

Aranzazu Fernández-Rivas^{1, 2, 3 *} 
Begoña Garamendi Ibarra⁴ 
Isabel Galende Llamas⁵ 
Marisa Belaustegi^{4, 5}
Eva Sesma-Pardo^{1, 2, 3} 
Iñaki Kerexeta Lizeaga^{1, 2}
Amaia Bilbao-González^{6, 7} 
Federico Carminati⁸ 
Giuliana Galli-Carminati^{8, 9} 
Miguel Angel González-Torres^{1, 2, 3} 

1. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.
2. Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco, Bilbao, España.
3. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Bilbao, España.
4. Berritzegune Basauri-Galdakao. Departamento de Educación, Gobierno Vasco, España.
5. Departamento de Educación (ret), Gobierno Vasco, España.
6. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Hospital Universitario Basurto, Unidad de Investigación e Innovación, Bilbao, España.
7. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS), Bilbao, España.
8. Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire, Ginebra, Suiza.
9. Seoul National University, Bundang Hospital, Seúl, Corea del Sur.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Aranzazu Fernández Rivas
Correo: mariaaranzazu.fernandezrivas@osakidetza.eus

RESUMEN

Introducción: El programa “Resiliencia y Curriculum socioemocional” para la Promoción Universal de la Salud Mental en el centro escolar para adolescentes se viene desarrollando desde el curso 2017-2018 en el País Vasco. Consiste en la enseñanza del currículum socioemocional “Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas emocionales de la Terapia Dialéctica Conductual” (DBT STEPS-A) en el centro escolar. **Objetivos:** valorar el efecto del DBT STEPS-A en la Promoción de la Salud Mental y además analizar si ofrece también un efecto de Prevención selectiva de problemas de Salud Mental al alumnado vulnerable. **Material y Métodos:** se analizan 866 alumnos-as pertenecientes a 13 centros escolares de Bizkaia, evaluándolos mediante el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ),

Programa “Resiliencia y Curriculum socioemocional para alumnado adolescente”: enseñanza de DBT STEPS-A en centros escolares del País Vasco. Resultados en la Promoción y Prevención de la Salud Mental tras el primer año de implantación

“Resilience and Socioemotional Curriculum for Adolescent Students” Programme: Teaching DBT STEPS-A in Schools in the Basque Country; Mental Health Promotion and Prevention Results After the First Year of Implementation

ABSTRACT

Introduction: The “Resilience and Curriculum Socioemotional” Programme is a universal school-based mental health promotion intervention for adolescents, implemented in the Basque Country since the 2017-2018 academic year. It involves delivering the socioemotional learning curriculum “Dialectical Behaviour Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving” (DBT STEPS-A) in schools. **Objectives:** To assess the impact of DBT STEPS-A on mental health promotion and determine its potential role in the selective prevention of mental health problems among vulnerable students. **Material and method:** 866 students from 13 schools in Bizkaia were analysed. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), in both self-report and teacher versions, was

6 en las versiones autoaplicada y para profesores, pre y post intervención. **Resultados:** se halló una mejoría significativa de los valores de las escalas del SDQ tras la intervención, que apunta a un efecto de Promoción de la Salud Mental. Esta mejoría fue muy relevante en el alumnado vulnerable (aquellos con puntuaciones en el rango límite o no normal en las escalas del SDQ antes de la intervención), lo que parece evidenciar un efecto de Prevención selectiva. **Conclusiones:** DBT STEPS-A puede ser un currículum socioemocional efectivo para la Promoción universal de la salud mental para adolescentes en el centro escolar, además de ser también efectivo en la Prevención Selectiva en alumnado con síntomas o dificultades socioemocionales.

Palabras clave: Promoción universal de la salud mental en el centro escolar, Prevención selectiva de la salud mental, Curriculm socioemocional, Educación social y emocional, Resiliencia, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Los programas universales de salud mental en la escuela tienen como objetivo la promoción de la educación social y emocional y la resiliencia, así como la prevención de los problemas sociales, emocionales y de comportamiento (1).

Todos ellos se basan en la enseñanza de competencias socioemocionales al alumnado, mediante lo que se denomina currículum socioemocional (CSE). Este se define como el proceso de adquisición de competencias básicas para reconocer y manejar emociones, establecer y alcanzar metas positivas, apreciar la perspectiva de los demás, mantener relaciones sociales adecuadas, tomar decisiones responsables y gestionar las situaciones interpersonales de modo constructivo (2).

