

## Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica

Loreto Leiva<sup>a(\*)</sup>, Myriam George<sup>a</sup>, Andrés Antivilo<sup>a</sup>, Ana María Squicciarini<sup>b</sup>, Ariela Simonsohn<sup>b</sup>, Belén Vargas<sup>a</sup>, Javier Guzmán<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Chile, Chile.

<sup>b</sup> Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Chile.

<sup>c</sup> Universidad del Desarrollo, Chile.

(\*) [loretoleivab@uchile.cl](mailto:loretoleivab@uchile.cl)

### RESUMEN

En el marco del programa Habilidades para la Vida se identificaron y evaluaron a aquellos niños y niñas pesquisados en riesgo y que participaron en las actividades preventivas del Programa. Se evaluó si presentaban una diferencia pre-post intervención en las variables atención concentración, logros cognitivos, aceptación de la autoridad, nivel de actividad, contacto social, madurez emocional y disfunción psicosocial; esto según intensidad de asistencia a la intervención de niños y niñas, de los padres y de los profesores. En una muestra de 1.336 escolares de educación básica pertenecientes a sectores de bajos ingresos, se aplicó un diseño ex-post-facto longitudinal prospectivo, con mediciones antes y después. Se realizaron ANOVA de medidas repetidas, Chi cuadrado y regresión lineal múltiple. Los resultados mostraron cambios favorables en todas las variables evaluadas post-intervención y en aquel grupo cuyo profesor asistió al menos a una sesión del taller. Igualmente, una mayor asistencia de los estudiantes al programa se asoció a mayor asistencia de los padres y profesores. Se discute y concluye acerca de los alcances de la intervención y las implicancias futuras investigaciones.

### PALABRAS CLAVE

salud mental; escuela; intervención; prevención; talleres

## School mental health: Achievements of a mental health preventive intervention on first year Elementary School male and female students

### ABSTRACT

Within the scope of the program "Habilidades para la Vida" (Skills for Life), we identified and evaluated children deemed as at-risk, who participated in the Program's preventive activities. We evaluated if they exhibited a difference in the pre-post intervention in the variables attention, concentration, cognitive achievement, acceptance of the authority, level of activity, social contact, emotional maturity and psycho-social dysfunction; according to the level of attendance to the intervention sessions by boys and girls, parents and teachers. In a sample of one thousand three-hundred and thirty-six students of elementary education from low-income areas, we applied a prospective longitudinal ex-post-facto design, with measurements recorded before and after interventions. We computed the ANOVA of repeated measurements, Chi-squared and multiple linear regression. Results showed positive changes in all computed variables post-intervention and in the group where the teacher attended at least one of the workshop sessions. Similarly, the better attendance level of students to the program was associated with better attendance levels of parents and teachers. We discuss and argue about the scope of the intervention and the implications for future research.

### KEYWORDS

mental health; elementary school; intervention; prevention; workshops

Recibido: 20 de mayo  
2014

Aceptado: 30 de  
diciembre 2014

**Cómo citar este artículo:** Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A., Simonsohn, A., Vargas, B. & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14(1), 31-41. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl>  
doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE1-FULLTEXT-508

## Introducción

La salud mental es concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Con respecto a los niños y niñas, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales o la aptitud para aprender y participar activamente en la sociedad (OMS, 2004).

Las cifras nacionales e internacionales dan cuenta de un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia (de la Barra, 2011). Un tercio de la población infanto-juvenil chilena presenta algún tipo de trastorno mental (Vicente et al., 2012). Asimismo, los estudios de prevalencia dan cuenta que los niños y adolescentes con trastornos mentales no están recibiendo la atención especializada que requieren (Green et al., 2013; Mills et al., 2006; Weist & Murray, 2008), reflejándose todo ello en una alta brecha asistencial. En Chile, la mayor parte de los niños y adolescentes que presentan psicopatología recibe atención en la escuela (Vicente et al., 2012), lo que coincide con investigaciones internacionales que reconocen a la escuela como el prestador por excelencia de servicios de salud mental, considerando que gran parte del día los niños y adolescentes permanecen en ella y, por tanto, es el lugar más probable donde pueden acceder a servicios de este tipo (Domitrovich et al., 2010; Rones & Hoagwood, 2000; Macklem, 2014).

Dada la tasa de cobertura escolar, la escuela presenta una oportunidad única para impartir conocimientos sobre la salud, fomentar estilos de vida saludables y, especialmente, fortalecer el desarrollo psicosocial y físico para este grupo poblacional. A su vez, la escuela, como centro de enseñanza, aprendizaje, convivencia y crecimiento, es un espacio privilegiado para implementar actividades y programas integrales de promoción de la salud, transformándose los establecimientos educacionales en escuelas promotoras de la salud (OMS, 2004); es decir, en comunidades educativas que apoyan la dignidad, el bienestar individual y colectivo además de ofrecer múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para niños y adolescentes, dentro del contexto de aprendizaje y éxito para la comunidad escolar, incluidos docentes, estudiantes y sus familias.

Es reconocido que una variedad de problemas psicosociales y de salud mental afectan el aprendizaje y rendimiento de manera profunda. Estos problemas se ven agravados, ya que niños, niñas y jóvenes interiorizan los efectos debilitantes del mal desempeño en la escuela y son castigados por la mala conducta que es un común correlato de fracaso escolar. Por todo ello, el vínculo entre las escuelas y las estrategias implementadas para mejorar el bienestar de los estudiantes se transforma en un impulso a la promoción y prevención de la salud mental (Hoagwood et al., 2007; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Suldo, Gormley, DuPaul & Anderson-Butcher, 2013).

