bukowski WM, Laursen B, editors. *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. New York: Guilford Press; 2011.
13. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishing; 1993.
14. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*. 2009;54(S2):216–224.
15. Sentenac M, Gavin A, Arnaud C, Molcho M, Nic Gabhainn S, Godeau E. Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers. *J Adolesc Health*. 2011;48(5):461–466.
16. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States. *J Adolesc Health*. 2009;45(4):368–375.
17. Martín Babarro J. Assessment and detection of peer-bullying through analysis of the group context. *Psicothema*. 2014;26(3):357–363.
18. Abregú-Crespo R, Garriz-Luis A, Ayora M et al. School bullying in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2024;8(2):122–134.
19. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization. *Am J Psychiatry*. 2014;171(7):777–784.
20. Coie JD, Dodge KA. Aggression and antisocial behavior. In: Damon W, Eisenberg N, editors. *Handbook of Child Psychology*. 5th ed. New York: Wiley; 1998.
21. Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:495–525.
22. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, Telch MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2010;34(4):244–252.
23. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(9):1035–1041.
24. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2009;123(3):1059–1065.
25. Tokunaga RS. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Comput Human Behav*. 2010;26(3):277–287.
26. Hinduja S, Patchin JW. *Bullying beyond the schoolyard*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2009.
27. Wolke D, Lee K, Guy A. Cyberbullying: a storm in a teacup? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(8):899–908.
28. Kasturiratna KTAS, Hartanto A, Chen CHY, Tong EMW, Majeed NM. Umbrella review of meta-analyses on the risk factors, protective factors, consequences and interventions of cyberbullying victimization. *Nat Hum Behav*. 2025;9(1):101–132.
29. World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030.* Geneva: World Health Organization; 2021.
30. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M et al. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatr*. 2021;175(1):44–55.
31. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591–604.
32. Arango C, Martín-Babarro J, Abregú-Crespo R et al. A web-enabled, school-based intervention for bullying prevention (LINKlusive): a cluster randomised trial. *E Clinical Medicine*. 2024 Jan 26;68:102427.
33. Observatorio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Informe de resultados del Programa de Enlace de Salud Mental y Educación de la Comunidad de Madrid. 2024.
34. Camacho-Rubio J, Ulloa Á, Parellada M et al. *The Mental Health Clinical Liaison Programme for Schools: developing a new approach in Child and Adolescent Mental Healthcare in Spain.* *Int Rev Psychiatry*. 2024;1–11.

Si desea citar nuestro artículo:

Rodríguez-Torres A, Martín O, Ruiz-Zuluaga C, Mayoral M, Díaz-Caneja CM, Serrano I, Ulloa Á, Vidal J, Arango C. **Cómo mejorar la salud mental de los niños y adolescentes a través de intervenciones en el sistema educativo.** *An RANM*. 2025;142(03): 233–238. DOI: 10.32440/ar.2025.142.03.rev01