Son muchas las investigaciones que han evaluado cuáles son los aspectos fundamentales para que un CSE sea efectivo en sus objetivos de enseñanza y de Promoción de la Salud Mental y mejora del bienestar emocional. Para hacer una valoración más global vamos a centrarnos en los dos metaanálisis más relevantes realizados por Durlak *et al.* en 2011 (2) y por Cipriano *et al.* en 2023 (3).

Durlak y colaboradores (2) analizaron 213 estudios que representaban una muestra de 270.034 estudiantes. Hallaron cómo tras la enseñanza del

administered for pre- and post-intervention student assessment. **Results:** A significant improvement was observed in post-intervention SDQ scale scores, indicating an effect on mental health promotion. This improvement was particularly pronounced among vulnerable students (those with pre-intervention SDQ scale scores in the borderline or abnormal range), suggesting a potential selective prevention effect. **Conclusions:** DBT STEPS-A is a potentially effective socioemotional learning programme for universal school-based mental health promotion among adolescents and may provide selective prevention benefits for students presenting socioemotional symptoms or difficulties.

Keywords: Universal school-based mental health promotion, selective prevention of mental health problems, socioemotional learning, socioemotional education, resilience, adolescents.

CSE, el alumnado mejoraba en las habilidades socioemocionales, en las actitudes hacia sí mismos y hacia otros, incrementaban sus comportamientos sociales positivos y el rendimiento escolar, además presentaban un descenso en los problemas de conducta y en el malestar emocional. Asimismo, constataron cómo todos estos beneficios se obtenían si la formación la llevaba a cabo el profesorado previamente formado. En el caso de que los formadores fueran agentes externos al centro escolar, únicamente se producía mejoría en habilidades socioemocionales, en las actitudes hacia sí mismo y hacia otros, además de decrecer los problemas de conducta. Estos autores pudieron constatar cómo estos logros se mantenían a lo largo de un periodo medio de 92 semanas.

Cipriano y colaboradores (3) realizan un exhaustivo metaanálisis incluyendo 424 estudios con un total de 575.361 estudiantes, con una duración media de los programas de 52,8 semanas. Hallan cómo el alumnado que recibe la formación en CSE Universal mejora significativamente en habilidades socioemocionales, actitudes y comportamientos cívicos, relaciones con iguales, conductas prosociales, rendimiento escolar y relación profesor-alumno. Además, evidencian cómo descienden el malestar emocional y los comportamientos externalizantes en los estudiantes.

Existen diferentes programas de CSE con evidencia de su efectividad. Entre ellos, una de las intervenciones de educación socioemocional o CSE propuesta en los últimos años es el “Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas emocionales para adolescentes de la Terapia Dialéctica Conductual” (*Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents*, DBT STEPS-A) (4). Este CSE deriva de un componente de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales. Una vez entrenado el profesorado en este CSE, estos lo enseñan al alumnado en 30 sesiones (una/semana) a lo largo del curso escolar. Comienza enseñando el concepto de la Dialéctica según Hegel; para continuar con la formación en habilidades intrapersonales (Mindfulness, Tolerancia al Malestar y Regulación de las Emociones) las cuales aportan formación en las competencias de autoconocimiento, autogestión y resiliencia; y se finaliza con la formación en habilidades interpersonales (Efectividad interpersonal) que trabaja las competencias de conciencia social y gestión social. Por tanto, es un CSE que incluye la formación en las competencias requeridas según las recomendaciones del Informe de expertos europeos NESET II (5).

Varios estudios han evaluado el DBT STEPS-A demostrando su viabilidad y eficacia. Flynn et al. (6) llevaron a cabo una intervención incluyendo un grupo control y encontraron reducciones significativas en depresión, ansiedad y estrés social. Chugani et al (7) encuentran que es un CSE aceptable y factible a juicio del profesorado para su aplicación en centros escolares de población de bajo nivel económico. Martínez et al. (8) en un estudio caso-control encontraron mejoras significativas en la autoevaluación de resiliencia social y en dificultades de regulación emocional. Hastings et al. (9), también en un estudio caso-control, hallaron un efecto significativo del tratamiento sobre el comportamiento prosocial. Gasol et al. (10) en un estudio abierto encontraron una mejora significativa en las conductas prosociales y en los problemas con los compañeros.