Se ha demostrado que las intervenciones preventivas en salud mental permiten eliminar o reducir riesgo de ocurrencia de psicopatología de inicio temprano (Araya et al., 2011; Forness et al., 2000; Serna, Lambros, Nielsen & Forness, 2002; Weare & Nind, 2011). De hecho se menciona que muchos de los trastornos psicológicos y conductuales manifestados en la adultez, al ser pesquisados en sus etapas iniciales -es decir cuando aún no se ha desarrollado el trastorno- proporcionan un espacio clave para la prevención e intervención. Por otra parte el implementar estrategias preventivas de salud mental en las escuelas produce un aumento de habilidades sociales y emocionales, disminución de comportamiento disruptivo y mejora en el rendimiento académico de los estudiantes (Hoagwood et al., 2007; Durlak et al., 2011; Suldo et al., 2013; Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003; Weist & Murray, 2008). Se ha visto que los resultados positivos en la mejora de las calificaciones están de la mano con el desarrollo de competencias emocionales y sociales (Zins, Weissberg, Wang & Walberg, 2004).

Asimismo, se ha señalado también que este tipo de intervenciones tienen una influencia en la conducta y desempeño actual y futuro de los estudiantes, además de una reducción de los costes de tratamiento y de educación. Por el contrario, la ausencia de servicios en salud mental tiene efectos perjudiciales en la vida de los estudiantes a largo plazo (Albers, Glover & Kratochwill, 2007).

En la actualidad existe consenso, a nivel internacional, que la implementación de programas promocionales y preventivos de salud mental en la escuela son necesarios para el bienestar de los estudiantes, pues permiten el desarrollo habilidades y competencias socioemocionales y de resolución de problemas, los que se constituyen en factores protectores de la salud mental (Dowdy, Ritchey & Kamphaus, 2010; Weist & Murray, 2008; Wells et al., 2003).

## **Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica**

Siguiendo esta línea, desde 1998, en Chile se ejecuta el Programa Habilidades para la Vida [HpV] de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB], implementado en escuelas municipales y particulares subvencionadas. Este programa con cobertura nacional, y en colaboración con los gobiernos locales, ha sido una respuesta pública estructurada de promoción y prevención en salud mental de larga trayectoria (George, Guzmán, Hartley, Squicciarini & Silva, 2006).

El HpV es un programa en el cual se llevan a cabo estrategias promocionales y preventivas recomendadas por la OMS (2004), valorando la realidad local y considerando temáticas pertinentes al ciclo vital de los participantes (Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva, 2006). En la actualidad, el programa se implementa en 2 modalidades: desde el nivel parvulario hasta 4º básico (HpV I), y desde 5º a 8º básico (HpV II). En el programa HpV I participan niños y niñas entre 6 y 9 años. El propósito del programa, a corto plazo, es aumentar el éxito en el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje, disminuir la repetición y el abandono. En el largo plazo, busca disminuir daños en salud (depresión, suicidio, consumo abusivo de alcohol y drogas), prevenir conductas violentas y elevar el bienestar, las competencias personales y la esperanza de vida.

Entre las numerosas actividades del programa se considera la realización de acciones de detección o pesquisa de riesgo en salud mental. Su objetivo es identificar aquellos niños y niñas que presentan conductas de riesgo como agresividad, timidez, bajos logros académicos, problemas de atención y concentración que afectan su adaptación escolar y su bienestar psicológico. Gracias a esta pesquisa es posible identificar conductas de riesgo que han sido evaluadas como predictoras de trastornos mentales futuros (Werthamer-Larsson, Kellam & Wheeler, 1991; Guzmán et al., 2011; Murphy et al., 2014).

Estudios realizados en niños y niñas participantes del programa han mostrado que los problemas de salud mental identificados a través de la pesquisa realizada en primer año básico se relacionan con bajos logros académicos medidos en cuarto año básico. Los estudiantes identificados en riesgo en salud mental obtuvieron peores resultados académicos en el SIMCE (Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje, prueba estandarizada chilena) que aquellos que no estaban en riesgo. (Guzmán et al., 2011). Los autores concluyen que los niños/as con riesgo en salud mental, basados en pesquisas de banda ancha, esto es que miden el funcionamiento psicosocial general o de salud mental (O'Connell, Boat & Warner, 2009), tienen bajos resultados en pruebas académicas estandarizadas cuando son comparados con niños/as que no tienen riesgo en salud mental.

Otro estudio realizado al interior de este mismo programa mostró que aquellos niños y niñas que aumentaban su nivel de salud mental entre 1º y 3º básico tenían un mejor progreso académico que aquellos estudiantes que no mejoraban o bien empeoraban su salud mental. Este estudio se constituye como una contribución importante al demostrar (mediante el uso de los datos longitudinales de salud mental) la relación entre los cambios en la salud mental y los cambios en el rendimiento académico en niños y niñas de primer ciclo básico (Murphy et al., 2014).

De esta manera, ambos estudios (Guzmán et al., 2011; Murphy et al., 2014) señalan que la salud mental es un predictor de éxito académico y que los programas de salud mental en la escuela pueden ayudar a mejorar los resultados académicos.

### **Identificación del riesgo en salud mental y estrategia preventiva del programa HpV I**

En la pesquisa del riesgo en salud mental, el programa HpV I utiliza dos instrumentos: Teacher Observation of Classroom Adaptation-Revised (TOCA-RR) (Werthamer et al., 1991) administrado al profesor o profesora jefe del niño o niña y el Pediatric Symptom Checklist (PSC) (Jellinek, Murphy & Burns, 1986; Jellinek & Murphy, 1988; Jellinek et al., 1988; Jellinek, Murphy & Little, 1999; Pagano, Cassidy, Little, Murphy & Jellinek, 2000), el cual es contestado por los padres de los niños o niñas. El programa toma decisiones de intervención basada en los resultados de los cuestionarios de modo de vehicular los recursos necesarios para cada situación de acuerdo al nivel de riesgo detectado individualmente. En el caso de la intervención preventiva, los criterios de inclusión se basan en la pesquisa de riesgo en salud mental realizada a partir del cuestionario TOCA-RR.

Con la intervención preventiva del HpV I se busca modificar la trayectoria del riesgo detectado, de modo tal que tempranamente se aborden acciones sobre conductas de riesgo que podrían implicar trastornos mentales futuros. De no intervenir a tiempo, estas conductas de riesgo aumentan su frecuencia y podrían repercutir en la salud mental de los niños y niñas al no ser apoyados oportunamente.

Por las características de este modelo de intervención (criterios de inclusión, riesgo específico e individual, intensidad de intervención) se adscribe una intervención preventiva focalizada o indicada (Mrazek & Haggerty, 1994).

Operativamente, una vez identificados los niños y niñas en riesgo (1º básico) se les invita a participar en un taller preventivo al año siguiente (2º básico). Esta intervención

preventiva consiste en un taller de 15 sesiones: 10 sesiones regulares de 2 horas con los niños y niñas, 3 sesiones con los padres y 2 sesiones con los profesores. El taller preventivo tiene una duración de aproximadamente 3 meses y es implementado por los equipos profesionales del programa.

Esta intervención preventiva está orientada a la reducción del impacto negativo de los factores de riesgo (agresividad, bajos logros cognitivos, hiperactividad, timidez) y la potenciación de factores protectores (comunicación, sociabilidad, expresión de sentimientos y asertividad) con el propósito de estimular el desarrollo de competencias y habilidades en los niños/as de manera integrada y adaptativa al entorno escolar.

El taller es grupal, cerrado, mixto y se realiza en la escuela durante el 2° año básico y principalmente está a cargo de psicólogos del equipo ejecutor del programa. Esta actividad se desarrolla en 5 fases: (i) integración grupal, (ii) reconocimiento de normas y límites, (iii) identificación y expresión de emociones, (iv) resolución de conflictos y (v) fase de cierre, en la cual se trabaja la integración de las experiencias y la evaluación del taller por el grupo. Se efectúan registros de asistencia por sesión, se registra la evolución individual y del grupo y el cumplimiento de objetivos y actividades por sesión.

No obstante, existen diferencias en la tasa de participación de niños y niñas, padres y profesores. Por ello, se hipotetiza respecto del efecto que tiene la asistencia en la capacidad modificadora del riesgo de la intervención diseñada.

El presente estudio busca evaluar la diferencia de los factores evaluadores pre y post intervención según: (i) la regularidad de asistencia al taller de los niños y niñas, (ii) la asistencia de los padres; (iii) la asistencia de los profesores a las sesiones y, por último, (iv) analizar si la asistencia a los talleres por parte de los niños y niñas, padres y profesores tiene alguna asociación.

## Metodología

### Diseño

Se realizó un diseño ex-post-facto, longitudinal prospectivo, con mediciones pre y post (Campbell & Stanley, 1966). La primera medición, realizada a través de los instrumentos TOCA-RR y PSC, se efectuó cuando los estudiantes se encontraban cursando 1° básico en el año 2010. Luego, en 2° básico, año 2011, se realizó la intervención preventiva. Finalmente, la última medición se realizó cuando los niños se encontraban en 3° básico, es decir, durante el año 2012. El grupo en estudio asistió al taller preventivo descrito y participó además de actividades promocionales que se

aplican a toda la población de sus escuelas respectivas en el marco del programa HpV I.

### Participantes

Se evaluó una muestra de 1.336 escolares pertenecientes a 293 colegios de 29 comunas de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Todos los establecimientos seleccionados presentaban similares Índices de Vulnerabilidad Escolar (IVE) (Cornejo et al., 2005). El IVE es construido con variables asociadas a la condición socioeconómica de los niños que ingresan al sistema escolar financiado por el Estado y sus familias, siendo un indicador de pobreza. En el caso de los niños y niñas de este estudio, ellos pertenecían a sectores vulnerables y de bajo nivel socioeconómico.

La primera evaluación permitió identificar a aquellos niños y niñas que se encontraban en riesgo en salud mental, según los resultados obtenidos en los cuestionarios administrados universalmente a todo el 1° básico.

En el caso de existir riesgo en salud mental en el cuestionario TOCA-RR, estos niños y niñas deberían haber asistido regularmente a los talleres preventivos en 2° básico. No obstante, sólo el 59% (N=790) de ellos asistió a 8 sesiones o más, un 41% (N=546) asistió a un máximo de 7 sesiones. Al comparar en las variables de entrada a aquellos que asistieron a 8 o más sesiones y aquellos que asistieron a 7 o menos sesiones de del taller preventivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La muestra final de niños y niñas participantes de este estudio quedó compuesta por un 42,6% (N=569) de niñas y un 57,4% (N=733) de niños. La edad promedio del grupo fue de 6,44 (DS=0,59), eliminando en este análisis todos aquellos datos perdidos o atípicos. Al comparar ambos grupos y asumiendo la homogeneidad de las varianzas se encontró que el promedio de edad de las niñas era menor que el de los niños ( $t(1300) = -2.21$ ;  $p = 0,027$ ;  $\alpha = 0,05$ ).