En este artículo planteamos el estudio del DBT STEPS-A en un extenso grupo de estudiantes adolescentes con un doble objetivo:

7

- Analizar si el DBT STEPS-A es un CSE efectivo para la Promoción Universal de la Salud Mental
- Analizar si el DBT STEPS-A es un CSE efectivo para la Prevención Selectiva de problemas de Salud Mental

Nos planteamos este estudio al finalizar el primer año escolar en que este proyecto fue implementado para evaluar su efectividad en nuestro entorno social de cara a la planificación de la continuación del proyecto.

METODOLOGÍA

Intervención

Durante el curso 2017-2018 se implementó el Programa de Resiliencia y CSE como *Proyecto de Innovación Educativa* de Promoción Universal de la Salud Mental en 13 centros educativos de Bizkaia (11 Institutos de Educación Secundaria y 2 Centros de Formación Profesional) en base a la Convocatoria del Departamento de Educación del Gobierno Vasco a este tipo de proyectos (11). Todos los proyectos fueron aprobados y autorizados a su realización por la Dirección de Innovación Educativa del Gobierno Vasco.

Para ello, 44 profesores, orientadores y directores de centros escolares recibieron 26 horas de formación teórica y práctica-experiencial en el aula sobre DBT STEPS-A al inicio del curso escolar a cargo de una psiquiatra infantil y de la adolescencia con más de 12 años de experiencia en TDC.

A continuación, los profesores formaron a los alumnos en el aula adaptando DBT STEPS-A a un total de 20 sesiones (1 sesión/semana/20 semanas), haciendo hincapié en formas activas de aprendizaje para ayudar a los alumnos a practicar y dominar las nuevas habilidades. En la [Tabla 1](#) se desglosa la distribución de la formación en las 20 sesiones. Durante el periodo de implementación con el alumnado el profesorado recibió 7 horas de supervisión como ayuda y orientación y para homogeneizar la intervención en todos los centros. En concreto, se planteó llevar la intervención con el alumnado de 2ºcurso de Educación Secundaria

8 Obligatoria, aunque estaba abierta la posibilidad de aplicarlo en otros cursos.

Tabla 1. Distribución de la formación de DBT STEPS-A en 20 sesiones

Nº sesión	Conceptos y habilidades impartidas
1	Presentación- Normas- Objetivos
2	Dialéctica- Mindfulness: introducción, Estados de la Mente
3	Mindfulness: Habilidades qué, habilidades cómo. Ejercicios de Mindfulness
4	Tolerancia al Malestar (TM): Estrategias de supervivencia a la crisis. Habilidades STOP, TIP
5	TM-Estrategias de supervivencia a la crisis: Distracción, Relajación, Mejorar el momento
6	TM- Estrategias de supervivencia a la crisis: Pros y contras
7	TM- Aceptación de la realidad: Aceptación radical
8	TM-Aceptación de la realidad: Mindfulness de los pensamientos actuales
9	Mindfulness: repaso
10	Regulación de las emociones (RE): introducción, función de las emociones, mitos
11	RE: Modelo para describir las emociones
12	RE: Cambiar las respuestas emocionales
13	RE: Cómo incrementar las emociones positivas
14	RE: Desarrollar competencia- prever cómo afrontar las situaciones emocionales
15	RE: Reducir la vulnerabilidad a la mente emocional, Mindfulness de la emoción actual
16	Mindfulness: repaso
17	Efectividad interpersonal (EI): Presentación, objetivos.
18	EI: Efectividad para conseguir objetivos
19	EI: Efectividad de la relación, Efectividad del respeto personal
20	EI: Factores a considerar en la Efectividad interpersonal. Valoración final

Los padres y tutores legales de los menores fueron informados por el profesorado en reuniones de aula de la naturaleza del proyecto al inicio del curso escolar. Mostraron gran interés y agradecimiento, y expresaron su consentimiento verbal para la participación de sus hijos.

Se formó a un total de 866 estudiantes con una edad media de 13,55 años. 44,9% fueron mujeres; 53,7% de hombres y 1,5% no especificaron género.

Instrumentos de evaluación

Para medir el impacto del proyecto se realizó un análisis de los cambios evidenciados en el alumnado mediante una evaluación pre-post intervención: pre-evaluación (en el mes previo a la formación del alumnado) y post-evaluación (una vez finalizada la formación). Para ello se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*) (12, 13), en sus versiones oficiales en castellano y euskera (dependiendo del idioma vehicular de enseñanza y el nivel lingüístico del alumnado), incluyendo tanto la versión para profesores como para alumnos (autoinforme). El SDQ es un cuestionario breve para la evaluación de problemas de salud mental compuesto por 25 ítems agrupados en cinco escalas: Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Hiperactividad/Inatención, Problemas con los Compañeros y Conducta Prosocial.