La asistencia de los profesores y padres se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
*Asistencia de los profesores y padres a las sesiones del taller*

N=1336	Número de sesiones a la que asisten los padres				Número de sesiones a la que asisten los profesores		
	0	1	2	3	0	1	2
N	573	220	248	295	25,5	142	939
%	42,9	16,6	18,6	22,1	19,1	10,6	70,3

### Instrumentos

Las variables en estudio fueron los seis factores de riesgo psicosocial que se desprenden del TOCA-RR y el puntaje total del PSC.

El TOCA-RR informa acerca de la conducta en la sala de clases y es respondido por el profesor en el contexto de una entrevista realizada por entrevistadores capacitados. Se encuentra validado en lo predictivo y en su capacidad para describir de manera confiable la conducta de los niños, permitiendo identificar a aquellos niños con factores de riesgo y conductas desadaptativas que se encuentran asociados con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en la adolescencia (Kellam, Mayer, Rebok & Hawkins, 1998; Kellam, et al. 2008, Kellam et al. 2011).

En su versión chilena, TOCA-RR está compuesto por 6 factores que permiten identificar los niveles de: (i) atención y concentración (AC), el que da cuenta de la persistencia en la tarea y grado de distractibilidad, (ii) logros cognitivos (LC), entre los que se considera la motivación en el trabajo y el desempeño escolar, (iii) aceptación de la autoridad (AA) que permite identificar la desobediencia, la tolerancia a la frustración y las reacciones agresivas físicas y verbales, (iv) nivel de actividad (NA) que da cuenta de conducta hiperactiva, (v) contacto social (CS) que evalúa la integración e interacción con pares y la participación en actividades y (vi) madurez emocional (ME) que considera la autonomía respecto a las actividades escolares y la dependencia emocional. Cada uno de estos factores informa acerca de la conducta en la sala de clases, utilizando una escala de frecuencias de 6 puntos (1=casi nunca, 6= casi siempre). Ejemplos de preguntas son: desobedece las reglas, se para frecuentemente y camina por la sala o busca demasiada atención de los compañeros, entre otros.

El PSC es un instrumento que mide la disfunción psicosocial, entendida como problemas cognitivos, emocionales y de comportamientos que presenta el niño en el hogar (Jellinek et al., 1986; Murphy & Jellinek,

1988; Jellinek et al., 1988; Murphy, Jellinek & Milinsky, 1989). El instrumento es aplicado a los padres y contiene 33 preguntas que son respondidas mediante escala de frecuencia de 3 puntos (1=nunca, 2=a veces y 3=seguido), obteniéndose un puntaje total.

Ambos instrumentos han sido adaptados y validados en Chile con el fin de realizar investigaciones en salud mental infantil en contextos escolares (George, et al., 2004). Estos resultados dan cuenta de buen nivel de confiabilidad de ambos instrumentos, así como de su estructura interna. El Alfa de Cronbach en cada uno de los factores del TOCA-RR, así como del instrumento del PSC fue superior a 0.8.

Por último, se consignaron el número de sesiones a las cuales asistieron los niños y niñas, sus padres y profesores jefes en una planilla de registro de asistencia individual de los participantes generada por el equipo ejecutor del Programa.

### Análisis de datos

En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos básicos para caracterizar al grupo a lo largo de todo el estudio. Así, se determinó la cantidad de niños que participaron en cada etapa de la evaluación, y el promedio y desviación estándar que alcanzaron en cada dimensión de ambos instrumentos, tanto de manera previa como posterior a su intervención.

Dado lo ex-post-facto de este estudio y en vista que se trabajó con bases de datos cuya información es recopilada por el programa HpV, no fue posible considerar otras variables que pudiesen estar interviniendo. No obstante, pre intervención se evaluó que los grupos de comparación fueran homogéneos al inicio del estudio. Igualmente, se veló por el cumplimiento de los supuestos necesarios para la utilización de cada una de las pruebas realizadas; así para la comparación de medias se realizaron análisis que permitieron establecer la normalidad de los datos a analizar y la homogeneidad de las varianzas (Test de Levene y Prueba de Box).

Luego, para determinar si existía diferencia entre los factores evaluados pre y post intervención, se realizó un análisis de varianza de dos factores (two-way ANOVA), con medidas repetidas en un factor. Por último, para establecer la posible asociación entre el nivel de asistencia de niños, padres y profesores se obtuvo el estadístico Chi cuadrado de Pearson y se generó un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando el método pasos sucesivos (*stepwise*), cuya variable dependiente fue la asistencia de los estudiantes.

Todos los análisis fueron realizados considerando los puntajes brutos o directos arrojados por los instrumentos utilizados en la investigación, utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 20) para ejecutar los procedimientos mencionados.

### Consideraciones éticas

Los criterios y metodologías de acción en el programa son informados y presentados a todos los participantes. Los padres son informados tanto acerca de la aplicación de los cuestionarios como de la actividad preventiva que de ella resulta y a la cual son invitados a participar aquellos niños y niñas pesquisados inicialmente en riesgo. En todo momento el programa garantiza la confidencialidad y resguardo de la identidad, así como de la información generada.