Sólo se incluyeron en el análisis los estudiantes en los que se habían cumplimentado todos los cuestionarios, de alumnos y profesores, tanto en las evaluaciones pre y post, lo que dio como resultado una muestra final de 796 alumnos.

Para el estudio del posible efecto de Promoción de la salud mental se analizó esta muestra de 796 alumnos.

Para el análisis del posible efecto de Prevención Selectiva de problemas de salud mental se incluyó únicamente al alumnado que denominamos “vulnerable”. Consideramos como alumnado “vulnerable” a aquellos que presentaban síntomas o dificultades emocionales previas a la intervención evidenciadas al hallar en el SDQ de la pre-evaluación puntuaciones en rango límite o no normal en alguna o varias escalas de una o ambas versiones utilizadas (alumnos/autoinforme y profesores). La valoración del rango límite o no normal de cada escala y en cada versión se realizó siguiendo la metodología del instrumento (13). El número de alumnos “vulnerable” varía en función de cada escala y versión dado que depende de las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas. Según la valoración de SDQ alumnos/autoinforme, se consideraron vulnerables 134 en Síntomas Emocionales, 188 en Problemas de Conducta, 248 en Hiperactividad/Inatención, 103 en Problemas

con los Compañeros y 117 en Conducta Prosocial. Según la valoración de SDQ profesor, se detectaron como vulnerables 98 en Síntomas Emocionales, 165 en Problemas de Conducta, 156 en Hiperactividad/Inatención, 115 en Problemas con los Compañeros y 287 en Conducta Prosocial ([Tabla 3](#)).

Análisis estadístico

Para comparar las diferencias estadísticas entre las puntuaciones de las escalas del SDQ antes y después de la intervención se realizó una prueba de Wilcoxon para datos pareados. Como mediciones se utilizaron las puntuaciones medias junto con la desviación estándar (DE) de las cinco escalas. Una diferencia entre pre y post intervención con un valor p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativa. Los análisis se realizaron mediante el programa SAS 9.4 para Windows (SAS Institute, Cary, NC).

RESULTADOS

En la [Tabla 2](#) se muestran los resultados del análisis de los SDQ (autoinforme y versiones del profesor) con la muestra completa comparando las puntuaciones medias antes y después de la intervención para valorar el posible efecto de Promoción de la salud mental. Se evidencia cómo tras la formación el alumnado

mejora en ciertos aspectos. En base a la autovaloración por parte del alumnado se constata un descenso estadísticamente significativo de los valores de las escalas Síntomas Emocionales ($p=0,009$) y Problemas de Conducta ($p=0,008$). Por parte de la evaluación del profesorado, se evidencia un descenso estadísticamente significativo en Síntomas Emocionales ($p<0,001$), Hiperactividad/Inatención ($p=0,036$), Problemas con los Compañeros ($p<0,001$) y un incremento significativo en Conducta Prosocial ($p<0,001$).

En la [Tabla 3](#) se recoge el análisis del grupo de alumnado vulnerable con la finalidad de valorar si se produce un efecto de Prevención selectiva de problemas de salud mental.

Se evidencia cómo, tanto en la evaluación por parte del alumnado como por el profesorado, tras la formación en este CSE se produjo un descenso estadísticamente significativo en las escalas Síntomas Emocionales ($p<0,001$), Problemas de Conducta ($p<0,001$), Hiperactividad/Inatención ($p<0,001$) y Problemas con los compañeros ($p<0,001$). Así mismo se evidenció un incremento estadísticamente significativo en Conducta Prosocial ($p<0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que DBT STEPS-A parece proporcionar un efecto

Tabla 2. Análisis del SDQ (autoinforme y versión profesor) de toda la muestra antes y después de la intervención

SDQ escalas	SDQ autoinforme muestra total			
	Pre-evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Síntomas Emocionales</i>	3,25 (2,16)	3,09 (2,15)	-2,602	0,009
<i>Problemas de Conducta</i>	2,51 (1,62)	2,34 (1,60)	-2,665	0,008
<i>Hiperactividad/Inatención</i>	4,38 (2,18)	4,50 (2,17)	-1,288	0,198
<i>Problemas con los compañeros</i>	1,85 (1,63)	1,80 (1,68)	-0,751	0,453
<i>Conducta prosocial</i>	7,39 (1,78)	7,41 (1,88)	-0,512	0,609
SDQ profesor muestra total				
SDQ escalas	Pre-evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Síntomas Emocionales</i>	1,95 (2,13)	1,69 (2,11)	-3,571	<0,001
<i>Problemas de Conducta</i>	1,51 (1,86)	1,43 (1,73)	-1,493	0,135
<i>Hiperactividad/Inatención</i>	3,39 (2,84)	3,26 (2,74)	-2,096	0,036
<i>Problemas con los compañeros</i>	1,78 (1,81)	1,46 (1,78)	-5,930	<0,001
<i>Conducta prosocial</i>	6,60 (2,48)	6,86 (2,38)	-3,712	<0,001

Nota: DE: desviación estandar.

Tabla 3. Análisis SDQ (autoinforme y versión profesor) de alumnado vulnerable antes y después de la intervención

10

SDQ autoinforme de alumnado vulnerable				
SDQ escalas	N	Pre-evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	p
<i>Síntomas Emocionales</i>	134	6,86 (1,05 DE)	5,19 (2,02 DE)	<0,001
<i>Problemas de Conducta</i>	188	4,83 (1,10 DE)	3,31 (1,75 DE)	<0,001
<i>Hiperactividad/Inatención</i>	248	6,95 (1,08 DE)	5,97 (1,82 DE)	<0,001
<i>Problemas con los compañeros</i>	103	4,93 (1,21 DE)	3,52 (2,09 DE)	<0,001
<i>Conducta Prosocial</i>	117	4,28 (1,05 DE)	6,08 (2,08 DE)	<0,001
SDQ versión profesor de alumnado vulnerable				
SDQ escalas	N	Pre-evaluación	Post-evaluación	p
<i>Síntomas Emocionales</i>	98	6,05 (1,24 DE)	4,08 (2,79 DE)	<0,001
<i>Problemas de Conducta</i>	165	4,37 (1,47 DE)	3,22 (1,93 DE)	<0,001
<i>Hiperactividad/Inatención</i>	156	7,63 (1,41 DE)	6,54 (2,13 DE)	<0,001
<i>Problemas con los compañeros</i>	115	5,01 (1,29 DE)	3,91 (2,02 DE)	<0,001
<i>Conducta Prosocial</i>	287	4,21 (1,22 DE)	5,32 (2,01 DE)	<0,001

Nota: DE: desviación estandar.

de Promoción de la salud mental en estudiantes adolescentes al mejorar según la autoevaluación del alumnado en Síntomas emocionales y Problemas de conducta; y según la opinión de los profesores

en Síntomas emocionales, Hiperactividad/Inatención, Problemas con los compañeros y Conducta prosocial.

Otros estudios previos habían hallado resultados que demostraban la efectividad del DBT STEPS-A pero aplicándolo a muestras de alumnado menores, además de incluyendo una formación de menor duración al profesorado.

Flynn et al (6) realizaron un estudio piloto caso-control incluyendo una muestra de 72 mujeres adolescentes de 15-16 años (edad media 15,33 años) que pertenecían a 8 centros escolares y habían recibido la formación en DBT STEPS-A a lo largo de 22 semanas. Hallaron cómo el grupo que había sido formado mostró una reducción significativa en constructos que median síntomas emocionales (incluyendo estrés social, ansiedad, depresión, sentimiento de inadecuación, autoestima y autosuficiencia) y problemas internalizantes (compuesto por escalas que median atipicidad, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión, sentimiento de inadecuación y somatización).

Posteriormente, Martínez y colaboradores (8) desarrollaron otro estudio caso-control en el que incluyen 94 estudiantes, 2/1 mujer/varón, de 15,2 años de edad media el grupo de intervención y 15,3 años el grupo control. El grupo de intervención recibe

la formación a lo largo de 20 sesiones. Los resultados evidencian cómo el grupo de alumnado que recibió la formación mostraron mejoría significativa en la autoevaluación de resiliencia social, dificultades de regulación de las emociones y comprensión de las habilidades de DBT.