### Tabla 2.

Comparación de promedios en cada variable evaluada pre-post taller

	Pre intervención						Post intervención					
	G1 (N=790)		G2 (N=546)		Total (N=1306)		G1 (N=790)		G2 (N=546)		Total (N=1306)	
	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS
AC	18,03	4,15	18,22	4,09	18,11	4,13	15,35	5,05	15,45	5,33	15,39	5,17
LC	16,16	4,47	16,35	4,50	16,24	4,49	13,85	5,30	13,92	5,47	13,88	5,37
AA	28,55	9,08	28,31	9,32	28,45	9,18	21,57	9,87	22,47	10,30	21,94	10,06
NA	12,98	4,28	12,48	4,38	12,78	4,33	9,43	4,43	9,59	4,43	9,50	4,43
CS	19,40	5,76	20,39	5,79	19,80	5,79	15,88	6,34	15,73	6,65	15,82	6,47
ME	23,53	5,16	23,52	5,26	23,52	5,21	20,87	6,16	20,54	5,91	20,73	6,06
PSC	47,27	24,79	46,11	25,90	46,79	25,25	41,98	26,70	39,45	28,75	40,95	27,57

*Nota:* Las diferencias observadas entre las medias pre y post intervención por grupos, en cada una de las variables analizadas, presentan diferencias significativas (es decir, en todos los casos  $p < 0,05$ ).

Los promedios de las dimensiones evaluadas en el grupo total, así como en los G1 y G2 presentaron una disminución, al comparar la condición inicial y posterior a la aplicación del taller.

En el caso específico de este estudio se contó con la autorización del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB en el marco de la difusión de un estudio de apoyo metodológico adjudicado por la Universidad de Chile.

### Resultados

Para evaluar el efecto del taller preventivo se compararon los factores pre-post intervención obtenidos mediante la administración de los instrumentos respecto a las variables (i) asistencia de los niños y niñas al taller preventivo, (ii) asistencia de los padres al taller preventivo y (iii) asistencia de los profesores al taller preventivo.

Todos los niños y niñas incluidos en este estudio presentaban riesgo en salud mental. De ellos, el 59% (N=790) asistió a 8 o más sesiones (G1), mientras que el 41% (N=546) asistió a 7 o menos sesiones (G2).

Para visualizar los cambios en las variables evaluadas en el grupo total (N=1.302) y desagregando por G1 y G2, se calcularon los promedios y desviaciones estándar por cada dimensión evaluada, pre y post taller (Tabla 2).

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

**Tabla 3.**

Valores *F* observados en la comparación de grupos en las variables pre-post taller preventivo

	Asistencia de niños y niñas al taller		Asistencia de padres al taller		Asistencia de profesores al taller		
	Variable	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$
Tiempo	AC	307,99**	0,188	275,39**	0,171	168,90**	0,112
	LC	202,57**	0,132	185,89**	0,122	101,87**	0,071
	AA	475,49**	0,263	439,40**	0,248	285,34**	0,176
	NA	554,55**	0,294	505,71**	0,275	289,06**	0,178
	CS	356,27**	0,211	285,97**	0,177	258,32**	0,162
	ME	195,45**	0,128	151,32**	0,102	121,38**	0,083
	PSC	38,09**	0,028	27,557**	0,020	36,16**	0,026
	Tiempo * Grupo	AC	0,093		0,19		0,43
LC		0,13		0,39		0,86	
AA		3,82		0,47		0,85	
NA		5,88*	0,004	0,87		2,37	
CS		6,93**	0,005	5,39**	0,002	1,03	
ME		0,63		4,41**	0,010	0,73	
PSC		0,50		2,80*	0,006	5,46**	0,008
Grupo		AC	0,50		1,17		5,37**
	LC	0,31		1,59		3,29*	0,005
	AA	0,54		0,09		0,74	
	NA	0,72		1,69		7,76**	0,012
	CS	2,55		1,54		1,53	
	ME	0,48		1,59		3,06*	0,005
	PSC	2,77		2,61		3,61*	0,005

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Los resultados mostraron que hubo cambios favorables a través del tiempo (pre-post taller preventivo) en todas las variables de entrada. Así, se estableció que los niños y niñas evaluados exhibieron cambios favorables en la atención y concentración, en logros cognitivos y en la aceptación de la autoridad. También se encontraron cambios favorables en su nivel de actividad, en el contacto social y en la madurez emocional, así como también en sus niveles de disfunción psicosocial medidos a través del instrumento PSC.

Estas diferencias indican una disminución de los puntajes promedios de cada uno de los factores del instrumento TOCA-RR y del total del instrumento PSC. Lo anterior se traduce en un mejoramiento general de los niveles evaluados luego de la aplicación y asistencia al taller preventivo. En la totalidad de las variables evaluadas no se encontraron diferencias según la cantidad de sesiones a las cuales asisten los niños y niñas, y sus padres; en cambio la atención y concentración, los logros cognitivos, el nivel de actividad, el nivel de madurez emocional y la disfunción psicosocial mejoraron según la intensidad de asistencia de profesores. Los cambios más favorables

fueron observados en aquel grupo cuyo profesor asistió al menos a una sesión del taller.

Respecto a la interacción a través del tiempo y las variables evaluadas, dada la asistencia de los niños y niñas al taller se observaron cambios en los factores nivel de actividad y contacto social, lo que indica un mejor manejo de esos factores, especialmente en aquellos que habían asistido a 8 sesiones o más. A pesar que este grupo parte con niveles menos favorables respecto a su nivel de actividad, post taller preventivo presenta niveles más favorables que aquellos que asisten a 7 o menos sesiones. En cambio el contacto social, si bien progresa en ambos grupos, presenta mejores resultados en aquellos niños y niñas que asisten a 7 sesiones o menos.

Por otra parte, la interacción a través del tiempo y las variables evaluadas, según la asistencia de los padres, muestra mejores resultados en los niveles de contacto social, madurez emocional y disfunción psicosocial. Al observar la asistencia de los profesores, se evidencia una mejoría en los niveles de disfunción psicosocial post intervención. Los mejores resultados se observan en aquellos niños y niñas cuyos padres asisten a las tres

sesiones establecidas por el programa y cuyos profesores asisten al menos a una de las dos sesiones implementadas para ellos.

Asimismo, se examinó la asociación existente entre la asistencia de los niños y niñas, de los padres y de los profesores a los talleres. Los resultados mostraron una asociación significativa entre la asistencia de los niños y niñas a los talleres y la asistencia de los padres; de hecho es más probable que los niños y niñas que asisten a 7 o menos sesiones tengan padres que no asisten a ninguna de las sesiones del taller; por el contrario es más probable que los niños que asisten a 8 o más sesiones tengan padres que asisten igualmente al máximo de sesiones previstas ( $\chi^2=264,74$ ;  $p<.01$ ;  $n=1.336$ ).

Similares resultados se encuentran cuando se examina la relación entre la asistencia a los talleres de niños y niñas y sus profesores. Existe una asociación significativa entre la asistencia de los niños y niñas a los talleres y la asistencia de los profesores; siendo más probable que aquellos niños que asisten 8 o más sesiones cuenten con profesores que asisten también al máximo de sesiones. Por el contrario, aquellos niños que asisten a menos de 7 tienen profesores que no asisten a las sesiones implementadas ( $\chi^2=471,06$ ;  $p<.01$ ;  $N=1.336$ ).

Adicionalmente, se analizó en qué medida la asistencia de los padres y profesores a los talleres se relacionaba con la asistencia de los estudiantes. Con dicho fin, se generó un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando el método pasos sucesivos (*stepwise*), donde la variable dependiente corresponde a la asistencia de los estudiantes, y las variables independientes a la asistencia sus padres (APADRE) y profesores (APROFE). El modelo con mayor poder predictivo ( $F_{2, 1333} = 1567,23$ ;  $p<.001$ ) es el siguiente:

$$\text{Asistencia Estudiantes} = 0,757 + 3,574 \text{ Aprofe} + 0,412 \text{ Apadre} \quad (1)$$

El coeficiente de determinación del modelo (R cuadrado corregido) alcanza un valor de 0,70, lo que significa que el 70% de la variabilidad observada en la asistencia de los estudiantes al taller puede ser explicada en función de la asistencia de los profesores y padres. De este modo, se puede afirmar que una mayor asistencia a los talleres, tanto de los profesores como de los padres, se asocia con una mayor asistencia de los estudiantes.

Respecto a los estadísticos de colinealidad, la tolerancia es adecuada en ambas variables (0.73), VIF es pequeño (1,36) y el índice de condición no supera lo establecido (5,09); lo que indica que no existe colinealidad entre las variables incluidas en el modelo. Por último, al tipificar los valores de los coeficientes de regresión parcial expresados en el modelo (1), se determina que la asistencia de los profesores ( $\beta= 0,76$ ) posee mayor influencia que la de los padres ( $\beta= 0,13$ ) en la predicción de la asistencia del menor.

## Discusión

La finalidad de la presente investigación consistió en evaluar si en aquellos niños y niñas pesquisados inicialmente en riesgo existía una diferencia pre-post intervención en las variables evaluadas según la intensidad (regularidad) de asistencia a la intervención de los niños y niñas, de los padres y de los profesores. Conjuntamente se analizó la asociación existente entre la asistencia a los talleres de los niños y niñas, de los padres y de los profesores a los talleres y se analizó si la asistencia de los niños y niñas, padres y profesores a los talleres tenía alguna asociación. El responder a estas interrogantes permitió profundizar en el conocimiento de la intervención en salud mental realizada y en su capacidad de revertir las condiciones de riesgo, así como identificar variables que pueden afectar el éxito de la intervención.

Los resultados referentes a las variables estudiadas muestran mejora post intervención en todas las variables evaluadas. Los niños y niñas post intervención mostraron cambios favorables en su concentración, desempeño escolar, respuestas agresivas, nivel de actividad, relaciones interpersonales, dependencia emocional y en sus niveles de disfunción psicosocial; lo que muestra que la asistencia a los talleres se traduce en resultados favorables para los niños y niñas identificados inicialmente en riesgo.

Del mismo modo, al evaluar si esta disminución en el riesgo dependía de la intensidad de asistencia a los talleres de los niños y niñas, de sus padres y sus profesores fue posible identificar cambios favorables a través del tiempo en aquel grupo cuyo profesor asistió al menos a una sesión del taller. Los niños y niñas evaluados mejoran en sus niveles de atención, concentración, logros cognitivos, nivel de actividad, madurez emocional y disfunción psicosocial.

Al observar las interacciones, estas refieren que aquellos niños que asisten al menos a 8 sesiones mejoran en la variable que mide nivel de actividad y contacto social. Esto es, presentan mayor capacidad para controlar sus conductas externalizantes, mejor integración con pares, mayor participación en actividades y mejor relación con sus profesores.

Respecto a las variables contacto social, madurez emocional y disfunción psicosocial, estas mejoran en aquellos niños y niñas cuyos padres asisten a las tres sesiones establecidas por el programa.

Finalmente, la disfunción psicosocial también mejora cuando los profesores asisten al menos a una de las dos sesiones implementadas para ellos; lo que se traduce en una disminución de las conductas desadaptativas y menos problemas emocionales.