Por su parte, Hastings et al. (9) hallan una mejoría significativa en la escala Conducta Prosocial de SDQ en un estudio caso-control incluyendo 183 alumnos de 13-14 años de edad, de los cuales 110 reciben la formación en DBT STEPS-A acortada a 15 sesiones.

Y finalmente mencionar el estudio abierto de Gasol et al. (10) quienes aplican este CSE en 30 sesiones a una muestra de 93 estudiantes de 2º ESO. Como resultados en base al SDQ hallan una mejoría significativa en la escala de Conducta Prosocial y un descenso en la escala Problemas con los Compañeros.

Sin embargo, Harvey et al (14), en un estudio caso-control con una muestra de 1071 estudiantes adolescentes (edad media 13,48 años) en el que se evalúa la efectividad del DBT STEPS-A acortado a 8 sesiones, no hallan resultados que lo refrenden. La evaluación fue exhaustiva, incluyendo instrumentos como el SDQ, *Clinical Assessment of Interpersonal Relationships*, *Academic Resilience Scale*, *Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire*, *Depression, Anxiety, and Stress Scales* (DASS-21), *Emotion Awareness Questionnaire* y *Youth Quality of Life Scale-Short Form*. Pensamos, al igual que estos autores, que el acortamiento de la formación a 8 sesiones limitó su efectividad.

Además, nuestros resultados sugieren cómo DBT STEPS-A añade un efecto de Prevención selectiva de problemas de salud mental al proporcionar una mejora incluso más patente en el grupo de alumnos vulnerables (aquellos con puntuaciones en las escalas del SDQ en el rango límite o no normal en la evaluación previa a la intervención). Los resultados muestran que se produce una mejora muy significativa y notable en Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad/Inatención, Problemas con los compañeros y en Comportamiento prosocial según la evaluación tanto de los propios alumnos como de los profesores. Estos resultados tan positivos en la población de alumnado vulnerable no se han evidenciado en otras investigaciones previas, posiblemente por tratarse de estudios con muestras pequeñas que limita la posibilidad de disponer de un suficiente grupo de alumnado que presenta síntomas emocionales o conductuales previamente a la formación al cual estudiar específicamente.

Pensamos que si el DBT STEPS-A parece ser un CSE efectivo para la Promoción y Prevención de problemas de salud mental en adolescentes se fundamenta en dos aspectos. Primero, se trata de un CSE derivado de la TDC la cual ha demostrado ser un tratamiento transdiagnóstico efectivo para adolescentes con dificultades de regulación emocional (15, 16, 17, 18). El segundo aspecto importante es que el DBT STEPS-A se ha desarrollado a partir del componente de la TDC Grupo de entrenamiento en habilidades, componente de la terapia que ha demostrado ser efectivo de por sí en el tratamiento de los individuos con problemas de desregulación emocional-impulsividad (19). Además, en la investigación cualitativa que realizamos con adolescentes que habían sido tratados en el grupo de entrenamiento en habilidades de TDC pudimos evidenciar cómo ellos explicitaban no sólo el beneficio que este componente terapéutico les había aportado, sino que recomendaban que se incluyera como una formación educativa en el contexto escolar de modo universal (20).

El hecho de que el DBT STEPS-A parece ser un CSE efectivo para la Promoción y Prevención de problemas de salud mental del alumnado adolescente abre un campo de trabajo y colaboración entre los profesionales de Salud Mental expertos en esta terapia y los profesionales del Sistema Educativo.

Consideramos que la labor de colaboración y cooperación entre los Departamentos de Educación y de Salud que hemos desarrollado para este proyecto es el paradigma a seguir para poder llevar a cabo un trabajo efectivo de Promoción y Prevención Universal de la salud mental de adolescentes.

No obstante, este estudio tiene algunas importantes limitaciones. En primer lugar, la más relevante, no disponemos de un grupo control que pueda ayudar a diferenciar el efecto beneficioso proporcionado por el DBT STEPS-A del de la propia maduración del adolescente durante el tiempo de intervención. O del efecto de volver a pasar un mismo test pre y post, efecto de aprendizaje si es autoaplicado. En segundo lugar, como DBT STEPS-A se acortó a 20 sesiones esto puede haber supuesto una dificultad en el aprendizaje de este CSE que haya podido incidir en su efectividad.

Consideramos conveniente que se realicen más estudios caso-control que valoren el DBT STEPS-A incluyendo muestras extensas con grupo control para poder disponer de más evidencias científicas.

CONCLUSIONES

DBT STEPS-A es un currículum socioemocional exhaustivo para adolescentes que parece con efectividad en la Promoción Universal y Prevención selectiva de problemas de salud mental en el centro escolar.

DBT STEPS-A es un currículum socioemocional exhaustivo útil para la formación del profesorado en Programas Universales de Promoción de la Salud mental en el centro escolar.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los centros escolares que han participado, por su esfuerzo y dedicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ausencia de conflicto de intereses por parte de todos los autores.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

12

Concepción y diseño del estudio: Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi, Eva Sesma Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga, Miguel Angel González-Torres. **Dirección de la intervención:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra. **Traducción de materiales:** Aranzazu Fernández-Rivas, Eva Sesma Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga. **Adquisición de datos:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi. **Ánalisis e interpretación de los datos:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Amaia Bilbao-González, Federico Carminati, Giuliana Galli-Carminati, Miguel Angel González-Torres. **Borrador del artículo:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra. **Docentes de la intervención:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas. **Orientación de la intervención:** Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi, Eva Sesma-Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga. **Apoyo a la intervención:** Miguel Angel González-Torres. **Orientación metodológica:** Amaia Bilbao-González, Federico Carminati. **Todos los autores realizaron revisión crítica del artículo y dieron su aprobación definitiva.**

REFERENCIAS

1. Cavioni V, Grazzani I, Ornaghi V. Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. International Journal of Emotional Education. 2020;12(1): 65-82.
2. Durlak J, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students’ Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. Child Development. 2011;82(1): 405-32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>.
3. Cipriano C, Strambler M J, Naples LH, Ha C, Kirk M, Wood M, et al.. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. Child Development. 2023;94(5): 1181-204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
4. Mazza JJ, Dexter-Mazza ET, Miller AL, Rathus JH, Murphy HE. DBT Skills in Schools. Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A). New York: Guilford Press, 2016.
5. Cefai C, Bartolo PA, Cavioni V, Downes P. Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence, NESET II report, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2766/664439>
6. Flynn D, Joyce M, Weihrauch M, Corcoran P. Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy-skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. Child and Adolescent Mental Health. 2018;23(4): 376-80. <https://doi.org/10.1111/camh.12284>
7. Chugani CD, Murphy CE, Talis J, Miller E, McAneny C, Condosta, D et al. Implementing Dialectical Behavior Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS A) in a Low Income School. School Mental Health. 2021;14: 391-401. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09472-4>
8. Martinez Jr. RR, Marraccini ME, Knotek SE, Neshkes RA, Vanderburg J. Effects of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS A) Program of Rural Ninth Grade Students. School Mental Health. 2022;14: 165-78. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09463-5>
9. Hastings SE, Swales MA, Hughes JC, Jones K, Hastings RP. Universal delivery of a dialectical behaviour therapy skills programme (DBT STEPS A) for adolescents in a mainstream school: feasibility study. Discover Psychology. 2022;2: 21. <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00021-x>
10. Gasol X, Navarro-Haro MV, Fernández-Felipe I, García-Palacios A, Suso-Ribera C, Gasol-Colomina M. Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System.

Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022;19(1): 494. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010494>

11. ORDEN de 30 de marzo de 2017, de la Consejera de Educación. Departamento de Educación, Gobierno Vasco. Boletín Oficial del País Vasco, nº 81, martes 2 de mayo de 2017. https://www.euskadi.eus/ayuda_subvencion/2017/bikaintasunerantz/web01-tramite/es/

12. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire. J. Child. Psychol. Psychiatry. 1997;38: 581-86.

13. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ [en línea]. <https://www.sdqinfo.org/a0.html>

14. Harvey LJ, White FA, Hunt C, Abbott M. Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. Behaviour Research and Therapy 2023;169: 104408. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104408>

15. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press, 2007.

16. Mehlfum L, Tørmoen A, Ramberg M, Haga E, Diep L, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(10): 1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

17. Ritschel LA, Lim NE, Stewart LM. Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults. American Journal of Psychotherapy. 2015;69(2): 111-28. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>

18. Rathus JH, Miller AL. DBT Skills Manual for Adolescents. New York: Guilford Press, 2015.

19. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals with Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(5): 475-82. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>

20. Sesma Pardo E, Fernández Rivas A, Orgaz Barnier P, Beá Mirabent M, Kerexeta Lizeaga I, Díaz Cosgaya A, et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. BMC Psychiatry. 2020 May 19;20(1): 245. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>