Por otra parte, se observó una asociación significativa entre la asistencia a los talleres de los niños y niñas, de los padres y de los profesores. Esto se traduce en que, a mayor asistencia de los niños y niñas, mayor es la asistencia de los padres y profesores, y a su vez si mayor es la asistencia de los padres, mayor es la asistencia de los profesores. Al analizar en qué medida la asistencia de los padres y profesores a los talleres se relacionaba con la asistencia de los estudiantes, se encontró que una mayor asistencia a los talleres de los profesores y de los padres se asociaba con una mayor asistencia de los estudiantes, pudiendo la asistencia de los estudiantes al taller ser explicada en función de la asistencia de los profesores y padres.

Esto muestra la importancia (mutua o reciproca) de todos los subsistemas de la comunidad educativa y cómo el compromiso de los profesores está en directa relación con la participación de los padres en las actividades preventivas del programa HpV. Esto coincide con los hallazgos de George et al. (2012) quienes, mediante un estudio cualitativo de evaluación del componente promocional del programa, concluyen que un aspecto muy valorado por profesores y padres es la mirada integral de comunidad educativa, dando mayor oportunidad de participación en la escuela a los padres y obteniendo como resultado un mayor compromiso con la educación de sus hijos y un mejor vínculo familia-escuela. De esta manera, se comprueba que una aproximación integrada de los diversos actores de la escuela para abordar el bienestar de los estudiantes tiene efectos. Este resultado da cuenta que el programa enriquece las prácticas docentes que en ocasiones se encuentran con escasos recursos metodológicos para trabajar con estudiantes con problemas de conducta.

Por otra parte, el posible efecto favorable que tiene la asistencia de los profesores a las sesiones en los resultados obtenidos por los niños y niñas, pudiese estar relacionada con la asociación encontrada por Pas y Bradshaw (2013), quienes han observado como una buena evaluación por parte del profesor de su contexto de trabajo influye en la calidad de la relación entre éste y sus estudiantes y, a su vez, en el nivel de adaptación escolar de estos últimos. Asimismo, se ha propuesto que estrategias preventivas de salud mental en la escuela que combinan intervenciones dirigidas hacia profesores y padres producen un efecto aditivo o sinérgico en el logro de resultados favorables en el corto y mediano plazo respecto a la reducción del riesgo (Ialongo, Poduska, Werthamer & Kellam, 2001), lo cual también pudiese responder a la asociación entre las variables de asistencia al taller de niños, padres y profesores.

Como parte de las limitaciones de este estudio se debe señalar que dadas las características del programa no fue posible contar con más mediciones en el tiempo, lo cual hubiese permitido observar si se mantenía una

tendencia favorable a través del tiempo. Investigaciones futuras de índole longitudinal podrían responder a la interrogante de cuáles podrían ser los resultados distales de esta intervención el reducir, por ejemplo, la conducta agresiva, también se podría esperar en un futuro que los jóvenes no presentase abuso de drogas, de alcohol y tabaco, ni conductas antisociales (Kellam et al., 1998; Petras et al., 2008).

Por otra parte, al no contar con un grupo control, no es posible aseverar si los resultados encontrados son producto de la asistencia de los niños y niñas a los talleres, de la asistencia de sus padres o de sus profesores. Dado las características y particularidades del programa HpV I y las estrategias implementadas en su ejecución, es complejo contar ya sea con grupos diferidos de intervención o con grupos controles aleatorizados; de ahí la imposibilidad de establecer otro tipo de diseño.

En términos generales, esta investigación permitió a nivel teórico evaluar los logros en distintas variables psicosociales de una intervención preventiva en salud mental en la escuela dirigida niños de primer ciclo. Por otra parte, desde el punto de vista aplicado sirvió para orientar un programa que opera a gran escala y el cual requiere para seguir avanzando contar con investigaciones que identifiquen sus logros y orienten futuros estudios.

También estos resultados permiten alertar a los investigadores en el tema, pues el éxito de una intervención preventiva en salud mental escolar parece no depender solo de la aplicación de un buen diseño y de una buena fidelidad en su ejecución, sino también del compromiso y participación de los adultos que son significativos para los niños y niñas en que participan de estas estrategias.

## Referencias

- Albers, C., Glover, T. & Kratochwill, T. (2007). Where are we, and where do we go now? *Journal of School Psychology*, 45(2), 257–263. doi: [10.1016/j.jsp.2006.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.12.003)
- Araya, R., Montgomery, A., Fritsch, R., Gunnell, D., Stallard, P., Noble, S. & Rojas, G. (2011). School-based intervention to improve the mental health of low-income, secondary school students in Santiago, Chile (YPSA): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 1-8. doi: [10.1186/1745-6215-12-49](https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-49)
- Campbell, D. & Stanley, J. (1966). *Experimental and quasiexperimental designs for research*. Chicago: Rand McNally & Company.
- Cornejo, A., Céspedes, P., Escobar, D., Núñez, R., Reyes, G. & Rojas, K. (2005). *SINAE. Sistema Nacional de Asignación con Equidad Para Becas JUNAEB: Una nueva visión en la construcción de igualdad de oportunidades en la infancia*. Santiago

- de Chile: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Dirección Nacional.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M. & Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psykhē*, 15(1), pp. 57-65. doi: [10.4067/S0718-22282006000100005](https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000100005)
- De la Barra, F. (2011). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M. & Ialongo, N. S. (2010). Integrated models of school-based prevention: Logic and theory. *Psychology in the Schools*, 47(1), 71-88. doi: [10.1002/pits.20452](https://doi.org/10.1002/pits.20452)
- Dowdy, E., Ritchey, K. & Kamphaus, R. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*, 2(4), 166-176. doi: [10.1007/s12310-010-9036-3](https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3)
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi: [10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x)
- Forness, S. R., Serna, L. A., Nielsen, E., Lambros, K., Hale, M.J., & Kavale, K.A. (2000). A model for early detection and primary prevention of emotional or behavioral disorders. *Education and treatment of children*, 23(3), 325-345.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Squicciarini, A.M. & Guzmán, M.P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: Evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología. Universidad de Chile*, 21(2), 55-81.
- George, M., Guzmán, M.P., Hartley, M., Squicciarini, A. M. & Silva, C. (2006). *Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB: Patente ISBN 956-8586-01*. Recuperado de <http://www.junaeb.cl/habilidades-para-la-vida>
- George, M., Squicciarini, A.M., Zapata, R., Guzmán, M.P., Hartley, M. & Silva, C. (2004) Detección precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(2), 9-20.
- Green, J., McLaughlin, K., Alegría, M., Costello, E., Gruber, M., Hoagwood, K., Leaf, P., Olin, S., Sampson, N. & Kessler, R. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(5), 501-510. doi: [10.1016/j.jaac.2013.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.002)
- Guzmán, M. P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A. M., Canenguez, K. M. & Murphy, J. M. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(8), 401-411. doi: [10.1007/s00787-011-0191-3](https://doi.org/10.1007/s00787-011-0191-3)
- Hoagwood, K., Olin, S., Kerker, B., Kratochwill, T., Crowe, M. & Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(2), 66-92. doi: [10.1177/10634266070150020301](https://doi.org/10.1177/10634266070150020301)
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. & Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9(3), 146-160. doi: [10.1177/106342660100900301](https://doi.org/10.1177/106342660100900301)
- Jellinek, M. & Murphy, J. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. *American Journal of Diseases in Children*, 142(1), 1153-1157.
- Jellinek, M. & Murphy, J. & Burns, B. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*, 109(2), 371-378.
- Jellinek, M., Murphy, J. & Little, M. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist (PSC) to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153(3), 254-260.
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. & Fenton, T. (1988). Pediatric symptom checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, 112(2), 201-209. doi: [10.1016/S0022-3476\(88\)80056-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80056-8)
- Kellam, S., Brown, C., Poduska, J., Ialongo, N., Wang, W., Toyinbo, P. & Wilcox H. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 5-28. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004)
- Kellam, S., Mayer, L., Rebok, G. & Hawkins, W. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two preventive interventions: An investigation of causal paths. En B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 486-505). New York, NY: Oxford University Press.
- Kellam S., McKenzie A., Brown H., Poduska J., Wang W., Petras H. & Wilcox H. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*. 6(1), 73-84.

- Macklem, G. (2014). *Preventive mental health at school: Evidence-based services for students*. Nueva York: Springer. doi: [10.1007/978-1-4614-8609-1](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8609-1)
- Mills, C., Stephan, S., Moore, E., Weist, M., Daly, B. & Edwards, M. (2006). The president's new freedom commission: Capitalizing on opportunities to advance school-based mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3), 149-161.
- Murphy, J. & Jellinek, M. (1988). Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: Further validation of the Pediatric Symptom Checklist. 1988. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 450-456.
- Murphy, M., Guzmán, J., McCarthy, A., Squicciarini, A., George, M., Canenguez, K. & Jellinek, M. (2014). Mental Health Predicts Better Academic Outcomes: A Longitudinal Study of Elementary School Students in Chile. *Child Psychiatry Human Development*, 1, 1-12 doi: [10.1007/s10578-014-0464-4](https://doi.org/10.1007/s10578-014-0464-4)
- Murphy, J., Jellinek, M. & Milinsky, S. (1989). The Pediatric Symptom Checklist: Validation in the real world of the junior high school. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(4), 629-639.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington D.C.: National Academy Press.
- O'Connell, M., Boat, T. & Warner, K. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas*. Informe Compendiado. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, Ginebra. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Pagano, M., Cassidy L., Little M., Murphy J. & Jellinek M. (2000) Identifying psychosocial dysfunction in school age children: The pediatric symptom checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91-106.
- Pas, E. & Bradshaw, C. (2013). What affects teacher ratings of student behaviors? The potential influence of teachers' perceptions of the school environment and experiences. *Prevention science*. 15(6), 940-950. doi: [10.1007/s11121-013-0432-4](https://doi.org/10.1007/s11121-013-0432-4)
- Petras, H., Kellam, S., Brown, C., Muthen, B., Jalongo, N. & Poduska, J. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: Effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 45-59.
- Rones, M. & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 223-241.
- Serna, L., Lambros, K., Nielsen, E. & Forness, S. (2002). Head Start children at risk for emotional or behavioral disorders: Behavioral profiles and clinical implications of a primary prevention program. *Behavioral Disorders*, 27(2), 137-141.
- Suldo, S., Gormley, M., DuPaul, G. & Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*, 6, 84-98. doi: [10.1007/s12310-013-9116-2](https://doi.org/10.1007/s12310-013-9116-2)
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457. doi: [10.4067/S0034-98872012000400005](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005)
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(1), 29-69. doi: [10.1093/heapro/dar075](https://doi.org/10.1093/heapro/dar075)
- Weist, M. & Murray, M. (2008). Advancing school mental health promotion globally. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1, 2-12. doi: [10.1080/1754730X.2008.9715740](https://doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715740)
- Wells, J., Barlow, J. & Stewart, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103(4), 197-200. doi: [10.1108/09654280310485546](https://doi.org/10.1108/09654280310485546)
- Werthamer-Larsson, L., Kellam, S. & Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on child shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *American Journal of Community Psychology*, 19(4), 585-602.
- Zins, J., Weissberg, R., Wang, M. & Walberg, H. (Eds.) (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.